



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

Isabella Tofanin Costa

**Compreensão da experiência interacional de enfermeiros,
técnicos e auxiliares de enfermagem e médicos diante da
pandemia de COVID-19 em uma Unidade de Pronto
Atendimento.**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem, Mestrado Acadêmico.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Cassiana Mendes Bertoncello Fontes.

Botucatu

2021

Isabella Tofanin Costa

Compreensão da experiência interacional de enfermeiros,
técnicos e auxiliares de enfermagem e médicos diante da
pandemia de COVID-19 em uma Unidade de Pronto
Atendimento.

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de
Botucatu, para obtenção do título de Mestre
em Enfermagem, do Programa de Pós-
Graduação do Departamento de
Enfermagem, Mestrado Acadêmico.

Orientadora: Prof^{fa}.Dr^a. Cassiana Mendes Bertoncello Fontes

Botucatu

2021

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSANGELA APARECIDA LOBO-CRB 8/7500

Costa, Isabella Tofanin.

Compreensão da experiência interacional de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e médicos diante da pandemia de COVID-19 em uma Unidade de Pronto Atendimento / Isabella Tofanin Costa. - Botucatu, 2022

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

Orientador: Cassiana Mendes Bertoncello Fontes

Capes: 40406008

1. COVID-19. 2. Pandemias. 3. Pesquisa sobre serviços de saúde. 4. Pesquisa qualitativa. 5. Pessoal de saúde.

Palavras-chave: COVID-19; Pandemias; Pesquisa nos serviços de saúde; Pesquisa qualitativa; Pessoal de saúde.

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação aos meus pais e meu irmão, pela base, confiança e a quem atribuo a vida, e a todos os profissionais da saúde que enfrentaram a pandemia.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais pelas oportunidades que me trouxeram até aqui e formaram-me com amor, respeito e dignidade, pelo alicerce que culminou na concretização desta etapa;

Ao meu namorado, pelo apoio incondicional, confiança e companheirismo em desenvolver projetos na vida pessoal e profissional;

À professora Cassiana, que tanto admiro, pela acolhida, pela orientação durante três anos acadêmicos, pela persistência e contribuição na construção de conhecimento nessa jornada;

À professora Rita e Sílvia pela dedicação e aprendizados durante esses dois anos;

Aos profissionais da saúde que participaram dessa pesquisa, agradeço por terem dividido comigo suas experiências e por oportunizarem tamanho aprendizado.

EPÍGRAFE

“Revolucionário é todo aquele que quer mudar o mundo e tem a coragem de começar por si mesmo”.

Sérgio Vaz

RESUMO

COSTA, I. T. **Compreensão da experiência interacional de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e médicos diante da pandemia de COVID-19 em uma Unidade de Pronto Atendimento.** 2021. Dissertação (Mestrado Acadêmico) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Departamento de Enfermagem, 2022.

Introdução: A pandemia de COVID-19 ocasionou consequências à saúde mental e riscos ocupacionais para os profissionais da saúde no seu enfrentamento, pela sobrecarga de trabalho e psicológica. Nesse contexto, torna-se relevante compreender a experiência de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e médicos de saúde de uma Unidade de Pronto Atendimento, serviço da rede de urgência e emergência do Sistema Único de Saúde. **Objetivos:** Compreender a experiência interacional da equipe de saúde diante da pandemia de COVID-19; elaborar modelo teórico representativo dessa experiência. **Métodos:** Trata-se de pesquisa qualitativa, segundo referenciais teórico-metodológicos da Teoria Fundamentada nos Dados e do Interacionismo Simbólico. Realizou-se a coleta dos dados de julho a dezembro de 2020, por entrevistas presenciais ou virtuais via *Google Meet®*, com profissionais da equipe de saúde de Unidade de Pronto Atendimento, de cidade do interior do estado de São Paulo, após aceitarem o convite de participação. Utilizou-se a ferramenta Gmail das pesquisadoras para gravar as entrevistas, as quais foram transcritas em documentos do *Word®*, com denominações alfanuméricas para manter o sigilo e anonimato dos atores. **Resultados:** Compreendeu-se a experiência cronologicamente denominada: Na iminência da pandemia; Durante a pandemia e Efeitos da pandemia. Na primeira fase compreendeu-se o subprocesso Enfrentando a iminência da pandemia com dificuldades. Na subsequente identificaram-se os subprocessos: Definindo estratégias para enfrentar a pandemia, Convivendo com a pandemia; Identificando problemas e necessidades durante o enfrentamento da pandemia; Refletindo sobre o enfrentamento da pandemia. A fase final, Efeitos da pandemia, com o subprocesso Refletindo sobre os efeitos da pandemia. O modelo teórico foi definido de acordo com os fenômenos temporais e cronológicos da experiência dos atores do estudo e baseado nos conceitos do interacionismo simbólico. **Discussão:** Foram identificados fenômenos nas experiências dos atores. Em relação à Iminência da pandemia citam-se medo, estresse, ansiedade, desconhecimento da doença, falta de equipamentos de proteção, além da expectativa de uma situação caótica que se instalou no mundo. Durante a pandemia foram definidas estratégias de enfrentamento, com protocolos e rotinas de trabalho; e identificados problemas e necessidades, como a falta de apoio psicológico aos profissionais. Como efeitos da pandemia, retratou-se o adoecimento de profissionais; esperança pela vacina e o preparo para novos desafios, pelas habilidades adquiridas na vivência atual. O modelo teórico da experiência foi representado por um diagrama em espiral, composto pelos fenômenos que se aproximaram aos conceitos do

interacionismo simbólico. Nessa interação, o self direcionou o enfrentamento da pandemia, pela criação de novos significados na equipe de saúde. **Considerações finais:** A sobreposição das fases cronológicas da pandemia no diagrama do modelo teórico reflete a sua interdependência, e como os fenômenos identificados contribuíram para essa dinâmica de enfrentamento dos desafios pelos profissionais da saúde.

Descritores: Pesquisa nos Serviços de Saúde; Pessoal de Saúde; Pandemias, COVID-19; Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

COSTA, I. T. **Understanding the interactional experience of nurses, nursing technicians and assistants and doctors in the face of the COVID-19 pandemic in an Emergency Care Unit.** 2021. Dissertation (Academic Master) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2021.

Introduction: The COVID-19 pandemic caused consequences to mental health and occupational risks for health professionals who faced the current pandemic. Health teams suffered from work and psychological overload. In this context, it is important to understand the experience of the health team of an Emergency Care Unit. **Objectives:** To understand the interactional experience of the health team of an Emergency Care Unit, composed of nurses, nursing technicians and physicians in the face of the COVID-19 pandemic; develop a theoretical model representative of the team's experience. **Methods:** Qualitative study, based on theoretical-methodological frameworks of Grounded Theory and Symbolic Interactionism. Data collection was carried out from July to December 2020, with presential and virtual interviews via Google Meet®, with professionals from the health team of a UPA in a city in the interior of São Paulo, after the invitation and acceptance of participation. The interviews were recorded using the researchers' Gmail® tool and transcribed into Word® documents with alphanumeric names to maintain confidentiality and anonymity. **Results:** The experience was chronologically named: On the verge of the pandemic; During the Pandemic and Effects of the Pandemic. In the first phase, the subprocess Facing the imminence of the pandemic with difficulties was understood. Subsequently, the subprocesses were identified: Defining strategies to face the pandemic, Living with the pandemic; Identifying problems and needs during the pandemic; Reflecting on the face of the pandemic. The final phase, Effects of the pandemic, with the sub-process Reflecting on the effects of the pandemic. The theoretical model was defined according to the temporal and chronological phenomena of the study participants' experience and based on the concepts of symbolic interactionism. **Discussion:** Phenomena were identified in the participants' experiences. In knowledge of On the verge of the pandemic, fear, stress, anxiety, misunderstanding of the disease, lack of protective equipment, in addition to the expectation of a chaotic situation that has settled in the world, are mentioned. During the pandemic, coping strategies were defined, with protocols and work routines; and identified problems and problems, such as the lack of support for professionals. As effects of the pandemic, it was portrayed or illness of professionals; hope for the vaccine and the preparation for new challenges, based on the skills acquired in the current experience. The theoretical model of experience was represented by a spiral diagram, composed of the phenomena that approached the concepts of symbolic interactionism. **Final considerations:** The superposition of the chronological phases of the pandemic in the diagram of the theoretical model reflects their interdependence, and showed the phenomena identified contributed to this dynamic of facing challenges by health professionals.

Descriptors: Health Personnel; Pandemics; COVID-19; Qualitative Research.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 O enfrentamento da COVID-19 pela equipe de saúde	13
2 OBJETIVOS	17
3 MÉTODOS	18
3.1 Tipo de pesquisa	18
3.2 Caracterização do cenário do estudo	18
3.3 Referencial metodológico para análise dos dados: Teoria Fundamentada nos Dados	19
3.4 Referencial teórico do estudo: Interacionismo Simbólico	22
3.5 Atores do estudo	24
3.6 Procedimento de coleta dos dados	25
3.7 Procedimento éticos	27
4 RESULTADOS	28
4.1 Caracterização dos atores	28
4.2 A experiência da equipe de saúde da UPA	29
4.2.1 Na iminência da pandemia	29
4.2.2 Durante a pandemia	35
4.2.3 Efeitos da pandemia	49
4.3 O modelo teórico representativo da experiência interacional	54
5. DISCUSSÃO	57
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
REFERÊNCIAS	71
APÊNDICE A	78
APÊNDICE B	80
APÊNDICE C	81
ANEXO 1 – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa	94

1 INTRODUÇÃO

Em dezembro de 2019 um surto de pneumonia caracterizada, majoritariamente, por febre, tosse seca e fadiga ocorreu em pessoas expostas ao vírus no *Huanan Seafood Wholesale Market*, na cidade de Wuhan, na China, e constatou-se estar associado ao novo coronavírus, denominado SARS-CoV-2⁽¹⁻³⁾. Acredita-se que o SARS-CoV-2 seja zoonótico e os morcegos constituem-se hospedeiros, devido à sua identidade sequencial^(1,2).

Os coronavírus são vírus envelopados de ácido ribonucleico (RNA) fita simples, pertencentes a subfamília *Orthocoronavirinae*, e têm a característica de “coroa”, devido às espículas em sua superfície^(2,4), e distribuem-se entre humanos, outros mamíferos e aves, podendo causar doenças respiratórias, entéricas, hepáticas e neurológicas⁽⁵⁾.

Surtos prévios de síndromes respiratórias causadas por dois coronavírus aconteceram em outras décadas. A epidemia da Síndrome Respiratória Aguda Severa (SARS), com o vírus SARS-CoV, ocorreu em 2002 na província de Guangdong, na China e atingiu mais de 29 países e regiões, ocasionando 774 mortes^(6,7). A Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS) surgiu o vírus MERS-CoV e atingiu 27 países, causando 858 mortes⁽⁸⁾.

Em poucas semanas a infecção causada pelo SARS-CoV-2 se propagou entre os diferentes países e continentes do mundo⁽⁹⁻¹¹⁾. Em face do rápido crescimento do número de casos confirmados e de mortes em decorrência dessa doença, em 30 de janeiro de 2020 a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou emergência de saúde pública de preocupação global e nomeou a doença causada pelo novo coronavírus de COVID-19 e deu provisões sobre o manejo e contenção dos casos^(12,13).

No Brasil, em 3 de fevereiro de 2020, o Ministério da Saúde (MS) declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da infecção humana pelo SARS-CoV-2, por meio da Portaria MS nº188, e conforme Decreto nº7.616, de 17 de novembro de 2020⁽¹⁴⁾.

A transmissão da COVID-19 ocorre por gotículas (>5 micra) da tosse ou espirros ou contato direto com pessoas infectadas que estejam apresentando sintomas ou mesmo assintomáticas⁽¹⁵⁾.

As gotículas infectadas podem alcançar superfícies que mantém o vírus viável por dias, se em condições favoráveis de temperatura e caso não ocorra a limpeza das mesmas com desinfetantes como hipoclorito de sódio e peróxido de hidrogênio, além das substâncias alcoólicas⁽¹⁶⁾. Assim, a transmissão também ocorre através de contato indireto com superfícies no ambiente, superfícies e objetos contaminados⁽¹⁷⁾.

Aerossóis são partículas respiráveis compostas por núcleos de gotículas, que podem permanecer suspensas no ar por horas, além de serem transportadas pela corrente de ar, possibilitando a transmissão em distâncias superiores a um metro^(18,19).

A enzima conversora de angiotensina 2 (ACE2) foi identificada como a receptora do vírus na mucosa respiratória^(20,21). A COVID-19 tem um período médio de incubação de cinco dias e, apresenta sintomas iniciais geralmente sindrômicos não específicos e leves^(1,22). Posteriormente a doença pode atingir múltiplos sistemas do organismo, além do respiratório, o musculoesquelético, gastrointestinal e neurológico, produzindo sintomas como dispneia, dor de garganta, dor torácica, diarreia, náusea, mialgia e cefaleia, podendo evoluir para Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)^(1,3).

O diagnóstico da COVID-19 é realizado por detecção genômica viral, ou seja, depende da positividade da reação em cadeia da polimerase da transcriptase reversa em tempo real, pelo método denominado RT-PCR. Os testes rápidos de anticorpos (sorologia) foram implantados e contribuem para uma ampla triagem imunológica, mas não confirmam a presença do vírus⁽²³⁾.

Confirmou-se o primeiro caso no Brasil em 26 de fevereiro de 2020 em São Paulo e em 17 de março registrou-se o primeiro óbito pela doença no país⁽²⁴⁾. Segundo a OMS, em 20 de março de 2021, o número de casos confirmados da doença no mundo era de 121.969.223 e 2.694.094 de mortes; no Brasil contabilizaram-se 11.780.820 casos e 287.499 mortes⁽²⁵⁾.

Além das altas taxas de infecção e morte, a pandemia de COVID-19 pode ter consequências na saúde mental, tanto da população infectada quanto a não infectada

pelo amplo impacto social, visto que para a contenção da propagação viral, medidas de distanciamento social e quarentena são necessárias^(26,27).

1.1 O enfrentamento da COVID-19 pela equipe de saúde

A pandemia de COVID-19 levou os profissionais das instituições de saúde à uma extrema vulnerabilidade de pressão e de enfrentamento da doença, o que exigiu uma assistência multiprofissional experiente, além dos trabalhadores de serviços de apoio, como limpeza, segurança, entre outros.

Os riscos ocupacionais para a prestação de cuidados aos pacientes com COVID-19 são inúmeros, como: exposição ao ambiente contaminado, exaustão física e mental, escassez de Equipamento de Proteção Individual (EPI) e o luto dos profissionais pelos óbitos em grande número, tanto de pacientes como dos profissionais da equipe de saúde que estão na linha de frente⁽²⁸⁻³⁰⁾.

Entre os trabalhadores da saúde, os profissionais da enfermagem são essenciais para os esforços de prevenção e resposta ao COVID-19, sendo a maior força de trabalho de saúde no Brasil, ou seja aproximadamente 2,2 milhões nos distintos níveis de atenção, e se configura como o cerne dos sistemas de saúde em todo o mundo⁽³¹⁾.

As condições usuais de trabalho da enfermagem incluem fatores desencadeantes de desgastes físicos e psíquicos, como longas jornadas de trabalho, de ritmo intenso, além de lidarem com conflitos interpessoais^(32,33). No contexto da pandemia estas condições são potencializadas pelo alto número de infectados e escassez de EPI adequados, o que torna o trabalho assustador pela insegurança pessoal e de seus familiares⁽³⁴⁾.

O primeiro estudo realizado, sobre a saúde mental das equipes médica e de enfermagem em Wuhan, enfatizou a importância do preparo e apoio aos trabalhadores da linha de frente, por meio de intervenções em saúde mental em momentos de crise generalizada, pois apontou acometimento de distúrbios nas equipes, que expressaram necessitar de recursos de ajuda psicológica⁽³⁵⁾.

Outro estudo chinês revelou que profissionais de serviços equipados para COVID-19 sofreram sobrecarga psicológica, especialmente enfermeiras e profissionais envolvidos no diagnóstico, tratamento e atendimento⁽³⁶⁾.

Muitos trabalhadores da saúde têm condições que elevam o risco para a infecção severa caso se contaminem, o que exige ajustes nos recursos humanos dos serviços, decidindo quais trabalhadores deveriam ser escalados para a COVID-19, incluindo serviços de telemedicina e linhas de aconselhamento por telefone⁽³⁷⁾.

É imprescindível garantir a proteção e segurança dos profissionais de saúde, que requerem o uso de EPIs adequados para que não adoeçam e tampouco atuem como vetores de transmissão⁽³⁸⁾. Recomenda-se que as unidades de saúde limitem os atendimentos, com rápido isolamento de casos suspeitos, enfatizando a limpeza adequada do ambiente para conduzir a situação⁽³⁹⁻⁴¹⁾.

Orientações sobre o uso de EPI podem divergir pela diversidade de informações e protocolos e experiências internacionais⁽⁴²⁾. Assim, é uma função fundamental dos gestores o repasse de orientações sobre as medidas de prevenção e controle de infecção para o gerenciamento do estresse causado pelas atividades laborais⁽⁴³⁾.

Os líderes e gestores da área de saúde devem monitorar a saúde ocupacional e a segurança de suas equipes^(44,45), além de ter um plano de ação para casos de infecção dos seus profissionais, estabelecendo um fluxo de condutas⁽⁴⁶⁾.

Globalmente, em quatro de março de 2022, houve 440.807.756 casos confirmados de COVID-19, incluindo 5.978.096 de mortes relatadas à OMS. No Brasil, o número de casos confirmados até a data era de 28.842.160, com 650.000 mortes⁽⁴⁷⁾.

Segundo o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), até o dia oito de março de 2022, 62.234 casos positivos de profissionais da enfermagem foram reportados, com 872 mortes, o que configura uma letalidade de 2.43% e responsabiliza o Brasil por um terço das mortes entre os profissionais da categoria⁽⁴⁸⁾.

Na tentativa de minimizar a propagação da doença, cientistas de todo o mundo trabalharam em busca do desenvolvimento de vacinas eficientes e seguras em tempo recorde. Até dezembro de 2021 foram aprovadas dez vacinas pela OMS para o uso emergencial, sendo quatro pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) do Brasil, sendo estas: Oxford/Astrazeneca, Janssen, CoronaVac e Pfizer, cada uma com um mecanismo de ação específico, eficácias e custos diferentes^(49,50).

Países de todo o mundo iniciaram a vacinação da população em meados de dezembro de 2021. A OMS registrou em 27 de fevereiro de 2022, um total de

10.585.766.316 doses de vacina administradas no mundo. Nesta data, no Brasil foram administradas 173.85 doses por 100 habitantes⁽⁴⁷⁾.

1.2 Justificativa do estudo

A epidemia da COVID-19, em fase ascendente em todo o Brasil em 2020, irrompeu um contexto de crise política, social e econômica, agravado com a dificuldade em tornar o distanciamento social efetivo, pelo desinteresse, falta de investimento financeiro e planejamento do governo federal e do Ministério da Saúde por medidas de controle, prevenção e implementação da vacinação emergencial para contenção da infecção⁽⁵¹⁾.

O primeiro ano pandêmico foi caracterizado por momentos tensos e angustiantes, desde a implementação das medidas sanitárias propostas pela OMS⁽¹²⁾. Questões sociais e políticas envolvendo o negacionismo da COVID-19, o medo e as dúvidas da população sobre a doença, atreladas à escassez de evidências científicas acerca do tratamento medicamentoso e a inexistência de vacina para sua prevenção, tornaram o contexto conturbado.

Com o avanço das pesquisas científicas por todo o mundo, inclusive no Brasil, em 2021 a vacina já estava disponível pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Porém, a iniciativa federal tardou a se estabelecer. Alguns estados, como o de São Paulo, iniciaram a vacinação da população por faixas etárias com o esquema de duas doses. Já em meados de final de 2021 e início de 2022 disponibilizou-se a terceira dose, enquanto as variantes do vírus da COVID19 surgiram e causaram novas ondas de transmissão da infecção e o aumento no número de casos.

Nesse cenário, os profissionais de saúde não desanimaram e não deixaram de trabalhar, mas com muitos deles afastados do trabalho, por terem se contaminado e por estresse laboral. Principalmente os trabalhadores da linha de frente hospitalar, dos ambientes críticos e clínicos, públicos e privados, assim como os da Atenção Primária à Saúde do SUS, que sofreram acusações e repúdios, uma verdadeira batalha contra as falsas notícias e evidências científicas.

Fica evidente o sofrimento vivenciado pelos profissionais de saúde da linha de frente, e como esses aspectos influenciaram a experiência pandêmica. Soma-se aqui

a interferência na vida particular, além de sobrecargas física e psicológica impostas pelo trabalho.

Assim, torna-se significativo e essencial o problema de pesquisa: Como se configura a experiência interacional da equipe de saúde de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do interior paulista na pandemia de COVID-19.

2 OBJETIVOS

- Compreender a experiência interacional de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, e médicos diante da pandemia de COVID-19 em uma UPA;
- Elaborar um modelo teórico representativo dessa experiência.

3 MÉTODOS

3.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de um subprojeto, de estudo maior, tipo “guarda-chuva”, de cooperação internacional, intitulado “Rede de atenção à saúde e de equipamentos sociais: experiências bilaterais Brasil-Chile com a COVID-19, elaborado e coordenado por docentes do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP.

O presente estudo possui delineamento qualitativo, com abordagem interpretativa e seguiu o *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ)⁽⁵²⁾, instrumento com 32 itens, relativos aos critérios de elaboração de relatórios de pesquisa qualitativa, em relação a métodos, contexto, resultados, análises e interpretações.

3.2 Caracterização do cenário do estudo

Conduziu-se o estudo na UPA Ipiranga, do município de Bauru, estado de São Paulo. Unidade de complexidade intermediária, articulada à Atenção Primária, ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e à Atenção Hospitalar.

A cidade de Bauru localiza-se no estado São Paulo, Brasil, e em 2020 possuía uma área territorial de 667.684km², com população estimada em 381.706 pessoas em 2021⁽⁵³⁾, dispõe de oito hospitais em sua totalidade⁽⁵⁴⁾. A Figura 1 demonstra essa região.

Figura 1 – Mapa do Estado de São Paulo e a cidade de Bauru. Bauru- SP. Brasil. 2021.



(Fonte: Bauru TV)

A UPA Ipiranga está registrada com o número 7108648 no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e tem como finalidade possibilitar melhor funcionamento da Rede de Atenção às Urgências (RUE)⁽⁵⁵⁾; é um serviço que funciona 24 horas por dia nos sete dias da semana, e se configura há um ano como uma das unidades de referência na cidade para atendimento no combate à pandemia da COVID-19⁽⁵⁶⁾.

A estrutura física da UPA Ipiranga possui: cinco consultórios; uma sala de acolhimento para realização da Classificação de Risco, de acordo com a Política Nacional de Humanização do SUS; uma sala de estabilização; enfermarias para observação de pacientes; salas de espera; sala para pequenos procedimentos; banheiros para pacientes e servidores; local para refeições e descanso de servidores e recepção⁽⁵⁵⁾.

Os recursos de equipamentos disponíveis são: um equipamento de raio X; quatro bombas de infusão; dois desfibriladores; dois monitores de eletrocardiograma; quatro reanimadores pulmonar e dois ventiladores mecânicos⁽⁵⁵⁾.

3.3 Referencial metodológico para análise dos dados: Teoria Fundamentada nos Dados

As entrevistas foram analisadas segundo o referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), vertente construtivista. A TFD é conhecida internacionalmente por *Grounded Theory*, e é uma metodologia que tem por finalidade

conhecer o fenômeno no contexto em que este ocorre, observando a inter-relação entre os significados e ação.

A TFD consiste no desenvolvimento de uma teoria fundamentada nas informações obtidas e analisadas sistemática e comparativamente, ou seja, o método tem como estratégia trabalhar os dados conceitualizando-os para descrever e explicar os fenômenos⁽⁵⁷⁾.

É um referencial interpretativo e sistemático de investigação de processos e interações sociais, partindo de uma série de hipóteses, que, unidas, podem explicar o fenômeno, ou seja, a finalidade é a construção de uma teoria a partir da combinação de abordagens indutivas e dedutivas assentada nos dados^(55,59).

O processo indutivo é gerado a partir do estabelecimento das categorias conceituais que emergem dos dados e são elaboradas conforme a progressão do trabalho^(58,60).

Este processo é descrito como amostragem teórica: o pesquisador decide que dados coletar em seguida, em função da análise que vem realizando⁽⁵⁸⁾. Nesse sentido, o número de atores que devem integrar o estudo é determinado pela denominada saturação teórica.

Quando o estudo atinge a saturação teórica significa que as informações começam a se repetir e nenhum dado novo ou relevante emerge, ou seja, as categorias se apresentam bem desenvolvidas e relacionadas, de forma a configurar o modelo teórico.

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⁽⁵⁸⁾. Um dos requisitos básicos para o desenvolvimento dessa sensibilidade teórica é o pesquisador iniciar seu trabalho de campo sem preconceitos, com o intuito de estar aberto às informações da coleta dos dados.

Dentre os componentes que emergem dos dados estão as categorias, ou seja, as abstrações do fenômeno observado nos dados, que formam a principal unidade de análise da TFD⁽⁵⁸⁾. A teoria se desenvolve por meio do trabalho realizado com as

categorias, que faz emergir a categoria central, sendo geralmente um processo como consequência da análise.

As fases da análise dos dados na TFD são divididas em microanálise, codificação aberta, codificação axial e codificação seletiva⁽⁵⁹⁾. Na microanálise, uma vez transcrita a entrevista, realizou-se a análise linha por linha, necessária para gerar categorias iniciais (com suas propriedades e dimensões, que representam um incidente ou fato específico), sugerindo relações entre elas e uma combinação de codificação aberta e axial⁽⁵⁸⁾.

Na codificação aberta efetivou-se o processo analítico dos dados, através da identificação de conceitos, suas propriedades e dimensões. Houve redução da quantidade de dados codificados, ao nomear agrupamentos de itens (códigos) com similaridade de significados e, conseqüentemente, de elaboração de conceitos⁽⁵⁸⁾.

É considerado um conceito a representação abstrata de evento, ação ou interação que um investigador identifica como sendo significativa nos dados. As categorias são conceitos derivados dos dados que representam fenômenos. Os conceitos começam a se constituir em decorrência do processo de agrupamento dos mesmos ou classificando-os em termos mais abstratos, em categorias⁽⁵⁸⁾.

A codificação axial se refere ao passo em que uma vez identificadas as categorias, efetua-se nova comparação, dessa vez relacionando entre si as categorias e subcategorias, segundo suas propriedades e dimensões, sistematicamente, o que determina uma melhor estruturação do conceito. Assim são identificadas as categorias e seus componentes (subcategorias e elementos)⁽⁵⁸⁾.

A codificação seletiva diz respeito ao 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. Após, verificou-se qual deles melhor expressará a experiência interacional⁽⁵⁸⁾.

O modelo teórico referente à experiência da equipe expressa uma representação gráfica da experiência dos atores da pesquisa.

A configuração do modelo teórico sobre a análise das experiências dos sujeitos foi elaborada à luz do referencial teórico do Interacionismo Simbólico (IS), movimento atribuído à George Herbert Mead⁽⁶¹⁾.

Para este estudo verificou-se a validade do modelo teórico emerso, por meio da comparação do mesmo com os dados brutos, o qual mostrou-se capaz de explicar a maioria das experiências.

3.4 Referencial teórico do estudo: Interacionismo Simbólico

O IS consiste em uma abordagem para o estudo da vida e da ação humana em grupo⁽⁶²⁾, que busca compreender como as pessoas criam significados durante a interação social e como elas se apresentam aos outros e constroem o próprio ego/identidade, estabelecendo seu papel na interação. O centro desse referencial teórico reside na noção de que as pessoas agem como agem, devido ao entendimento e interpretação que fazem das situações.

Quatro aspectos importantes distinguem essa abordagem das demais na área da psicologia:

1. “O IS 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”⁽⁶³⁾.
2. “O ser humano é compreendido como um ser agindo no presente, influenciado 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”⁽⁶³⁾.
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 e interpretação da situação”⁽⁶³⁾.
4. “O IS descreve o ser humano mais ativo no seu mundo do que outras perspectivas, sendo livre naquilo que faz. Todos definimos o mundo em que agimos e

parte dessa definição é nossa, envolve a escolha consciente, a direção de nossas ações em face dessa definição, a identificação dessas ações e a de outros e a nossa própria redireção”⁽⁶³⁾.

Os conceitos do IS são: símbolo, *self*, mente, assumir o papel do outro, ação humana e interação social e estão descritos a seguir:

- **Símbolo:** é o conceito central; sem ele não podemos interagir uns com os outros. É uma classe de objetos sociais usados para representar algo⁽⁶³⁾.

Os símbolos são desenvolvidos socialmente, por interação; eles não são concordados universalmente dentro dos grupos humanos, mas são arbitrariamente estabelecidos e mudados na 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⁽⁶³⁾.

- **Self:** é um objeto social em relação ao qual o indivíduo age. O ator configura o *self* na interação com os outros⁽⁶³⁾.

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 na medida em que a criança vivencia novas experiências interagindo com outros. “Como eu me vejo, como eu me defino, o julgamento que faço de mim mesmo é altamente dependente das definições sociais que encontro durante minha vida”⁽⁶³⁾.

- **Mente:** é a interação simbólica do organismo humano com seu *self*. Mente é a ação, que usa símbolos e dirige esses símbolos em relação ao *self*⁽⁶³⁾.

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.

- **Assumir o papel do outro:** este conceito está intimamente relacionado aos anteriores, pois consiste em atividade mental e torna possível o desenvolvimento do *self*, a aquisição e o uso de símbolos e a própria atividade mental. “É pela mente que os indivíduos entendem o significado das palavras e ações de outras pessoas”⁽⁶³⁾.

- 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, que 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⁽⁶³⁾.
- Interação social: todos os conceitos básicos para o IS surgem da interação e são parte dela⁽⁶³⁾.

Quando as pessoas interagem tornam-se objetos sociais uns para os outros, utilizam símbolos, direcionam o *self*, e engajam-se em ações mentais, tomam decisões, mudam direções, compartilham perspectivas, definem a situação e assumem o papel do outro. Assim, o reconhecimento da existência dessas atividades permite a compreensão da natureza da interação⁽⁶³⁾.

A estrutura do IS possui três pressupostos principais: a cultura influencia em como as pessoas vivem e aprendem, as experiências por meio da cultura determinam como as pessoas dão sentido a partir de suas interações e todos criam significado em um nível individual e agem de acordo com esse significado, em um determinado contexto⁽⁶³⁾.

3.5 Atores do estudo

Os atores do presente estudo constituíram-se da equipe de saúde atuante na UPA, de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem), e médica. A unidade conta com 62 profissionais destas categorias, sendo 15 enfermeiros, 39 técnicos de enfermagem e oito médicos, incluídos nas escalas de cobertura e plantões extras. Esses profissionais possuíam vínculo empregatício com a Prefeitura Municipal de Bauru, lotados na Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

Os critérios de inclusão para o convite e participação no estudo foram: profissionais enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, e médicos de qualquer especialidade, que atuassem na UPA Ipiranga, no processo de gestão e/ou assistência aos casos de pacientes suspeitos e ou confirmados de COVID-19 e com qualquer tipo de vínculo empregatício com a SMS de Bauru, por prazo determinado e ou indeterminado.

Os critérios de exclusão adotados foram:

- Profissional que aceitou participar e no momento da realização da entrevista encontrava-se afastado do trabalho por qualquer motivo e férias;
- Profissional que aceitou participar e estava em período de trabalho, porém não compareceu no horário agendado previamente para a reunião virtual.

Após disponibilização de uma lista com os nomes e contatos telefônicos dos profissionais de saúde da referida UPA, estabeleceu-se uma abordagem aos candidatos a participar da pesquisa por mensagem no aplicativo de smartphone *Whatsapp*®. Constituiu-se amostra por conveniência, para compreender a experiência interacional da equipe de saúde, tendo como critério a saturação teórica para a Teoria Fundamentada nos Dados.

3.6 Procedimento de coleta dos dados

Empregou-se a entrevista aberta como técnica de coleta de dados, conduzida de 26 de julho à 15 de dezembro de 2020, por quatro pesquisadoras e enfermeiras, envolvidas no projeto de pesquisa, com experiências em pesquisa qualitativa e na técnica de coleta. Para conduzir a entrevista utilizou-se de perguntas abertas para estimular ampliação da resposta original, em busca de detalhes, explicações ou mesmo aprofundamento do tema, denominadas “questões circulares”. Essas direcionaram as informações originadas do próprio participante e contribuíram para a compreensão da experiência vivenciada, estabelecendo um movimento circular ao gerar novas respostas e novas perguntas⁽⁶⁴⁾.

Ressalta-se a entrevista aberta apropriada e convidativa ao informante falar livremente sobre o tema específico e as perguntas do pesquisador têm a finalidade de oferecer oportunidade de gerar reflexões no entrevistado, para que a sua experiência seja relatada em profundidade⁽⁶⁴⁾.

A coleta dos dados foi realizada pelas discente, docente orientadora e duas pesquisadoras do grupo de estudo. Todas as entrevistadoras são enfermeiras assistenciais, exceto pela docente. A coleta transcorreu no período de 26 de julho à 15 de dezembro de 2020 e houve treinamento realizado pelas docentes responsáveis pelos subprojetos para aptidão no processo de entrevista em pesquisa qualitativa.

Não se estabeleceu qualquer relacionamento com os atores antes do início do estudo, assim como ainda não receberam *feedback* sobre os resultados. Os profissionais da equipe de saúde foram convidados a participar pelas pesquisadoras, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão do estudo.

Após a explicação da finalidade e razão para desenvolvimento da pesquisa aos atores, caso aceitasse colaborar, era apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A). Com a concordância e assinatura do TCLE, as entrevistas eram agendadas, em dias e horários, de acordo com a escolha dos atores.

Na reunião acordada para a entrevista explicava-se a forma como a mesma ocorreria, ou seja, as entrevistadoras forneceram a orientação ao ator quanto à resposta de apenas uma pergunta, para que explicitassem todos os aspectos que pudessem compartilhar, a fim de compreender sua experiência. Teste-piloto não realizado.

Para a coleta de dados utilizou-se um instrumento (Apêndice B) com um campo para registrar os dados sociodemográficos do ator que o caracterizasse, assim como a pergunta norteadora da entrevista: “Como foi a sua experiência com a pandemia da COVID-19?”.

Após transcritas na íntegra e analisadas à luz da Teoria Fundamentada nos Dados as entrevistas foram deletadas. Obteve-se a saturação, após análise e alcance da saturação teórica na 16ª entrevista, sendo 10 delas realizadas remotamente e síncrona via *Google Meet*® e seis no local do estudo. As últimas, gravadas pelo recurso do *smartphone*, sob rigoroso critério de obediência às recomendações sanitárias de distanciamento social, uso de álcool gel, máscara facial N95, e sem interferir na rotina de trabalho dos profissionais. Em ambas as modalidades apenas as pesquisadoras e os atores estavam presentes por entrevista.

Ressalta-se que as entrevistas presenciais possibilitaram realizar notas de campo após o procedimento de coleta de dados.

As entrevistas obtiveram média de duração de nove minutos, com variação de dois a 21 minutos. Não foram realizadas entrevistas repetidas.

3.7 Procedimento éticos

Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Sagrado Coração – UNISAGRADO, com número na Plataforma Brasil CAAE 31786420.0.0000.5502; e Parecer Consubstanciado de aprovação nº 4.036.507 de 19 de maio de 2020 (Anexo 1).

Como já relatado a coleta de dados se deu após leitura e assinatura do TCLE pelos atores, assim como assegurou-se o sigilo das informações e o anonimato das identidades. Para isso, durante as transcrições das entrevistas na íntegra no *Word®*, os nomes dos atores foram substituídos por códigos alfanuméricos.

Não houve recusa ou desistência de atores e pretende-se realizar a devolutiva dos resultados da pesquisa para os atores e serviços.

4 RESULTADOS

4.1 Caracterização dos atores

Dos 16 atores, cinco enfermeiros; oito técnicos e um auxiliar de enfermagem; e dois médicos, com idade média de 43 anos (N=16), 12 (75%) são do sexo feminino e quatro (25%) do masculino.

Quanto à equipe de enfermagem, participaram do estudo: quatro enfermeiras e um enfermeiro; idade média de 37,6 anos (de 35 a 44 anos); formados com média de 11,6 anos (de 6 a 14 anos); tempo médio de experiência na área da saúde de 13 anos (de 10 à 19 anos); tempo médio de atuação na área de urgência e emergência de 5,8 anos (de 3 à 9 anos); dois possuíam especialização e dois aprimoramento profissional; um possuía outro vínculo empregatício.

Participaram oito técnicos e um auxiliar de enfermagem; sete eram do sexo feminino e dois masculino; idade média de 46,7 anos (31 a 54 anos, N=8) todos residentes em Bauru-SP; três possuíam outro vínculo empregatício com instituição hospitalar da cidade.

Os enfermeiros referiram ter participado de treinamento em serviço sobre temas atuais e relacionados à pandemia: a doença COVID-19; protocolos de atendimento de COVID-19; teste rápido; paramentação e desparamentação; procedimentos de intubação e aspiração no contexto da doença; intubação em massa; ventiladores mecânicos; protocolos para divisão do fluxo de atendimento; manejo de pacientes graves; manejo de pacientes em situação de acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio.

Os técnicos e auxiliares de enfermagem também participaram de treinamentos realizados pelos enfermeiros da unidade, com vídeos e cursos online, que envolviam paramentação e desparamentação no contexto da COVID-19; dois profissionais referiram não participar de treinamentos durante a pandemia.

Foram entrevistados dois profissionais médicos, um do sexo masculino e outro do sexo feminino, respectivamente com: 47 e 37 anos; tempo de formação de 17 e 11 anos; 13 e 11 anos de experiência na área da saúde, e de 11 e 2 anos na urgência e

emergência. Possuíam especialização e residência em área sanitária; residiam em Bauru-SP. Um profissional referiu receber treinamento em serviço de Suporte Avançado de Vida Cardiovascular. Ambos possuíam outros vínculos empregatícios, além da Prefeitura Municipal de Bauru, como na Vigilância Epidemiológica e em empresa de plano de saúde privado.

4.2 A experiência da equipe de saúde da UPA

Os dados foram processados e analisados à luz da TFD, o que possibilitou compreender a interação dos atores do estudo como membros da equipe de saúde. O processo de análise da experiência interacional da equipe está representado por uma cronologia de fatos e momentos durante da pandemia da COVID 19.

Nessa compreensão da experiência observou-se três fenômenos que emergiram da análise interpretativa e baseada nos referenciais teórico e metodológico e que se interrelacionam, denominados de: ***Na iminência da pandemia***; ***Durante a pandemia*** e ***Efeitos da pandemia***. A seguir descrevem-se tais fenômenos interacionais.

4.2.1 Na iminência da pandemia

Compreendendo a perspectiva dos profissionais entrevistados a fase inicial da pandemia denominou-se ***Na iminência da pandemia***. A mesma é retratada desde o aparecimento dos primeiros casos de COVID-19 em países estrangeiros até a sua instalação no cenário brasileiro. Os relatos sobre o início da pandemia refletem o temor, a preocupação, o desconhecimento sobre a doença, despreparo da equipe quanto a utilização dos EPIs e separação do fluxo de atendimento dos pacientes acometidos pelo vírus. Esta fase contempla o subprocesso A, com seis categorias, quatro subcategorias e um elemento, e está descrita no Quadro 1.

Quadro 1 – Subprocesso A, categorias, subcategorias e elementos relativos à experiência interacional da equipe na iminência da pandemia. Unidade Pronto Atendimento do estado de São Paulo, 2021.

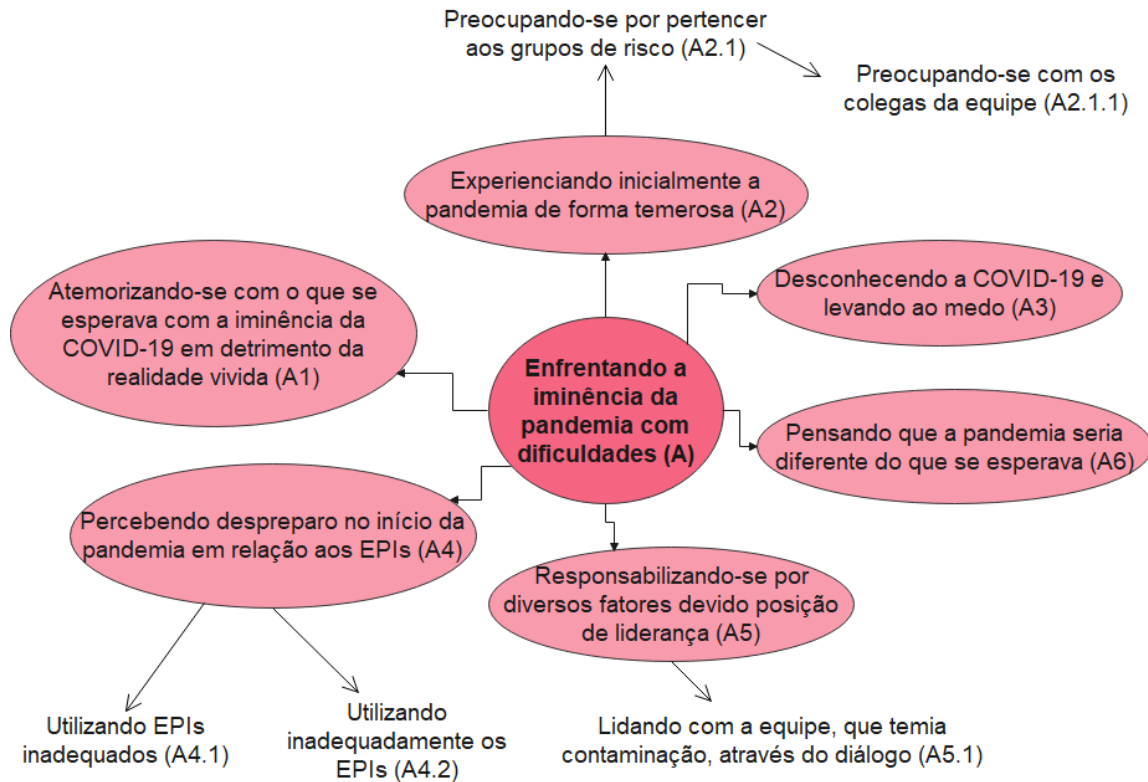
NA IMINÊNCIA DA PANDEMIA

Subprocessos	Categorias	Subcategorias	Elementos
<i>Enfrentando a iminência da pandemia com dificuldades (A)</i>	<i>Atemorizando-se com o que se esperava com a iminência da COVID-19 em detrimento da realidade vivida (A1)</i>		
	<i>Experienciando inicialmente a pandemia de forma temerosa (A2)</i>	<i>Preocupando-se por pertencer aos grupos de risco (A2.1)</i>	<i>Preocupando-se com os colegas da equipe (A2.1.1)</i>
	<i>Desconhecendo a COVID-19 e levando ao medo (A3)</i>		
	<i>Percebendo despreparo no início da pandemia em relação aos EPIs (A4)</i>	<i>Utilizando EPIs inadequados (A4.1)</i>	
		<i>Utilizando inadequadamente os EPIs (A4.2)</i>	
	<i>Responsabilizando-se por diversos fatores devido posição de liderança (A5)</i>	<i>Lidando com a equipe, que temia contaminação, através do diálogo (A5.1)</i>	
	<i>Pensando que a pandemia seria diferente do que se esperava (A6)</i>		

Fonte: O autor.

A representação gráfica da Figura 2 demonstra as categorias e subcategorias que se relacionam com o subprocesso A, sobre as dificuldades enfrentadas no início da pandemia.

Figura 2 – Diagrama representativo do subprocesso A, suas categorias, subcategorias e elementos. Unidade Pronto Atendimento do estado de São Paulo, 2021.



Fonte: O autor.

Enfrentando a iminência da pandemia com dificuldades (A) é interpretado pela complexa fase da chegada da pandemia em território brasileiro, em março de 2020, momento em que os profissionais demonstraram ter consciência do perigo que a emergência da doença no cenário da UPA estabelecia.

Atemorizando-se com o que se esperava com a iminência da COVID-19 em detrimento da realidade vivida (A1) é a categoria que consiste no estado afetivo suscitado pela consciência do perigo que a emergência da doença no cenário estudado revela, em face do que se tinha veiculado pela mídia sobre o impacto em outros países, principalmente europeus, pelo número de pacientes graves em unidades de terapia intensiva (UTI), a alta mortalidade, e a possibilidade de colapso do sistema de saúde. Tais ocorrências acarretaram medo e apreensão nos profissionais da saúde e seus familiares em relação ao esperado pela pandemia, conforme relatos:

“[...] No começo ficou todo mundo com muito medo por achar que viria o caos [...]”
(E2.2).

“[...] No começo foi bem complicado, os funcionários ficaram bem apreensivos, com bastante medo do que a gente poderia enfrentar, por tudo o que a gente via na mídia [...]”
(E3.3).

“[...] A gente tava muito assustado, muito temerosos, de não ter equipamento, de não ter EPIs, medo das mortes, do que a mídia trazia [...]” (TE2.2).

“[...] A gente tava esperando aquilo que via na televisão, paciente jogado no chão, não tendo maca, não tendo onde colocar os pacientes, um cenário de guerra [...]” (TE3.31).

Os funcionários da UPA esperavam que acontecesse o mesmo no Brasil no momento inicial da pandemia, o que se constatou progressivamente nos meses subsequentes, tal fenômeno é representado pela categoria: ***Experienciando inicialmente a pandemia de forma temerosa (A2)*** decorrente da representação da mesma pela mídia, de não saber como lidar com a situação, além de terem de confortar os colegas de trabalho para que não entrassem todos em pânico no mesmo momento, pois o número de profissionais infectados era alto.

“[...] No começo foi bem assustador porque era um vírus que a gente não sabia, era tudo muito desconhecido, era muito assustador, vendo tanta gente da enfermagem ficando doente [...] que a gente tava sabendo pelo mundo [...]” (TE1.1).

“[...] A princípio nós ficamos todos muito assustados, um tinha até que confortar o outro aqui, pra todos não chorarem e entrar em pânico tudo junto, tinha que ser um de cada vez [...]” (TE8.1).

“[...] É difícil pra gente dar força pro paciente [...]” (AE1.7).

“[...] O começo gerou muita ansiedade e preocupação de não saber o que fazer [...]” (M2.1).

Alguns profissionais da UPA apresentavam comorbidades como obesidade, asma e hipertensão arterial. Assim, representou-se essa constatação pela subcategoria: ***Preocupando-se por pertencer aos grupos de risco (A2.1)*** que consiste em um estado de perturbação em face da letalidade da doença mediante tais comorbidades que consistem em fatores de risco para complicações da COVID-19.

“[...] No começo da pandemia [...] eu fiquei em pânico [...] porque eu tenho comorbidades, e eu falei “meu Deus do céu, agora eu vou morrer mesmo, não vai ter jeito” e fiquei em pânico (AE1.1) [...] e eu e meu marido somos grupos de risco, então eu fico com medo, tanto por mim quanto por ele (AE1.3)[...] Tem uma colega nossa internada, inclusive agora eu fiquei sabendo que ela tá pra ser intubada, que ela não tá bem, aí eu fiquei em pânico mesmo [...] e ela também tem comorbidades, e a gente sempre comentava “a gente não pode pegar, porque se pegar essa doença, o problema é a gente sair depois [...]” (AE1.6).

Dessa forma, os próprios trabalhadores da unidade adotaram atitudes para preservar colegas da equipe pertencentes aos grupos de risco, representando o elemento: ***Preocupando-se com os colegas da equipe de trabalho (A2.2)***.

“[...] Eu normalmente fico sempre no COVID porque tenho colegas de trabalho mais idosas, com comorbidades, as meninas da enfermagem falam “você pode trocar comigo?” e eu falo “lógico que eu posso trocar”, porque eu jamais quero ver uma amiga minha doente, ruim, internada, como já aconteceu [...]” (TE1.14).

“[...] Eu evito o máximo de trabalhar na minha escala de serviço de ficar lá nas doenças respiratórias, eu procuro ficar no outro lado, no outro setor, exatamente por causa das minhas comorbidades [...] Eu tenho medo (AE1.10). [...] Eu tô conseguindo fazer isso, até hoje eu consegui evitar, porque outros colegas que não tinham problema ficavam lá [...]” (AE1.11).

Desconhecendo a COVID-19 e levando ao medo (A3) significa a precariedade de informações sobre a doença que os profissionais da saúde detêm, que, conseqüentemente, gera medo e dúvidas na forma de como assistir aos pacientes acometidos. Os aspectos desconhecidos da doença que se acercava referem-se à fisiopatologia, sintomatologia, transmissibilidade, duração, prognóstico, evolução da doença, conseqüências.

“[...] No começo foi bem assustador, porque era um vírus que a gente não sabia, né, era tudo muito desconhecido pra gente, era muito assustador [...]” (TE1.1).

“[...] Foi uma coisa que a gente não sabia muito bem como lidar, porque a gente só ouvia muitas coisas na televisão, que só tinham pessoas morrendo, morrendo [...]” (TE3.29).

“[...] No começo a gente tinha muito medo, muita dúvida [...], uma doença que ninguém sabia como era, esse vírus, e todo mundo com muito medo [...]” (TE7.1).

“[...] Manter a calma porque era tudo muito novo e nós estávamos assustadíssimos e a gente não podia demonstrar isso pros pacientes, porque a gente tem que demonstrar segurança” (TE8.2).

A equipe de saúde constatou uma desorganização do órgão gestor quanto à garantia de equipamentos e materiais de segurança em todas as unidades de atendimento. Denominou-se esta categoria como: **Percebendo despreparo no início da pandemia em relação aos EPIs (A4)**, que representa um desarranjo dos serviços em relação ao planejamento quanto à disponibilidade de EPIs que a pandemia de COVID-19, uma doença infectocontagiosa, exige. Como conseqüência da falta quantitativa e qualitativa de EPIs ocorreu uma interferência no processo de trabalho dos profissionais de saúde da unidade. Por sua vez, sentiram-se intuídos a realizar estratégias de cooperação entre eles, como contribuições em dinheiro, para a aquisição de EPIs.

“[...] Em relação aos EPIs a gente teve uma série de dificuldades no começo porque eu acho que a prefeitura, eu acho que em todos os lugares, em todas as unidades, ninguém tava preparado pra isso, e então a gente acabou sofrendo um pouco [...] (TE3.14) [...] Muitos de nós colaboramos com parte financeira pra que alguém pudesse fazer aventais pra gente poder tá usando [...] As máscaras nem sempre foram adequadas [...] (TE3.15). [...] Aventais a gente não tem pra ficar trocando o tempo todo de paciente pra paciente [...]” (TE3.21).

A problemática dos EPIs envolveu as seguintes subcategorias. **Utilizando EPIs inadequados (A4.1)**, que representa equipamentos inapropriados para a adequada assistência profissional aos usuários da unidade. Os equipamentos eram constituídos de materiais incompatíveis para a finalidade do uso, assim como sua especificidade, o que acarreta comprometimento da segurança dos profissionais, elevando o risco de infecção. **Utilizando inadequadamente os EPIs (A4.2)** compreende a utilização dos equipamentos de maneira errônea e discordante diante das recomendações dos protocolos vigentes de controle e prevenção de infecção da COVID-19. Nesse momento aparece a indignação da equipe quanto as dificuldades em relação aos EPIs, e surgem dúvidas quanto à efetividade, adequação e técnica de paramentação, gerando insegurança no processo de trabalho no âmbito da assistência do paciente e a segurança da saúde do trabalhador, conforme relatos:

“[...] As máscaras nem sempre foram adequadas [...] A N95 não é uma máscara que acaba tendo bastante na unidade, então a gente acaba não podendo trocar quando precisa [...] você acaba tendo que reutilizar a N95 [...] (TE3.16). [...] Não é só dar uma máscara e falar que o funcionário tá protegido, a máscara não é de boa qualidade, as luvas não são de boa qualidade, os aventais gramaturas, que são insignificantes (TE3.20). [...] Você pegar um avental pra você tá utilizando quase que a noite toda, você indo de um paciente pra outro, isso não dá pra admitir [...] (TE3.24). [...] Então a gente tá usando um avental pra proteger o nosso vestuário e não proteger de um paciente pro outro, entendeu? [...]” (TE3.25).

Os gestores da UPA demonstraram preocupações em relação aos aspectos do processo de trabalho, contemplados pela categoria: **Responsabilizando-se por diversos fatores devido posição de liderança (A5)** que retrata a consciência da responsabilidade das distintas atribuições relacionadas à coordenação de uma equipe pelo enfermeiro no contexto da pandemia, e que exige esforços para adequação dos processos de trabalho e assistenciais, e da dinâmica de funcionamento do serviço de urgência e emergência. Soma-se a essa responsabilidade da liderança a função de apoio e alicerce para equipe de saúde, que se encontra temerosa pela nova doença. **Lidando com a equipe, que temia contaminação, através do diálogo (A5.1)** se mostra como uma técnica para encarar o medo da infecção que os trabalhadores sentiam.

“[...] Nós temos uma posição de encarregado, de líder da unidade, a gente tem que apaziguar, [...] nós temos que acalmar os nossos colegas de trabalho, os nossos colaboradores, então, eu sou a pessoa que mais tenho que demonstrar serenidade [...]” (E1.22).

“[...] A princípio eu estava na chefia da unidade [...] foi uma sensação bem diferente porque toda a responsabilidade de você tá coordenando uma equipe pra trabalhar diretamente

na linha de frente do atendimento ao paciente numa doença tão desconhecida, tão nova, onde todo mundo tava com tanto medo do que iria acontecer [...]” (E3.1).

“[...] Eu, como enfermeira do setor tenho conversado muito com os funcionários, né, porque gera um pouco de medo, né, na verdade, o nosso medo é levar algum tipo de contaminação pra nossa casa [...]” (E.4.3).

A categoria: **Pensando que a pandemia seria diferente do que se esperava para o momento (A6)** significa que a percepção que se tinha a respeito da experiência pandêmica foi divergente da realidade vivida inicialmente, ora mais tranquila do que o esperado ou mais complicada em relação ao que se esperava. A percepção de alguns profissionais era a expectativa do pior, porém como ainda a população permanecia em isolamento social e procuravam a UPA apenas para urgências, a impressão que ficou era de que a pandemia ainda não havia chegado.

“[...] E aí depois as coisas foram se acalmando, a gente foi vendo que não chegou aquele caos todo [...] (E2.9). [...] A gente tinha reuniões e treinamentos, e ficou muito receoso, assim, naquela expectativa, né? “Hoje vai tá o caos, hoje vai tá o caos” [...] e passa o pessoal da vigilância, a mídia, falando assim: “ah, vamos estar no pico semana que vem”, aí você cria aquela expectativa, chegava a semana do pico e tipo, não era tudo aquilo [...]” (E2.17).

“[...] A gente queria que acabasse logo, pra voltar a ter uma vida normal, sem tanta preocupação né, pra gente ter uma vida um pouco mais tranquila, porque normal nunca vai mais ser agora né? [...]” (E3.16).

“[...] Eu acho, pra mim, ainda foi mais suave do que a gente esperava [...]” (TE2.4).

“[...] Porque o que eu vejo, o que eu via na televisão e o que eu vejo na realidade é totalmente diferente [...]” (TE3.38).

4.2.2 Durante a pandemia

Este período caracteriza-se como o momento após a chegada e instalação da doença no local do estudo, em meados de abril de 2020. A fase é composta por quatro subprocessos (B, C, D e E), quinze categorias e seis subcategorias, e é representada no Quadro 2.

Quadro 2 – Subprocessos B, C, D e E, as categorias e subcategorias relativos à experiência interacional da equipe durante a pandemia. Unidade Pronto Atendimento do estado de São Paulo, 2021.

DURANTE A PANDEMIA		
Subprocessos	Categorias	Subcategorias
Definindo estratégias para enfrentar a pandemia (B)	Separando o fluxo de atendimento da unidade (B1)	
	Modificando a rotina de precaução (B2)	

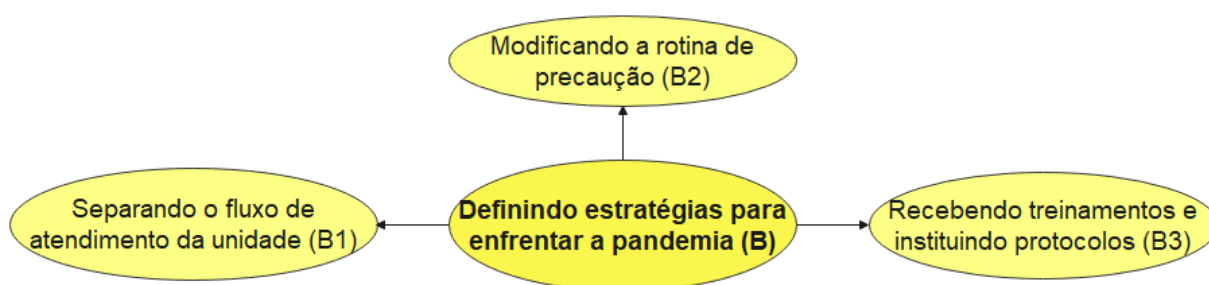
	<i>Recebendo treinamentos e instituindo protocolos (B3)</i>	
<i>Convivendo com a pandemia (C)</i>	<i>Ressaltando preocupação com aspectos pessoal e familiar (C1)</i>	<i>Preocupando-se em manter a saúde da família (C1.1)</i>
	<i>Trabalhando e tendo contato com a doença (C2)</i>	
	<i>Atendendo os pacientes de forma habitual e especificando os cuidados quando necessário (C3)</i>	
	<i>Vivenciando como profissional da saúde situações sem precedentes (C4)</i>	<i>Atendendo um número alto de infectados pela COVID-19 (C4.1)</i>
		<i>Verificando a imprevisibilidade da COVID-19 (C4.2)</i>
		<i>Temendo a necessidade do procedimento de intubação no trabalho (C4.3)</i>
	<i>Trabalhando numa UPA, serviço de estabilização, com taxa de mortalidade baixa (C5)</i>	<i>Solicitando a transferência de pacientes (C5.1)</i>
	<i>Percebendo formas diferentes dos profissionais enfrentarem a COVID-19 (C6)</i>	<i>Estudando, tranquilizando-se e experienciando positivamente a pandemia (C6.1)</i>
	<i>Sentindo empatia com os pacientes atendidos (C7)</i>	
<i>Identificando problemas e necessidades durante o enfrentamento da pandemia (D)</i>	<i>Classificando a inconsequência da população como um grande problema (D1)</i>	
	<i>Percebendo falta de apoio para profissionais da saúde (D2)</i>	
<i>Refletindo sobre o enfrentamento da pandemia (E)</i>	<i>Percebendo diferenças entre o que vivenciaram no início da pandemia (E1)</i>	
	<i>Prevenindo-se com maior seriedade em relação ao paciente comparado ao colega de trabalho (E2)</i>	
	<i>Aliviando-se pela pandemia de COVID-19 não se assemelhar com o trabalho que tiveram com outras epidemias (E3)</i>	

Fonte: O autor.

Os diagramas representativos dos subprocessos do período ***Durante a pandemia*** estão representados separadamente devido ao número de categoriais que os compõe.

Conforme o decorrer da pandemia os profissionais foram desvendando formas para lidar melhor com a situação, definido pelo subprocesso: ***Definindo estratégias para enfrentar a pandemia (B)*** que consiste em esquemas para otimizar o processo de combate à pandemia, demonstrada na Figura 3.

Figura 3 – Diagrama representativo do subprocesso B e as categorias B1, B2 e B3. Unidade Pronto Atendimento do estado de São Paulo, 2021.



Fonte: O autor.

Separando o fluxo de atendimento da unidade (B1) consiste em uma ação adotada para possibilitar atendimento apropriado, minimizando o risco de contaminação dos usuários e da equipe de saúde definindo aqueles que seriam atendidos pela demanda geral e aqueles com queixas respiratórias. No início, durante a implementação dessa ação requisitada pelos órgãos da saúde, alguns funcionários não acreditavam na evolução da pandemia e presumiam que a nova organização fosse desnecessária por se mostrar vazia; outros pensavam que mesmo com a divisão existe o risco de contaminação.

“[...] Nós separamos o fluxo de pacientes na unidade, então já existe um cuidado desde quando esse paciente chega nesse setor [...]” (E1.6).

“[...] Então a gente separou o fluxo dos atendimentos respiratórios dos atendimentos clínicos mas assim, é, isso não é garantia que a gente tá conseguindo se prevenir [...]” (E4.12).

“[...] No começo a gente não acreditava muito, né, porque começou toda aquela movimentação, a separar síndrome gripal de pacientes clínicos, e a gente olhava e não tinha movimento na ala dos pacientes gripais, e a gente ficava assim “ai, que baboseira isso” né... Mas quando foi em maio, aí a gente começou a ver que a coisa era séria, e aí foi piorando muito, mas fazem uns dez dias que diminuiu bastante o movimento [...]” (TE4.13, TE4.14).

Modificando a rotina de precaução (B2) refere-se à normalização da nova rotina de cuidados e precaução padrão, que confere níveis mais rigorosos para as

práticas de higiene e o uso de equipamentos de proteção, que com a pandemia passaram a ser explorados de forma rotineira e continuará sendo parte da rotina para a redução do risco de contaminação.

“[...] A gente tem que se prevenir do jeito que a gente pode, então usar o material, o EPI em todos os pacientes, tomar o cuidado da lavagem das mãos, do uso de adornos, coisa que a gente não tinha uma preocupação antes da pandemia, hoje a gente já tem, então é cabelo preso, é touca, em todo momento, né, trocar máscara sempre que a gente puder [...]” (E4.13).

“[...] É possível manter, trabalhar, executar nossa profissão com todos os cuidados, não tem jeito, vamos ter que conviver com isso né [...]” (TE2.5).

“[...] Acabou sendo um hábito que a gente não tinha antigamente, de usar toquinha, de usar máscara o tempo todo, de atender com luva, de até mesmo de usar roupa que a gente tirasse antes de entrar em casa, acho que ninguém tinha muito dessas coisas assim arraigadas, e acho que isso não muda nunca mais [...]” (M1.9).

“[...] Mas eu consigo entender hoje que não é tão complicado assim, que a gente consegue ter uma vida, é, normal desde que a gente consiga ter os cuidados necessários [...]” (TE3.34).

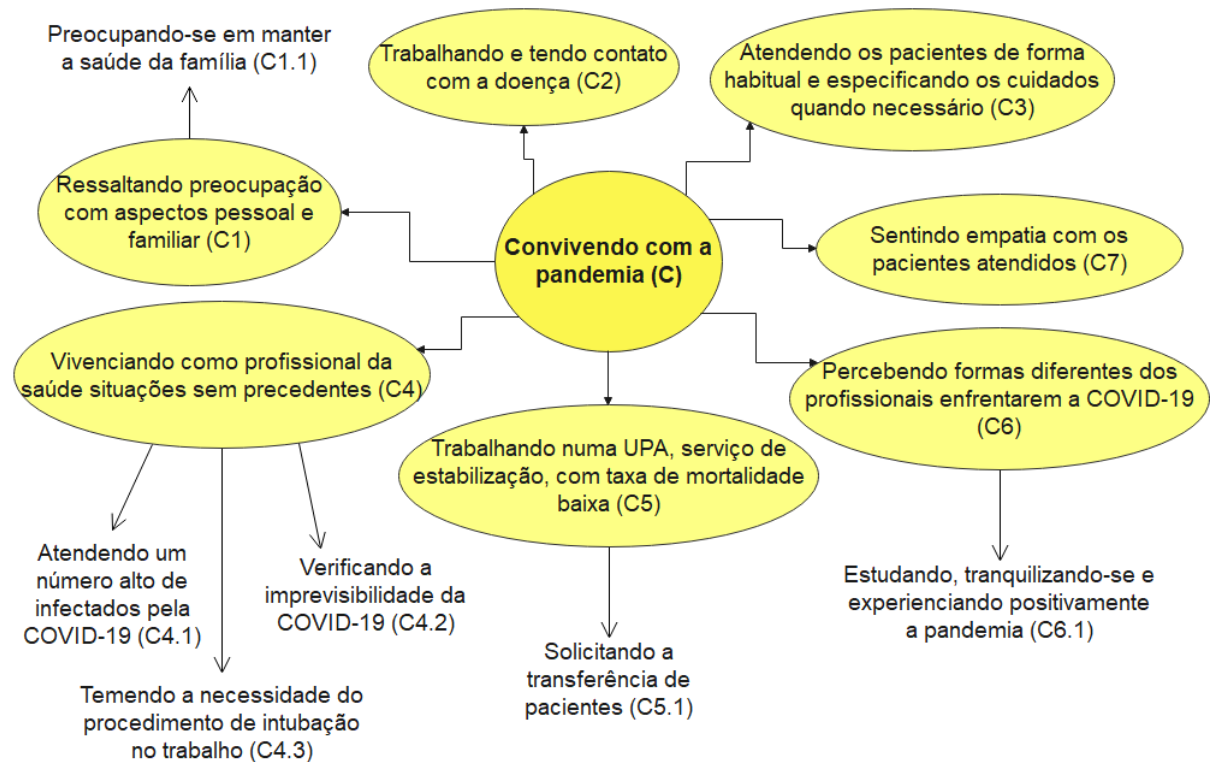
Recebendo treinamentos e instituindo protocolos (B3) diz respeito à educação em serviço para habilitação do profissional para trabalhar e gerir o serviço. Houve questionamentos sobre a validade e viabilidade de protocolos em vigor no âmbito de trabalho, além do ponto de vista de que os treinamentos foram insatisfatórios por serem breves, além de constatarem falta de treinamentos para apoiar o paciente e sua família.

“[...] Não acho que foi suficiente, foi meio rápido, meio, resumido [...]” (TE5.9).

“[...] O treinamento em relação ao uso de EPI, [...] na minha visão [...] não foi o correto, [...] você entra no isolamento e aí você tem que jogar a roupa fora [...] mas você tem que guardar a máscara; eu não guardo a máscara, eu jogo fora. Você entra lá e tem que deixar ela pendurada pra usar depois, eu não concordo com isso (TE6.9). [...] Mas o que que eu observei, lá nos hospitais, fizeram o treinamento técnico mas não preparou os profissionais pra dar aquele apoio e atenção tanto para os doentes quanto para a família, faltou isso [...]” (TE6.11).

O subprocesso **Convivendo com a pandemia (C)** pertence ao momento **Durante a pandemia**, onde compreendeu-se o surgimento de fenômenos relacionados à questões consequentes à vida laboral neste momento, incluindo contextos profissionais, pessoais e familiares. O subprocesso C é representado por sete categorias descritas na Figura 4.

Figura 4 – Diagrama representativo do subprocesso C, suas categorias e subcategorias. Unidade Pronto Atendimento do estado de São Paulo, 2021.



Fonte: O autor.

Ressaltando preocupação com aspectos pessoal e familiar (C1) refere-se ao estado de tensão apresentado pelos profissionais de saúde e seus familiares, representado por fenômenos: emocionais como a ansiedade; ao agravamento do número de casos da COVID-19 e a exposição dos profissionais a esse risco; a insegurança do desemprego de familiares, gerando estresse no domicílio e no local de trabalho.

“[...] A minha esposa se mostrou muito ansiosa [...] talvez porque eu converso mais com a minha esposa, ela pergunta como é que tá a situação da UPA, é, a quantidade de pacientes que a gente entuba, pacientes graves, essas questões de óbito, então ela acaba se impressionando [...]” (E1.11). “[...] Uma ansiedade, um estresse dentro e fora da profissão [...] por nós estarmos na linha de frente, mesmo em casa gera essas questões que a gente tem que tá conversando, tem que tá orientando, né? (E1.13).”

“[...] A gente até passou por alguns problemas pessoais em relação à pandemia por conta do emprego do meu marido [...] a única garantia que eu tinha era o meu emprego, então eu tinha que ir, tinha que trabalhar [...]” (E2.8).

Preocupando-se em manter a saúde da família (C1.1) foi um conjunto de tomada de decisão para proteger os familiares da exposição ao vírus através do contato do profissional com seus entes queridos. Mantiveram o distanciamento social, assim como as recomendações sanitárias e precauções necessárias, a fim de evitar a infecção pelo coronavírus. A limitação do contato com a família se configurou como

restrições impostas e necessárias, porém exacerbaram fenômenos como a ansiedade. Alguns desejavam poder passar a morar em outra casa a fim de evitar ao máximo a possibilidade de levar o vírus até a família. Relatos de contato com a família apenas após o exame negativo e a necessidade de folga por dias até a convivência foram estratégias para aumentar a segurança dos familiares. Foram habituados a realizar cuidados intensos com a roupa, sapato e materiais de trabalho e mantendo o distanciamento dentro da casa para assegurar proteção da família.

“[...] Aqui em casa eu tenho tomado os cuidados [...] Na UPA eu já tomo banho, eu troco de roupa antes de vir pra casa, chega em casa, o sapato fica do lado de fora, a gente tem essa preocupação [...]” (E1.10).

“[...] Eu queria que o meu marido e o meu filhinho, fossem morar em outro lugar, e eu ficasse sozinha aqui em casa [...]” (E2.7).

“[...] Enquanto não sai o resultado, a gente tem a família da gente na casa, né, então a gente fica com medo de ficar perto [...]” (E3.9).

“[...] Eu to com muita saudade [...] a gente se vê por vídeo porque eu não quero ter nas minhas costas a culpa, se por acaso, eles pegarem. Então isso pra mim, na pandemia é o pior, o pior não é eu cuidar dos doentes, porque como eu falei, essa é uma profissão que eu escolhi, é uma profissão que eu amo, mas o pior pra mim, é ficar sem ver meu pai, minha mãe, minha avó, minha irmã, as minhas sobrinhas, assim, eu na verdade, fico isolada [...]” (TE1.10, TE1.11).

“[...] A gente tem nossos familiares, nós temos nossos pais, familiares também que são imunossupressores, que não podem ficar doentes, então a gente, é, é muito difícil pra nós [...] (TE8.3). [...] Pra visitar os meus pais só foi depois de fazer o exame, porque eu fico muito preocupada porque eu não tô doente [...] mas amanhã eu posso transmitir porque eu tô trabalhando com isso, então antes de visitar a minha mãe, eu peguei folga de três dias, fiz o exame e fui visitá-la, mas mesmo assim não tirei máscara, limpeza de mãos, esses cuidados, e um pouquinho longe [...] (TE8.15, TE8.16). A gente tem que respeitar, amar é querer bem o outro, não adianta você ficar cheio de abraçinho e depois ficar doente, a gente tem que reaprender a amar, amar o próximo, dessa forma [...]” (TE8.17).

“[...] Tenho percebido que com a pandemia, pessoas, pacientes, inclusive amigos e familiares que tinham uma ansiedade que era tratada com uma atividade física ou atividades altruístas precisaram começar com medicação pra tratar [...] (M2.2) [...] A interação humana de abraço, beijo ou ficar mais perto, isso é claro que a gente tem sentido falta, pra quem tem uma linguagem de amor pelo contato físico [...]” (M2.9).

Trabalhando e tendo contato com a doença (C2) refere-se a garantia da condição laboral, ainda que esta submeta o profissional da saúde ao risco aumentado para infecção devido contato direto com o vírus, onde resultam casos positivos. O resguardo da saúde dos profissionais frente aos riscos de infecção é visto como uma vitória e eficácia das medidas de proteção. Os profissionais que se infectaram com o vírus tiveram experiências distintas.

“[...] A gente estava, estamos ainda, em numa penumbra, vamos dizer assim, né, nós ainda não conhecemos completamente a doença, tamo avançando nisso, nessas questões,

mas a gente tem sido feliz na questão do resguardo da nossa saúde, então isso pra gente tem sido muito gratificante [...]” (E1.24).

“[...] Eu acho que tem profissionais que estão dispostos a trabalhar apesar do risco, que tão se arriscando [...]” (E4.2).

“[...] Eu sempre tive medo, muito medo, não, aliás, nem contava que eu ia contrair, sofrer tudo que eu sofri [...]” (TE5.2).

“[...] Eu acho que é uma coisa meio que inevitável, todo mundo uma hora ter contato com isso [...]” (M1.15).

“[...] Eu já peguei e passei bem [...]” (M2.5).

Os trabalhadores uniram esforços para atuarem na complexa realidade da COVID-19. **Atendendo os pacientes de forma segura, habitual, utilizando os EPIs adequadamente e intensificando o cuidado (C3)** compreende que a assistência, propriamente dita, permaneceu como antes da pandemia. Especificidades no atendimento direto ao paciente com COVID-19 relacionadas à instalação de equipamentos de suporte respiratório como cateter nasal de oxigenação e máscara facial de alto fluxo de oxigênio acarretam maior risco de contaminação por gotículas e aerossóis. Essas situações geram estresse e ansiedade na equipe de saúde, porém relatam que com a utilização adequada dos EPIs realizam o cuidado como se fosse uma outra doença infectocontagiosa.

“[...] É claro que quando o paciente, a gente instala o cateter de O₂, mais precisamente a máscara de alto fluxo, nesse momento a gente já tem uma atenção triplicada [...] (E1.5). [...] A partir da hora que o paciente passa pra observação clínica [...] a preocupação é redobrada [...] Então a todo momento a gente se policia pra evitar a contaminação, então é um momento de muito estresse que tem gerado muita ansiedade [...]” (E1.7).

“[...] Cuidando dos meus pacientes como eu sempre cuidei, como se fosse uma doença infectocontagiosa da qual a gente já tava acostumada, apenas coloco todos os meus EPIs adequados e vou trabalhar [...]” (TE1.7).

“[...] No atendimento à pessoa, pra mim não mudou nada, porque eu atendo do jeito que eu atendia [...]” (TE6.21).

Vivenciando como profissional da saúde situações sem precedentes (C4)

indica uma experiência incipiente, nunca antes vivenciada, que acarreta temor e comoção devido ao alto número de pacientes graves. O medo e o abalo emocional sentidos pelos profissionais de saúde ao identificarem pacientes na sala de emergência, em pânico, aliado ao desconhecimento do curso natural da COVID-19 colaboraram para o impacto no processo de trabalho desse cenário.

“[...] Eu fiquei bem abalada, acho que todos que trabalham, né, na verdade, dentro de um pronto socorro, porque começamos a ver pessoas, assim, num estado bem grave depois de um ou dois dias de atendimento [...] (TE1.3). [...] A gente (profissional da saúde) nunca

teve tanto medo assim [...]” (TE1.16).

“[...] A gente tava bem assustado de ter dois, três pacientes dentro de uma sala de emergência em estado grave [...]” (TE4.17).

“[...] Vi pessoas em pânico, foi horrível e tá sendo horrível [...]” (TE5.4).

A categoria **Atendendo um número alto de infectados pela COVID-19 (C4.1)** exemplifica as falas dos profissionais, que no início assistiam o que ocorreu em países estrangeiros e, rapidamente, instalou-se no cenário brasileiro. Com a grande demanda de pacientes infectados e com sintomas leves da doença diariamente sendo atendidos na UPA, estabeleceu-se um clima organizacional assustador e de insegurança pois qualquer paciente atendido naquele cenário, mesmo que não estivesse na ala COVID-19, poderia estar infectado devido à alta possibilidade de assintomáticos.

“[...] Então a gente sabe que hoje qualquer paciente, qualquer pessoa, pode ter COVID-19 [...] tratar todo paciente como um COVID mesmo, e a gente tentar se prevenir [...]” (E4.11, E4.16).

“[...] É muito assustador, porque no começo da pandemia a gente ouvia muito falar nos estados de fora, nos países de fora, hoje a gente já tá vivendo isso, então assim, isso ainda é muito assustador, a demanda pra nós é uma coisa absurda [...]” (TE1.12).

“[...] Mas uma boa parte é assintomática, graves mesmo tem, tá vindo, mas não são tantos [...]” (TE2.7, TE2.8).

“[...] Na UPA eu tenho contato praticamente diário com os pacientes infectados [...]” (TE3.6).

Verificando a imprevisibilidade da COVID-19 (C4.2) significa a constatação de que a doença pode atingir cada indivíduo de uma forma e gerar uma diversidade de respostas orgânicas. Mesmo pacientes sem comorbidades, como jovens e aqueles em bom estado geral de saúde, poderiam apresentar a forma grave da COVID-19.

“[...] Hoje a gente vê que é uma doença grave, ela é uma doença sistêmica, e cada pessoa age de uma maneira [...] (TE6.5). [...] Você vê que tem pessoas que têm problemas graves e que saem dessa situação numa boa, e tem pessoa saudável que não tem a mesma [...] sorte, né, porque você vê, ela ataca o rim, ataca o coração [...]” (TE6.6, TE6.7).

“[...] A gente não sabe se pode pegar mais de uma vez [...] não sabe quanto tempo isso dura no organismo, como que cada um reage com essa doença, então é tudo uma novidade [...]” (M1.17).

Temendo a necessidade do procedimento de intubação no trabalho (C4.3) decorre do medo, preocupação e receio pela exposição dos profissionais ao risco de contaminação pela geração de aerossóis no momento do procedimento invasivo relacionado à intubação e aspiração. As dúvidas e erros relacionados as intervenções foram elucidadas com os novos protocolos implementados.

“[...] No âmbito profissional a gente ainda tem muito receio [...] existiu e ainda existe muito temor quando a gente fala, quando a gente se depara com uma situação de intubação [...] que ainda gera muita preocupação porque é um momento de maior risco [...] para os profissionais da saúde, né? [...]” (E1.4).

“[...] Mas o maior medo mesmo, não só meu, como o de todo mundo, é quando a gente acaba atendendo o paciente grave suspeito da doença, porque [...] a gente sabe que é nessa hora que acontece o maior contágio dos profissionais, né? [...]” (E3.7).

“[...] No começo foi muito difícil, a primeira intubação aqui foi [...], sabe aquele desespero, uma sequência de erros que não podia fazer, e depois foi melhorando, tipo a aspiração, que não pode, mas hoje em dia tá bem mais tranquilo [...]” (TE7.8).

Devido à especificidade do serviço de urgência, no contexto da Rede de Atenção de Urgência e Emergência, as UPAs têm a função de transferir pacientes para serviços de alta complexidade para continuidade do tratamento. Assim, este fluxo confere a categoria: **Trabalhando numa UPA, serviço de estabilização, com taxa de mortalidade baixa (C5)** que retratou até o momento um número baixo de óbitos, devido à estabilização do paciente e transferência do paciente para uma unidade hospitalar.

A subcategoria: **Solicitando a transferência de pacientes (C5.1)** se refere ao processo de trabalho da unidade, que após a estabilização do paciente, solicita a transferência do mesmo para serviço terciário para continuidade do cuidado. Tal processo, no início da pandemia, era respaldado apropriadamente, o que começou a mudar com o passar do tempo, sendo necessário esperar horas para a concretização da transferência.

“[...] Porque pronto socorro e pronto atendimento é justamente pra isso, né? O paciente não permanece lá pra tratamento, ele tem que dar continuidade num nível terciário [...]” (E2.19).

“[...] Não tivemos quase casos de óbito aqui, porque aqui eles quase não ficam, eles são transferidos, então a mortalidade aqui é baixíssima [...]” (TE5.8).

“[...] A gente teve um respaldo muito bom, assim, todas as vagas que a gente solicitou, o paciente nunca ficou muito tempo na nossa unidade [...]” (E2.18).

“[...] O negócio tá começando a piorar [...] a gente tem percebido isso porque desde o começo da pandemia a gente nunca tinha ficado com o paciente na unidade mais do que três horas aguardando uma internação, e a gente chegou numa situação que no hospital estadual ficou sem vaga, então o paciente ficou mais de 12 horas na unidade [...]” (E3.12).

As maneiras de lidar com a pandemia foram divergentes entre os profissionais da UPA, exemplificado pela categoria: **Percebendo formas diferentes dos profissionais enfrentarem a COVID-19 (C6)**. As maneiras de enfrentamento que os indivíduos constroem, fortalecem ou recorrem para lidar com a situação são diversas.

Alguns participaram ativamente de treinamentos e trabalharam a mente para aceitar a situação e passar a lidar melhor com a mesma, fortalecendo um temperamento tranquilo, além de apoiar-se na fé, pelo amor à profissão; outros buscavam afastar-se do trabalho, tirar férias, ou até mesmo infectar-se logo para possivelmente adquirir imunidade.

“[...] A gente teve funcionários que queriam se afastar [...] Outros enfrentaram de outra maneira, participando de treinamentos, outros falando até que queriam pegar a COVID logo, pra ficar imune [...]” (E2.4).

“[...] Eu falo que eu gosto muito da minha profissão, eu amo minha profissão, e assim, eu vi que se eu não tivesse coragem pra ajudar essas pessoas, quem que iria ajudar? Porque todo mundo fica abalado, né? Então eu comecei a rezar muito mais do que eu já rezava e comecei a enfrentar a doença de uma outra forma, porque se eu não vou poder ajudar, eu falei “quem que vai poder?” [...]” (TE1.6).

“[...] Não é todos que encaram iguais, né, alguns ainda têm muito medo, alguns afastados, mas a gente tem que conviver com isso [...]” (TE2.11).

“[...] Então a gente, é muito difícil pra nós, então passando essa fase, a gente foi modelando a nossa cabeça [...]” (TE8.4).

“[...] Mas aí eu tenho uma fé muito grande, muito grande e é isso que me, que me leva, porque se você for pensar, você fica louca, né? (AE1.2). [...] Esse mês eu tô de férias, onde eu trabalho três ou quatro pessoas já se contaminaram e eu tô pra voltar dia primeiro, hoje eu dei entrada na minha licença, que eu tenho licença prêmio, tenho 135 dias [...]” (AE1.4).

Conforme o passar dos meses durante a pandemia, os profissionais passaram a se sentir mais tranquilos e seguros em trabalhar, lidando melhor com a situação, o paciente e a doença, apropriando-se de protocolos, conforme disposto na categoria: ***Estudando, tranquilizando-se e experienciando positivamente a pandemia (C6.1)*** significa a capacidade de aliviar a tensão através de estudos e prática baseada em evidências, trazendo segurança para a prática profissional durante a vivência laboral da pandemia, situação em que propicia a interação da equipe em virtude da progressão do desempenho de procedimentos, conferindo crédito aos colegas, que são treinados e escalados em função de desempenhar uma assistência de qualidade. Com o concretizar de avanços na literatura, a experiência e tentativa de conhecer mais sobre a doença, os profissionais apontam a necessidade e a importância de estudar para estar apto à atender apropriadamente aos pacientes, tornando o trabalho mais tranquilo, com menos medo.

“[...] Esse contexto, pra nós, enfermeiros, que de modo geral, enfermeiro é líder de equipe, né? Esse contexto tem sido enriquecedor, desafiador, de um desafio muito grande [...] mas tá trazendo um crescimento muito grande pra equipe também, em relação à protocolos, em relação à atenção com os procedimentos, atenção nos detalhes dos procedimentos [...] essa relação de eu realmente não me contaminar, o que eu tenho que fazer, o que que eu

tenho que cumprir, quais são os passos de uma assistência segura [...] então essas questões tem sido assim, marcantes, então eu acredito que a equipe como um todo, vai crescer muito nessa parte [...]” (E1.22) [...] Eu fiquei mais calma, eu atendo com mais segurança o paciente, e também sabe a equipe que a gente tem, com quem que a gente trabalha, todo mundo passou por treinamento, e até a nossa escala a gente tem colocado funcionários muito bons, que na hora de atender, vai conseguir atender [...]” (E2.20).

“[...] Nós sabemos que todo dia é uma coisa séria, nós temos que levar à sério e mas não tá sendo dos piores, a gente encarou profissionalmente [...]” (TE2.3).

“[...] Mas hoje eu me sinto muito mais tranquilo e seguro em trabalhar, em cuidar do paciente com COVID-19, do que eu tive lá em março, abril, maio [...] (TE3.28). [...] A gente percebeu que não é uma coisa tão difícil assim de lidar, que a gente consegue trabalhar com o paciente doente e voltar pra casa tranquilo [...]” (TE3.32).

“[...] Mas a gente vai entendendo, porque tudo que é novo a gente tenta, né, tem que estudar, ver direito o que fazer, agora já com experiência [...]” (TE8.7).

“[...] O medo acho que se instaurou mais no início do que agora, agora o desconhecido se tornou uma coisa conhecida, então não é mais medo, agora é só precaução [...]” (M1.14).

Sentindo empatia com os pacientes atendidos (C7) significa que o profissional da saúde compreende os sentimentos e as situações específicas que os pacientes que chegam na emergência com medo de morrer. A equipe de saúde, especialmente a de enfermagem, demonstrou uma consciência e preocupação com o bem-estar dos pacientes chegando a fazer comparações de colocar-se no lugar dos familiares e imaginar o sofrimento causado pela gravidade do caso. Dessa maneira, a equipe de enfermagem trabalhou acolhendo a família que estava impossibilitada de permanecer ao lado do paciente e cuidando do paciente, sem preparo prévio e com medo.

“[...] Eu consigo ver que é mais fácil a gente lidar com o COVID, e a gente conseguiu aprender isso e lidar com o paciente, e passar uma tranquilidade maior pra ele, porque todo mundo chega na unidade desesperado porque acha que vai morrer, entendeu, todos acham que vão morrer porque pegaram COVID [...]” (TE3.37).

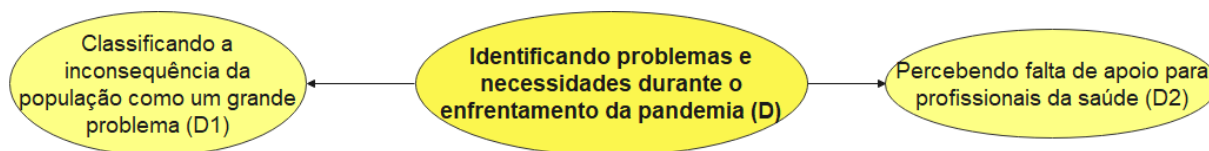
“[...] É que assim, você acaba se envolvendo né [...] teve um dia que eu fiquei muito abalada, uma moça tinha nenê faziam três dias e ela saiu de lá entubada, e o pai da moça, o avô da criança, desesperados na porta da sala de emergência [...] E eu tenho filho pequeno, eu tenho pai, eu tenho, entendeu? Você acaba se pondo no lugar, entendeu? [...]” (TE4.9, TE4.10).

“[...] Os técnicos e os enfermeiros, eles [...] não estão preparados pra dar esse acolhimento pra família, mas fazem mesmo com medo [...]” (TE6.26).

Após a instalação da pandemia e a adaptação que a mesma exigiu dos profissionais, estes constataram fatores que contribuíram para a realidade vivenciada até o momento. O subprocesso **Identificando problemas e necessidades durante o enfrentamento da pandemia (D)** consiste em uma sequência de situações que geraram adversidades para durante o enfrentamento da pandemia pela equipe de

saúde no cenário de estudo. As duas categorias que pertencem ao subprocesso D estão demonstradas na Figura 5.

Figura 5 – Diagrama representativo do subprocesso D e as categorias D1 e D2. Unidade Pronto Atendimento do estado de São Paulo, 2021.



Fonte: O autor.

Classificando a inconsequência da população como um grande problema (D1) refere-se à falta de adesão às recomendações sanitárias estipuladas e de conhecimento da população sobre a alta transmissibilidade do vírus em situações de aglomerações em locais públicos e a busca de atendimento em serviços de urgência para casos que podiam ser solucionados em serviços de atenção primária. A população desacreditou sobre a gravidade da COVID-19 apesar da mídia veicular esta realidade. Dessa forma, houve uma cobrança advinda da população sobre os profissionais da saúde para a resolução de problemas relacionados à pandemia, mas sem a sua colaboração.

“[...] Existem muitas pessoas que não acreditam, que não levam à sério, aí se contrai, passa pra um monte de gente [...] é aí que tá o maior problema, as pessoas se aglomerarem, não acreditarem, e aí prejudica quem cuida [...]” (TE5.23).

“[...] Mas as pessoas, o povo em geral, eles cobram muito da gente, muito que é do outro para com eles, tudo que se refere à eles [...] porque vão pra supermercados, bate papo, se cumprimenta, dão beijinho, abraço, festas, parece que não tem nada (TE8.11). [...] Então a consciência desse povo, por mais que falem, a gente tá na mídia, tá em tudo, por mais que se explique, não tem como dizer que não sabia [...]” (TE8.13).

“[...] Então com isso a gente fica triste [...] E vê que a população tá indo à toa procurar atendimento, por outros motivos, e as vezes acha que a pandemia não é tudo isso, que não traz tantos malefícios, e a gente tá vendo que não tem necessidade de procurar atendimento por qualquer coisa, que tem coisas que as pessoas podem fazer por si, sem procurar atendimento num ambiente de urgência, que pode tá infectado e pode causar problemas e depois levar essa doença pra casa [...]” (M1.12, M1.13).

A pandemia abalou diretamente o profissional da saúde em sua integralidade biopsicossocial. Nesse contexto, a subcategoria: **Percebendo falta de apoio para profissionais da saúde (D2)** identificou-se inicialmente uma necessidade de reforço do número de profissionais para atender a demanda. Os gestores tardaram quanto à essa providência. O apoio psicológico para profissionais da saúde da linha de frente também é uma necessidade identificada pelos mesmos porém não foi providenciado,

além do sentimento de descaso em relação à valorização do profissional, dessa maneira, não bastou apenas receber os EPIs.

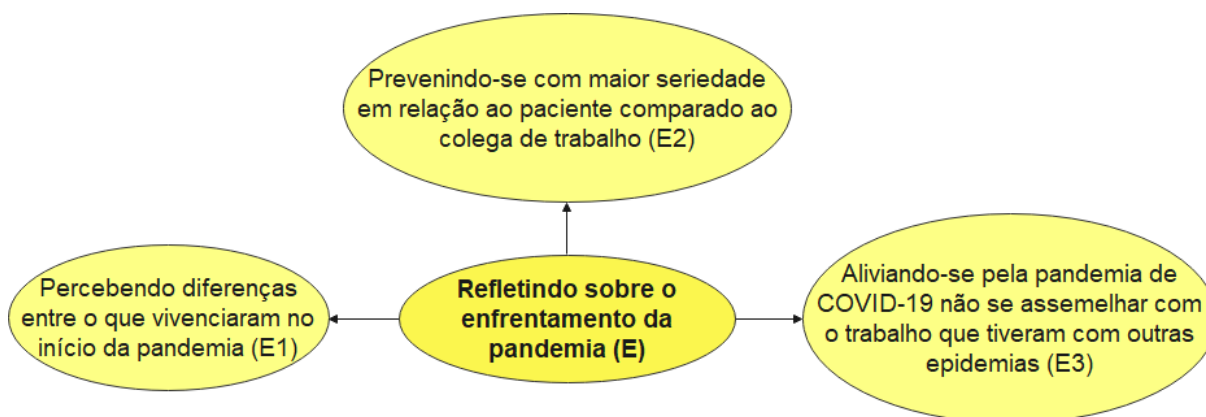
“[...] Claro que eu acho que a gente poderia ter um apoio, [...] uma força maior da diretoria, [...] veio funcionário a mais mas isso demorou um pouco [...]” (E4.8).

“[...] Sempre falta alguma coisa, né, alguns precisam de apoio psicológico [...]” (TE2.10).

“[...] A gente acaba percebendo que existe muita política e pouca coisa feita pra nós (TE3.22). [...] Porque se você der um avental, tá bom, se der uma caixa de luva, tá bom, se você tem uma máscara, não importa como ela seja, tá ótimo, então a gente percebe que existe um descaso em relação à isso [...]” (TE3.26).

Ainda no decorrer da pandemia, o subprocesso: **Refletindo sobre o enfrentamento da pandemia (E)** exprime abstrações das constatações da realidade do cenário e das experiências dos profissionais da equipe de saúde em três categorias, apresentadas na Figura 6.

Figura 6 – Diagrama representativo do subprocesso E e as categorias E1, E2 e E3. Unidade Pronto Atendimento do estado de São Paulo, 2021.



Fonte: O autor.

Percebendo diferenças entre o que vivenciaram no início da pandemia (E1) diz respeito à percepção divergente da experiência inicial em comparação com o que vivenciaram nos meses seguintes, e que foram exemplificados de acordo com o agravamento e a oscilação da frequência dos casos infectados.

“[...] Em maio a gente começou a ver que a coisa era séria, e aí foi piorando muito, mas fazem uns dias que diminuiu bastante o movimento [...]” (TE4.15).

“[...] Foi muito difícil, agora, em novembro, amenizou, eu acredito, amenizou muito, bastante [...]” (TE5.15).

“[...] E parece que depois de um período diminuiu um pouco, é, parece que o vírus ficou um pouco mais frágil [...]” (TE8.5).

Prevenindo-se com maior seriedade em relação ao paciente comparado ao colega de trabalho (E2) retrata a forma como os profissionais da equipe de saúde negligenciavam a obrigatoriedade de manter as precauções devido aos potenciais riscos de contaminação no ambiente de trabalho quando compartilhavam os locais de refeição e descanso. Os profissionais tomavam cautela e precaução com os usuários da unidade, porém negligenciavam as medidas entre si.

“[...] A gente se previne, todo profissional da saúde, ele se previne muito mais com o paciente do que com o colega de trabalho, e isso é uma coisa que eu também, que a gente conversa bastante dentro da unidade porque a gente tem um, um convívio [...] muito grande entre nós, 12 horas, a gente tem horário de descanso e acaba fazendo esse horário de descanso junto [...] em um ambiente fechado, a gente acaba descansando, fazendo o horário junto, horário de refeição, o local de refeição é um local pequeno e não muito arejado, então isso de a gente se contaminar entre nós é muito maior do que a gente se contaminar com o paciente, entendeu, porque com o paciente a gente acaba criando um cuidado muito maior, então isso é uma coisa que a gente acaba conversando, só que é uma coisa que a gente acaba se descuidando porque a gente não vê o colega como um potencial de risco, então isso faz com que se um colega de trabalho se contaminar, o risco da gente se contaminar é muito maior [...]” (TE3.9, TE3.10, TE3.11, TE3.12, TE3.13).

Relatou-se que o trabalho continua tenso pois ainda existem incertezas quanto à COVID-19, especialmente em relação à outras epidemias e doenças infectocontagiosas, como H1N1 e tuberculose. Também expressam a dificuldade do trabalho com a dengue. Tais reflexões estão contidas na categoria: **Aliviando-se pela pandemia de COVID-19 não se assemelhar com o trabalho que tiveram com outras epidemias (E3)**, ou seja, a atenuação da tensão que se tinha pela COVID-19, por se tratar de uma carga de trabalho inferior em relação à epidemia de dengue e H1N1.

“[...] A gente vinha de um caos da dengue, aquilo devastou com nós [...] A COVID-19 até hoje não foi um terço do que passamos com a dengue, a dengue foi um horror que esgotou nossas forças, nosso psicológico, tudo, nada pra gente foi igual a dengue. Nós não dávamos conta, era uma população muito grande, havia apoio mas não era o suficiente, então a gente temia que seria a mesma coisa, o mesmo caos; enfim a COVID-19 não têm sido um terço do que passamos com a dengue, mas a coisa é séria, a gente tem consciência, a gente toma cuidado mas ainda não tá o caos que pensamos que viesse, tá indo, temerosos, com cuidado mas estamos seguindo [...]” (TE2.12, TE2.13).

“[...] Eu achei que não foi tanto o aumento do serviço, a gente já trabalhou em epidemias de dengue, por exemplo, que a gente trabalhou, falando assim, braçalmente, muito mais, muito mais atendimentos, muito mais paciente, entendeu [...]” (TE4.6).

4.2.3 Efeitos da pandemia

Esta fase caracteriza-se como o período sequencial ao denominado ***Durante a pandemia***, onde as experiências referidas pelos profissionais de saúde retratam as repercussões vivenciadas. Este momento é denominado ***Efeitos da pandemia*** e é definido por três categorias, quatro subcategorias e três elementos, representado pelo subprocesso ***Refletindo sobre os efeitos da pandemia (F)*** descrito no Quadro 3.

Quadro 3 – Subprocesso F, as categorias, subcategorias e elementos relativos aos efeitos da pandemia na experiência interacional. Unidade Pronto Atendimento do estado de São Paulo, 2021.

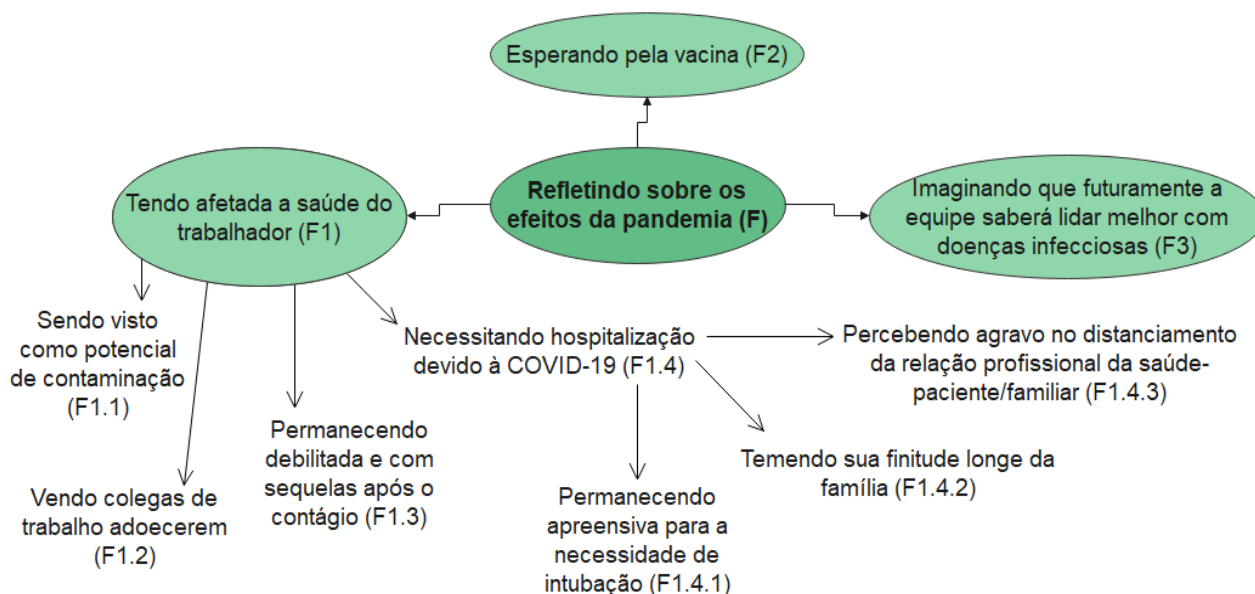
EFEITOS DA PANDEMIA			
Subprocessos	Categorias	Subcategorias	Elementos
Refletindo sobre os efeitos da pandemia (F)	Tendo afetada a saúde do trabalhador (F1)	Sendo visto como potencial de contaminação (F1.1)	
		Vendo colegas de trabalho adoecerem (F1.2)	
		Permanecendo debilitada e com sequelas após o contágio (F1.3)	
		Necessitando hospitalização devido à COVID-19 (F1.4)	Permanecendo apreensiva para a necessidade de intubação (F1.4.1)
	Temendo sua finitude longe da família (F1.4.2)		
	Percebendo agravo no distanciamento da relação profissional da saúde-paciente/familiar (F1.4.3)		
	Esperando pela vacina (F2)		
	Imaginando que futuramente a		

	<i>equipe saberá lidar melhor com doenças infecciosas (F3)</i>		
--	--	--	--

Fonte: O autor.

O subprocesso **Refletindo sobre os efeitos da pandemia (F)** consiste em abstrações relativas à experiência vivenciada em relação aos efeitos da pandemia na saúde do trabalhador que foi afetada desde os aspectos físicos, como o adoecimento dos colegas de trabalho, assim como os aspectos psicoemocionais demonstrados pelo sofrimento psíquico. Porém existe a esperança de que a vacina possa trazer segurança, e que a experiência adquirida na pandemia proporcionará um melhor enfrentamento em relação a outras doenças infectocontagiosas. O diagrama da Figura 6 representa o subprocesso F.

Figura 6 – Diagrama representativo do subprocesso F, as categorias F1, F2 e F3 e subcategorias. Unidade Pronto Atendimento do estado de São Paulo, 2021.



Fonte: O autor.

A categoria: **Tendo afetada a saúde do trabalhador (F1)** consiste nos diversos contextos em que a pandemia afetou o profissional da saúde, desde questões psicológicas de sensibilização até lesão de pele devido ao risco de infecção que o ambiente insalubre de trabalho pode acarretar.

“[...] Em questão de trabalho, foi menos do que eu esperava que ia ser, mas a questão psicológica foi mais complicada do que eu esperava, eu acho que o psicológico foi o pior mesmo (TE4.7). [...] Mas a questão psicológica foi mais complicada do que eu esperava, eu acho que o psicológico foi o pior mesmo [...]” (TE4.8).

“[...] Eu acho que nem os psicólogos, eles tão preparados pra lidar com essa situação [...]” (TE6.24).

A categoria F1 contém a subcategoria: **Sendo visto como potencial de contaminação (F1.1)** que retrata a percepção de como a população em geral possui e trata os profissionais de saúde como um potencial de contaminação. Essa visão deturpada levou a um tratamento de isolamento quando profissionais da saúde possuíam outro vínculo empregatício na função administrativa.

“[...] Porque todos acabam olhando a gente como um potencial de risco de contaminação, se você falar que trabalha na área de saúde, as pessoas olham como se eu fosse um risco de contaminação, por ser profissional de saúde [...]” (TE3.3).

“[...] Eu tenho um outro emprego [...] e lá, o serviço [...] é administrativo e eu cheguei a ser isolado, né, me colocaram em isolamento, apesar de assintomático, por conta do medo [...]” (E1.14).

O contágio de profissionais da UPA afetou os demais trabalhadores do local, sendo o sentimento expressado na subcategoria: **Vendo colegas de trabalho adoecerem (F1.2)**, que provoca medo e sobrecarga psicológica nos profissionais da equipe de saúde que convivem diariamente, com as possibilidades de agravamento da doença e até falecimento.

“[...] Eu tenho ficado bem abalada, tem noites que eu choro, de ver uma colega nossa até semana passada tava internada numa UTI, e ontem também, tinha outro colega nosso que recebeu vaga, saiu pra internação, é, médicos amigos nossos que teve a doença, graças à Deus nenhum de forma grave, mas assim, a gente viu pessoas morrerem devido à complicação, entendeu, adultos jovens... Então isso abala muito o psicológico nosso, tá [...]” (TE4.2, TE4.3). [...] A nossa própria colega de trabalho [...] foi pra UTI [...] a gente achou que ia ter que entubar ela, então assim, eu acho que o psicológico foi terrível [...]” (TE4.11).

“[...] No começo a gente ficou todo mundo muito assustado, vários colegas pegaram também a doença [...]” (TE7.4).

A COVID-19 contraída pelo profissional de saúde acarreta medo e apreensão devido à possibilidade de futuras complicações e sequelas. Observa-se a subcategoria: **Permanecendo debilitada e com sequelas após o contágio (F1.3)** que consiste em sinais e sintomas que persistem, que geram sentimento de frustração acarretado pelo quadro de fraqueza e necessidade de aporte de oxigênio mesmo após internação. A infecção também trouxe mais medo da doença, pois existe o receio de não suportá-la novamente.

“[...] Depois que eu saí ainda senti uma fraqueza muito grande, eu achei que eu ia tá boa até pra trabalhar no outro dia mas o que? Uma fraqueza, uma coisa horrível, que eu não aguentava parar em pé, então eu acho que assim, foi muito difícil [...]” (TE5.14). [...] E se eu contrair mais uma vez, eu tenho certeza que eu não, que não aguento, eu não suporto. Então

agora eu tenho mais medo do que antes de eu ter tido a primeira vez, então agora eu tenho mais medo [...]” (TE5.17, TE5.18).

“[...] Eu me senti péssima, né, eu tive uma forma grave, tive muitos problemas... Eu tenho sequelas [...]” (TE6.14). [...] Eu não voltei a mesma pessoa, eu não posso fazer muito esforço físico, eu esqueço das coisas, eu tive uma infecção muito grande no ouvido, no olho e na garganta durante o tempo que eu estava internada, hoje eu tenho uma perda pequena da audição, então eu fiquei com sequelas [...]” (TE6.22).

Necessitando hospitalização devido à COVID-19 (F1.4) consiste na inevitável internação de profissionais da UPA para tratamento da doença, sendo este um período de sofrimento, tanto pela consciência do quadro agravado mas também pelos procedimentos dolorosos como a gasometria arterial de horário.

“[...] Mesmo assim, tomando os cuidados, aconteceu comigo, eu fiquei onze dias internada, seis na UTI, eu sofri muito, muito, muito, no começo colhiam gasometria de oito em oito horas [...]” (TE5.11, TE5.12).

“[...] Eu me senti péssima, né, eu tive uma forma grave, precisei ir para o hospital, tive muitos problemas [...]” (TE6.13).

Devido aos profissionais internados terem conhecimento sobre os parâmetros de vitalidade, estes ficavam receosos quanto à necessidade de intervenções invasivas, através do elemento: **Permanecendo apreensiva para a necessidade de intubação (F1.4.1)** que consiste na vigilância dos valores de saturação de oxigênio e a consciência do risco de necessitar de intubação e assistência ventilatória mecânica.

“[...] E o oxigênio não dava conta, então eu tava vendo que daqui a pouco eu tinha que entrar no tubo, mas graças à Deus não foi o caso [...]” (TE5.13).

“[...] Quando a pessoa não é da área da saúde, já é difícil, agora a gente, quando está do outro lado, é horrível [...] mas dez litros numa máscara de Venturi e saturando 85%, não dá [...] pra gente que é profissional da saúde, sabe que o negócio tá feio, tá terrível [...]” (TE6.18).

A hospitalização também traz reflexões quanto à ausência de entes queridos no processo de adoecimento: **Temendo sua finitude longe da família (F1.4.2)** significa o sentimento de solidão diante da possibilidade de piora do quadro infeccioso e possível falecimento, sem que a família pudesse estar ao seu lado e esta sem conhecer este processo. O próprio corpo será apenas mais um diante de tantos, sem direito à funeral e/ou cerimônia de despedida dos familiares.

Esse sofrimento psíquico relacionado ao próprio luto é refletido no elemento: **Percebendo agravo no distanciamento da relação profissional da saúde-paciente/familiar (F1.4.3)**, uma constatação empática de que os trabalhadores têm se distanciado do paciente e seu familiar em uma proporção maior na pandemia em

comparação à assistência prestada anteriormente. Soma-se a esse sentimento a opinião de que os profissionais da saúde não estão preparados para oferecer apoio psicológico aos pacientes e familiares, além de que podem apresentar problemas relacionados.

“[...] E foi muito ruim, o medo de você morrer sozinha, porque tipo assim, a família coloca você lá e não sabe o que tá acontecendo, não pode ver, ninguém pode ver, né, tipo, morreu lá, joga lá dentro do buraco, a máquina vai lá a enterra em fila, então esse pensamento de quem está ali na cama é muito difícil (TE6.15, TE6.16). [...] Eu acho que nem os psicólogos estão preparados pra lidar com essa situação, porque uma psicóloga fazia assim pra mim “tá joia aí?” da porta, porque eles têm medo de mexer com a doença e pegar, então é uma situação complicada (TE6.25). [...] Então tem sempre isso “eu coloquei lá e nunca vi” então é muito triste porque ela não viu a outra doente, ela não cuidou, ela não foi no velório, eu acho que tem aí uma parte da população com um dano psicológico muito grande [...]” (TE6.29).

A categoria ***Esperando pela vacina (F2)*** representa um estado de ansiedade e de esperança pelo início da imunização em massa como estratégia de combate à doença, que trará conforto e segurança.

“[...] Já tem notícia de testes de vacinas mas a gente não tem de fato algo, né, ainda, digamos assim, palpável, concreto, que traga uma segurança pro profissional de saúde, principalmente pro profissional de saúde, a população também, é claro, né? Porque nós estamos ali, em contato com a população, que no caso é quem está contaminado, quem está com a doença, é o portador do vírus, então já deve abranger, deve começar pela população e por nós, profissionais de saúde [...]” (E1.17)

“[...] A gente fica apreensivo com a vacina, né, pra que tenha a vacina logo, pra gente ter uma vida um pouco mais tranquila [...]” (E3.17).

“[...] A esperança da vacina, [...] que vai dando um conforto pra nós [...]” (TE8.8).

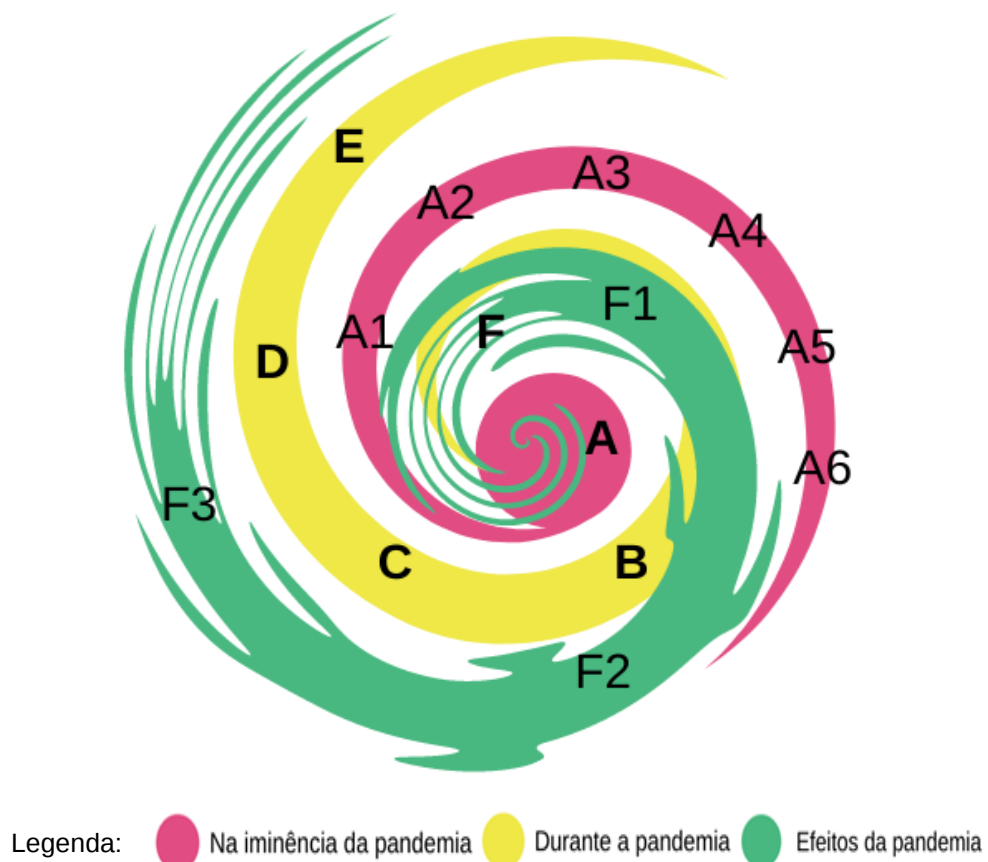
A categoria ***Imaginando que futuramente a equipe saberá lidar melhor com doenças infecciosas (F3)*** significa a possibilidade de maior sucesso da equipe quanto ao enfrentamento de epidemias e o combate à doenças infecciosas, devido aos conhecimentos e experiência com a pandemia de COVID-19, e que servirão futuramente.

“[...] Eu acredito que a equipe, como um todo, vai crescer muito nessa parte... Quando nós enfrentarmos outras doenças que tenham uma infectividade alta desse tipo, eu acredito que a equipe vai encarar, vai enfrentar de outra maneira, né, com mais, com mais tranquilidade, com mais serenidade, né, sabendo da experiência passada, da vitória, como eu lhe disse, de nós não termos nenhum profissional de enfermagem ainda positivo aí, nesses, praticamente, [...] seis meses, né? É! Já com um bom tempo e graças à Deus a gente tem conseguido... Então é enriquecedor, num geral, é enriquecedor, né? [...]” (E1.23).

4.3 O modelo teórico representativo da experiência interacional

No modelo teórico representativo da experiência interacional proposto abaixo constata-se a cronologia dos três fenômenos temporais experienciados, denominados: ***Na iminência da pandemia***; ***Durante a pandemia*** e os ***Efeitos da pandemia***. Esses fenômenos estão representados pelas cores rosa, amarelo e verde, conforme a legenda da Figura 7.

Figura 7 – Modelo teórico representativo da experiência interacional. Unidade Pronto Atendimento do estado de São Paulo, 2021.



Fonte: O autor.

Os subprocessos advindos da análise constituem-se em seis denominações com atribuição de letras maiúscula do alfabeto e em negrito, a fim de reconhecê-los no modelo teórico: ***Enfrentando a iminência da pandemia com dificuldades (A)***, ***Definindo estratégias para enfrentar a pandemia (B)***, ***Convivendo com a pandemia (C)***, ***Identificando problemas e necessidades durante o enfrentamento da pandemia (D)***, ***Refletindo sobre o enfrentamento da pandemia (E)*** e ***Refletindo sobre os efeitos***

da *pandemia (F)*. Esta interação organiza-se pelo conteúdo interpretado de acordo com a TFD e desvela o modelo teórico.

O subprocesso ***Enfrentando a pandemia com dificuldades (A)*** está descrito na fase ***Na iminência da pandemia*** e contém as categorias A1, A2, A3, A4, A5 e A6, que se desprendem da etapa inicial da análise. Este período está representado no diagrama pela cor rosa, e o círculo central preenchido retrata a rápida chegada da pandemia.

A fase subsequente denominada ***Durante a pandemia*** está representada no diagrama com a cor amarela e contém os subprocessos B, C, D e E. O subprocesso ***Definindo estratégias para enfrentar a pandemia (B)*** delimita a transição entre a fase inicial e o processo de necessidade de adaptação à pandemia, onde buscou-se organizar a unidade de saúde, modificar as rotinas de precaução e a instituição de protocolos a fim de manejar adequadamente a pandemia.

Os subprocessos ***Convivendo com a pandemia (C)*** e ***Identificando problemas e necessidades durante o enfrentamento da pandemia (D)*** também remontam à segunda fase da experiência, que trazem os aspectos de preocupação com a infecção devido contato diário com a doença e altos números de pacientes positivos. Enfatizou-se neste o momento a especificidade do serviço das UPAs de estabilização, além da constatação de adversidades perante ao enfrentamento, como a falta de apoio aos profissionais e a falta de adesão da população.

Refletindo sobre o enfrentamento da pandemia (E) representa as reflexões sobre o manejo do contexto pandêmico, ressaltando as diferenças vivenciadas entre o momento inicial, à identificação do relaxamento das medidas de precaução relacionado ao colega de trabalho e a comparação da experiência da COVID-19 em relação a outras epidemias combatidas pela equipe.

A fase final do modelo representativo da experiência é definida pelo fenômeno ***Efeitos da pandemia*** e contém o subprocesso ***Refletindo sobre os efeitos da pandemia (F)*** e corresponde à cor verde no diagrama. A sua sobreposição nas outras fases evidencia uma relação de interdependência entre os fatos apresentados, ou seja, os efeitos da pandemia já podiam ser percebidos desde a sua chegada, como a saúde do trabalhador afetada. A disposição com bordas irregulares no diagrama

representa seus diferentes ramos em que as consequências da pandemia se concentram.

Esta fase remete às reflexões sobre a convivência com a COVID-19 e as implicações relatadas nas entrevistas até que houve saturação teórica dos dados. Como exemplo, citam-se a espera pela vacina e o sentimento de que futuramente a equipe lidará melhor com as doenças infectocontagiosas.

5. DISCUSSÃO

Neste estudo compreendeu-se através da TFD e do IS a experiência de profissionais da saúde perante à pandemia de COVID-19. Estabeleceu-se uma linha do tempo interpretada nas entrevistas realizadas com os profissionais de uma UPA.

Na fase da ***Iminência da pandemia*** é explicitada a expectativa e instalação da pandemia no cenário de estudo; compreenderam-se altos níveis de estresse, medo e ansiedade entre os profissionais nas fases iniciais da pandemia, por conhecerem o contexto da COVID-19 em outros países e esperavam pelo pior no Brasil.

O presente estudo demonstrou resultados consistentes com os apresentados em estudos^(65,66) sobre a mesma temática, um com abordagem qualitativa realizado com 20 enfermeiros e, o segundo, através de um questionário online com 7.236 participantes, sendo 2.250 profissionais da saúde, que também enfatizaram os sentimentos de estresse, medo e ansiedade sobre o contexto desconhecido e imprevisível da pandemia.

Contribuíram para a experiência temerosa o desconhecimento da doença, a preocupação de profissionais que pertenciam aos grupos de risco, a insegurança relacionada à incerteza da garantia de EPIs, equipamentos essenciais, dimensionamento de pessoal, além de que a estrutura física da unidade não favorecia para o enfrentamento adequado da pandemia.

Sobre a problemática dos EPIs, destacou-se o despreparo da diretoria de saúde na disponibilização dos materiais, além disso, a qualidade dos mesmos deixou a desejar por serem aventais de gramatura inferior ao esperado, assim como a quantidade não favorecia para o enfrentamento adequado e controle da infecção.

A escassez ou falta de EPIs foi apontada em diversos estudos⁽⁶⁷⁻⁷¹⁾ de revisão, transversais e qualitativo, sobre a experiência de profissionais na pandemia e o impacto na saúde mental. Isso sugere que, globalmente, os sistemas de saúde não tinham recursos adequados para a emergência e que, inevitavelmente as diretrizes de proteção para atender as condições impostas pela pandemia não puderam ser seguidas à risca.

Concomitantemente, no presente estudo os profissionais gestores da unidade se responsabilizaram pelos aspectos estruturais e protocolares, como a necessidade de controle de infecção do ambiente de trabalho, com o estabelecimento de novas rotinas e drásticas alterações no fluxo de atendimento, além das demandas encaminhadas pelos membros da equipe de saúde. Assim, os trabalhadores buscavam apoio nas chefias impulsionados pelo temor que a pandemia impôs.

Apesar da caracterização que foi estabelecida ***Na Iminência da pandemia***, durante a transição para o período subsequente, os profissionais perceberam que a situação caótica esperada não concretizou.

Na segunda fase, denominada ***Durante a pandemia***, compreendeu-se a experiência da equipe de saúde da UPA com a chegada diária de muitos pacientes positivos de COVID-19 em estado grave.

Foram necessárias adaptações na unidade de trabalho quanto às rotinas de precaução, implementação de mudanças no fluxo de atendimento e instituição de novos protocolos. Para alguns atores, a alteração do fluxo de atendimento foi classificada como desnecessária e as constantes atualizações de protocolos e treinamentos gerou dúvidas nos profissionais.

Um estudo qualitativo realizado no Irã⁽⁷¹⁾ com análise temática identificou que a maioria dos profissionais acredita ter recebido informações contraditórias de fontes científicas, além de insatisfação com a mudança frequente de protocolos, métodos de prevenção e tratamento e os consequentes efeitos negativos disso em seu desempenho.

Todos os entrevistados expressaram preocupação com sua saúde e a de suas famílias, especialmente os idosos e aqueles que pertenciam aos grupos de risco. O desconhecimento, a imprevisibilidade e a mortalidade da doença contribuíram para estes sentimentos.

Um estudo fenomenológico realizado na Itália⁽⁶⁵⁾ explorou a experiência de enfermeiros no cuidado de pacientes com COVID-19 e também evidenciou preocupação com o contágio, expressados pela culpa imposta devido à possibilidade de infectar familiares e entes queridos.

Em estudo realizado no Irã⁽⁷¹⁾ sobre a experiência de 86 profissionais frente à pandemia de COVID-19, 80,95% dos entrevistados afirmaram que se culpariam se algo acontecesse com um de seus familiares, sendo que oito membros da equipe perderam um membro da família por COVID-19 culparam a si mesmos e sentiram remorso. Semelhantemente ao presente estudo, o medo de portar e transmitir a doença aos familiares também foi a maior preocupação durante a pandemia.

Um estudo de revisão⁽⁷²⁾ realizado com 20 pesquisas qualitativas ou mistas com componente qualitativo focou nas percepções de profissionais de saúde em relação aos fatores que afetaram sua capacidade de aderir às diretrizes de controle e prevenção de doenças infecciosas respiratórias. Relatou-se insegura quando as recomendações eram ambíguas ou não refletiam as diretrizes nacionais ou internacionais, a sobrecarga devido alterações constantes das diretrizes locais. Apontaram também a falta de treinamento sobre a infecção em si e sobre como usar os EPIs, além que classificarem a não obrigatoriedade dos treinamentos como um problema. Outra problemática relatada foi a falta de EPIs e equipamentos de má qualidade. Além disso, a cultura do local de trabalho também pode influenciar a adesão.

No presente estudo as recomendações sobre o uso de EPIs e de controle de infecção no ambiente de trabalho foram repassadas em treinamentos. Uma parcela dos entrevistados retratou que os treinamentos foram incompletos e rápidos, além de opiniões discordantes, especialmente quanto à reutilização de máscaras por período superior ao recomendado e o uso de um avental descartável para diversos pacientes suspeitos para a COVID-19.

Associado à imprevisibilidade da evolução dos casos, o desconhecimento sobre a fisiopatologia, o tratamento medicamentoso e as intervenções incertas, além do temor da necessidade do procedimento de intubação de pacientes na unidade constituíram uma experiência sem precedentes para os profissionais.

Quanto à imprevisibilidade da doença, enfatizou-se a importância da presença e o cuidado aos pacientes, que chegam ao serviço temendo a morte e em solidão absoluta.

Um estudo italiano fenomenológico com abordagem hermenêutica realizado com enfermeiras⁽⁶⁵⁾ também identificou nas falas dos atores a imprevisibilidade da

COVID-19, que coloca todos frente a frente com a inevitabilidade da morte, onde qualquer pessoa pode ter consequências graves e fatais.

Associam-se a esses aspectos que a assistência e o acolhimento ao paciente com COVID-19 se mantiveram como antes da pandemia, porém as precauções específicas e o cuidado foram intensificados.

Neste mesmo estudo italiano⁽⁶⁵⁾ os autores relatam a influência da pandemia nos paradigmas de cuidado em enfermagem e que esse processo foi expresso por sentimentos de emoção e desconforto concomitantes, devido ao compromisso emocional que abordar o sofrimento que acompanha os pacientes com COVID-19 envolveu, o que pode ocasionar esgotamento pelo risco de empatia com sua experiência.

Observou-se então que os aspectos do acolhimento e a humanização relacionados ao processo de cuidar da assistência de enfermagem se mantiveram como antes da pandemia, porém as precauções específicas e cuidados específicos foram intensificados e afloraram os sentimentos de insegurança e de medo da morte.

No presente estudo o sentimento de empatia dos profissionais da linha de frente com o paciente gravemente enfermo prevaleceu, principalmente aqueles que necessitavam de intubação traqueal para suporte ventilatório. Nessa situação o medo de morrer e de não ver mais a família e os filhos tornam-se motivo de desespero. Salienta-se que apesar da falta de preparo psicológico para esse momento, a equipe mostrou-se sem medo e proporcionou apoio emocional e segurança, como se fossem eles que estivessem nessa situação.

Em relação à empatia, o estudo italiano⁽⁶⁵⁾ trouxe evidências sobre as alterações impostas pelas medidas pandêmicas de prevenção do contágio, e os enfermeiros não deixaram de proporcionar assistência, mas mudaram as formas de fazê-lo, com a manutenção dos pressupostos fundamentais do cuidado de enfermagem. A comunicação não verbal utilizada pelos enfermeiros foi caracterizada por gestos, uma maneira de olhar de proteção, do toque de uma mão com o uso de dois pares de luvas, associados ao diálogo de apoio ou conforto.

No local do presente estudo, a especificidade do modelo de atenção à saúde se estabelece no contexto de estabilização do paciente e posterior encaminhamento para continuidade do tratamento de acordo com o nível de complexidade.

Dessa maneira compreendeu-se sob o referencial da TFD e contextualizando-se o processo de trabalho dos profissionais da linha de frente, os casos graves de COVID-19 eram rapidamente atendidos na UPA e transferidos para hospitais com recursos apropriados para a continuidade da assistência.

Posteriormente na fase identificada como **Durante a pandemia**, com o aumento do número de infectados, ocorreu saturação do sistema de saúde quanto ao número de ofertas de vagas em unidade para tratamento clínico e de terapia intensiva. Consequentemente, os pacientes permaneceram por muito mais tempo na UPA.

Foram expressamente citadas nas entrevistas a diversidade de atitudes no enfrentamento da pandemia, e destacam-se os afastamentos do trabalho por motivo de saúde, licença prêmio e férias dos profissionais da UPA; porém para os que se mantinham na linha de frente apoiavam-se na fé para continuar a trabalhar.

Identificam-se situações dúbias, a primeira com aumento do déficit de recursos humanos e a segunda, a manutenção de um corpo de profissionais de dedicaram-se ao enfrentamento da pandemia com sobrecarga de trabalho.

No Irã⁽⁷¹⁾ um estudo qualitativo realizado com 86 profissionais, alguns abandonaram o trabalho durante a pandemia por possuírem comorbidades, enquanto 61,9% acreditavam que seu dever profissional era ir trabalhar e fazer o seu trabalho, sendo que 36,9% declarou que seu compromisso com seu juramento médico era a principal razão para cumprirem suas funções. Além disso, 17,85% disseram ir trabalhar a partir de um senso de auto sacrifício e obrigação religiosa.

No presente estudo, a equipe colaborou na troca de plantões com seus colegas com comorbidades. Alguns relataram que por amor à profissão continuaram a trabalhar, além de basear-se na fé.

A procura da população pelo UPA, local do estudo, durante a pandemia foi caracterizada muitas vezes por atendimentos não urgentes e de atitudes de desrespeito ao distanciamento social e a descrença na gravidade da COVID-19.

Um estudo transversal brasileiro⁽⁷³⁾ sobre os fatores associados ao comportamento da população durante o isolamento social na pandemia de COVID-19 concluiu que a percepção sobre o isolamento social como medida de mitigação da pandemia, varia conforme a renda, escolaridade, idade e sexo, porém a maioria dos participantes da pesquisa acredita que se trata da medida de controle mais indicada e estão dispostas a esperar o tempo que for necessário para contribuir com o combate à COVID-19.

No presente estudo alguns problemas foram citados: o comportamento inadequado da não aderência às medidas sanitárias; fornecimento inadequado de EPIs; a não contratação de profissionais para suprir o déficit de recursos humanos e falta de apoio psicológico. Observa-se então uma ingerência de recursos materiais e humanos em um momento crítico do sistema de saúde como um todo.

Estudos de revisão^(74,75) apontam que profissionais de saúde, especialmente enfermeiros, durante a pandemia, sofreram impactos negativos na saúde mental relacionados ao contexto de trabalho. Esses dados reforçam a necessidade de apoio psicológico aos profissionais.

Ainda no momento **Durante a pandemia** foi relatada a percepção de relaxamento das medidas entre os integrantes da equipe de saúde e em relação ao ambiente de trabalho, desconsiderando-os como um potencial de contaminação. As condições do local de trabalho dos atores foram muitas vezes ignoradas e negligenciadas por todos, como a não realização de intervalos de descanso e das refeições, em ambientes pequenos e com ventilação inadequada. Esses fatores contribuíram com tempo prolongado de contato e risco maior de transmissibilidade do vírus entre os profissionais do local do estudo.

O mesmos problemas foram identificados pelos autores do estudo do iraniano⁽⁷¹⁾, que alguns participantes relataram estar muito cansados das medidas de proteção e não se mostraram tão vigilantes com adesão às recomendações sanitárias.

Salienta-se que os atores do estudo fizeram comparativo entre a atual pandemia da COVID19 e as endemias do vírus H1N1 e da Dengue, e relataram uma sensação de alívio porque a demanda de trabalho registrada nos surtos foi maior.

Observa-se que no período de transição entre as fases ***Durante a pandemia*** e os ***Efeitos da pandemia***, perceberam-se diferenças entre o que se esperava e a experiência real vivenciada. Houve uma adaptação à realidade pandêmica, explicitada pela ação dos fenômenos do impacto da pandemia.

Citam-se como fenômenos dos ***Efeitos da pandemia*** o adoecimento e a necessidade de hospitalização dos profissionais da equipe da UPA. As sequelas após o contágio também se constituem como efeitos

A infecção e hospitalização de profissionais da saúde foi experienciada de forma temerosa porque o conhecimento sobre os parâmetros vitais e a progressiva necessidade de aporte de auxílio ventilatório foram fatores de medo antecipado em relação à intubação traqueal. Além disso, o medo de morrer longe da família colaborou para o sentimento de pesar ser apenas mais um caso de óbito.

O sentimento de impotência nesse processo do adoecimento piora a situação dos familiares, que permaneciam sem notícias, sem contato físico e ou visual com os entes queridos.

Constatou-se também o agravamento da relação do profissional-paciente/familiar, caracterizado pela manutenção da distância física e do contato direto com o paciente. Fatos relatados nas entrevistas contextualizam que durante a hospitalização, o psicólogo da unidade sequer entrou no quarto para atendimento.

No estudo iraniano⁽⁷¹⁾ compreendeu-se na experiência dos profissionais entrevistados o temor em adoecer e morrer sozinho, longe dos entes queridos, sem os rituais de enterro e cerimônias religiosas. No estudo italiano⁽⁶⁵⁾ a morte na pandemia foi descrita pelos profissionais como uma experiência vivida em solidão absoluta, sem o afeto e consolo dos entes queridos, quase sem dignidade adequada e, ao mesmo tempo, preenchida pela proximidade e presença exclusiva de profissionais da saúde.

Outro fenômeno compreendido da experiência dos atores desse estudo como ***Efeitos da pandemia*** foi a percepção de que o profissional da saúde era considerado pela população como uma fonte potencial de transmissão do coronavírus, e até os servidores da área administrativa tiveram essa impressão.

Compreendeu-se que a equipe de saúde vivenciou situações difíceis e desafios em todos os aspectos dos processos de trabalho, adaptou-se às novas rotinas e a capacitação e preparo para o manejo não apenas da COVID-19 mas para outras doenças infectocontagiosas que possam futuramente surgir como pandemia ou endemia.

No entanto, esta adaptação ainda estava acompanhada de preocupações sobre o futuro; como a esperança pela vacina, ainda que até o momento não houvesse nada concreto, a ideia da imunização representava um alívio.

O processo de superação da crise inicial, a experiência no manejo do paciente com COVID-19 e a adaptação frente às necessidades da pandemia representou o crescimento e desenvolvimento dos entrevistados ao decorrer do tempo. Foi relatado o sentimento de confiança na equipe de saúde e a possibilidade de ter uma “vida normal” para os profissionais de saúde, mantendo as precauções.

No presente estudo, em relação ao campo simbólico interacional, o sentimento de medo de se infectar com COVID-19, uma doença ainda pouco conhecida e imprevisível, agrega-se o sentimento de insegurança no processo de trabalho, além da constatação pelos profissionais do adoecimento de seus pares, tornando-se paciente da equipe que faz parte. Esses fatores evidenciam o aumento da sobrecarga emocional e física do profissional da saúde.

Corroborando com esses resultados um estudo brasileiro de delineamento qualitativo baseado no referencial metodológico do discurso do sujeito coletivo à luz do IS, realizado com 719 profissionais acerca dos impactos da pandemia na saúde mental a partir da questão norteadora sobre as vivências e sentimentos ao longo da pandemia de COVID-19⁽⁷⁶⁾. Os sentimentos relacionados às sobrecargas associam-se aos aspectos do processo de trabalho, a emocional e a física, além da preocupação sobre a complexidade do conhecimento sobre o coronavírus e a insegurança para lidar com o inédito⁽⁷⁶⁾.

Outro significado modificado pela pandemia foi quanto ao padrão de rotinas de cuidados e comportamento, tanto pela adesão de medidas de controle de infecção no ambiente de trabalho como para os contextos familiares dos profissionais da linha de frente. Esses achados foram identificados em uma pesquisa qualitativa brasileira⁽⁷⁶⁾,

onde os profissionais relataram a adoção de medidas inéditas de precaução no âmbito familiar, em seus lares.

A interação constatada entre a equipe de saúde e a população geral durante a pandemia apresenta uma dualidade. No presente estudo, o esforço constante realizado pelas equipes de saúde é reconhecido, porém, ao mesmo tempo, percebeu-se o descumprimento das medidas de isolamento e distanciamento social da população, que considerou o profissional da saúde como um potencial de risco para a sua contaminação.

Essa representação foi citada em estudo qualitativo brasileiro⁽⁷⁶⁾, por profissionais que vivenciaram situações de violência, discriminação, estigma e desrespeito ao isolamento social pela população, porém, simultaneamente houve o reconhecimento e notoriedade do desempenho do papel dos trabalhadores no enfrentamento da pandemia.

O distanciamento e o isolamento dos pacientes adoecidos pela COVID-19, e até mesmo o processo ativo de morte, interferiu na realização de rituais funerários, o que significou uma ruptura do cotidiano e da normalidade da vida e afetou as interações sociais no contexto da pandemia⁽⁷⁷⁾.

Tais fenômenos estão explícitos no presente estudo quando os atores relataram sobre o seu adoecimento e hospitalização com surgimento do medo de morrer sozinho, sem a devida dignidade, sem a possibilidade de concretizar suas cerimônias de cura ou ritos e cultos de passagem.

Os principais pressupostos do IS⁽⁶⁴⁾ a cultura, a experiência e a criação de significados, relacionaram-se com a constatação da experiência interacional. A cultura influencia em como as pessoas vivem e aprendem a partir de suas vivências.

Nesse contexto, a cultura organizacional da unidade de saúde em estudo direciona o processo de trabalho e de gestão durante o enfrentamento da pandemia pelos profissionais da saúde. Por outro lado, a população atendida percebe o clima organizacional da unidade.

Um estudo teórico-reflexivo de revisão⁽⁷⁸⁾ identificou que perante a adversidade da pandemia de COVID-19 a existência de uma cultura organizacional consistente torna-se fundamental, mostrando a dinâmica da instituição para a sociedade e o

objetivo comum de todos os seus profissionais de saúde. Os enfermeiros desempenham um papel de destaque junto das equipes, através de estratégias de liderança e de gestão de cuidados, recorrendo à reflexão sobre a prática e à capacitação da equipe e se constituem como elementos promotores da cultura organizacional, garantindo a qualidade da assistência em saúde.

Um estudo equatoriano quantitativo de abrangência correlacional⁽⁷⁹⁾ com 349 trabalhadores da saúde identificou que o risco de contágio é o fator mais influente no clima organizacional durante o início da pandemia de COVID-19.

Compreendem-se no IS as concepções sobre as interações dos sujeitos pelo sistema de significações dessa linguagem⁽⁸⁰⁻⁸²⁾. As suposições e símbolos comuns aos sujeitos despertam significações uns nos outros, o que afeta a interação e orientam seu comportamento. Dessa maneira, o padrão compartilhado é aprendido pelo grupo à medida que a resolução de problemas de adaptação externa e de integração interna ocorrem⁽⁸³⁾.

A cultura organizacional revela seu poder quando as suposições básicas compartilhadas que formam a cultura de um grupo podem ser imaginadas no plano individual e do grupo, como mecanismos de defesa cognitivos e psicológicos que permitem o funcionamento do mesmo⁽⁸³⁾.

No contexto pandêmico a criação de significados derivados da experiência interacional foi processual, desde o nível individual, até a criação de significados coletivos entre a equipe de saúde.

A cultura organizacional como rede de significação na equipe da UPA foi constatada quando os profissionais compartilhavam, no início da pandemia, um padrão de suposições e circunstâncias básicas, como o medo, a tensão e as incertezas quanto ao contexto pandêmico a ser vivenciado. Tais ocorrências repercutiram de diferentes formas entre os profissionais da saúde, uma vez que alguns buscavam afastamento e sequer participavam dos treinamentos, a maioria do grupo buscou se unir como forma de fortalecimento da equipe.

Compreendeu-se as experiências dos atores em relação à cultura organizacional, um determinante de significado e sentido à nível individual, e que influencia as interações entre eles. Por exemplo, os relatos sobre a estratégia de troca

de plantões utilizada pelos profissionais da saúde da UPA para substituir os seus pares que possuíam comorbidades e necessitavam permanecer afastados do trabalho para evitar que se infectassem, antes do surgimento de vacinas com eficácia comprovada cientificamente.

As crenças e valores, as filosofias, o sentido de ser, norteiam a construção de significados. A validação social das crenças e valores apenas ocorre pela experiência social compartilhada de um grupo, a fim de neutralizar as incertezas⁽⁸³⁾. Tal afirmação pode ser observada na experiência interacional quando os participantes realizam o diálogo para fortalecer a união da equipe, a fim de suavizar as dificuldades através da partilha de sentimentos, o que gera o significado de pertencimento, reforçado mutuamente.

O líder do grupo assume papel central na cultura organizacional, pois é compreendido como a fonte de guia para os membros⁽⁸³⁾. No presente estudo, identificou-se que a posição de liderança de enfermeiros reforça a responsabilidade representada nessa função, e que direciona o grupo, para um novo processo de trabalho e fortalece a interação da equipe, como um alicerce.

A comunicação e a cultura são aspectos de interdependência na construção da cultura organizacional de um contexto, inseparáveis do ato social que contribuem para realizar^(82,84). À essa luz, no presente estudo, o diálogo estabelecido pelos membros da equipe de saúde estabeleceu um nível de comunicação interpessoal que foi essencial na estruturação, manutenção e transformação dos processos de trabalho. Essa é uma significação compartilhada no enfrentamento da pandemia, e como exemplo, cita-se a confiança da equipe no processo de aprendizagem adquirido na pandemia de COVID-19 e a crença de que contribuirá para o enfrentamento de outras endemias e/ou pandemias.

Como componente do ato social, a comunicação intervém na construção do espírito, do self e da sociedade⁽⁸²⁾ e as interações simbólicas entre esses conceitos podem levar a compreensão dos fenômenos⁽⁸⁰⁾.

O espírito é a capacidade de inteligência reflexiva dos seres humanos, é essencial na construção do self, da personalidade social do indivíduo, que é capaz de se colocar no lugar do outro⁽⁸²⁾. O espírito, por sua vez, é essencial na construção do self, que é formulado pela organização das atitudes comuns ao grupo; e nesse

contexto, a partir da comunicação faz circular significações, e é a partir do outro que o indivíduo pode dar unidade ao self⁽⁸²⁾. A comunicação é igualmente importante na organização e transformação da sociedade. A sociedade existe enquanto atividade cooperativa de indivíduos, pela realização permanente de atos e trocas possibilitadas pela comunicação⁽⁸²⁾.

A construção de uma vivência integrada apresenta a completude dos significados elaborados pela equipe de saúde em um processo de interação simbólica. No cenário de enfrentamento à pandemia, o profissional da saúde possui identidade pessoal e profissional, com perspectivas e conteúdos pessoais que compõem suas experiências.

Nessa interação, o self direciona o enfrentamento da pandemia, apesar das dúvidas, obstáculos e dificuldades. Cria-se um novo fluxo de trabalho e rotinas de precaução, que contribuem para a criação de novos significados na equipe de saúde durante o enfrentamento da pandemia.

Inicia-se o processo de interação da equipe, baseado em evidências científicas à luz de pesquisas a respeito da COVID-19 e do SARS-CoV-2. Os profissionais da linha de frente interagiram com o paciente e a sua condição clínica e psicológica na medida que possuíam conhecimento científico e segurança no processo de cuidar.

Os significados são modificados no decorrer da experiência, a partir de novas concepções sobre o contexto, como por exemplo a constatação de que a assistência ao paciente permaneceu inalterada, sendo os cuidados intensificados de acordo com a demanda. Houve um processo de estruturação da equipe para prestar os atendimentos, que com o decorrer dos meses de pandemia, novos significados foram criados, como a percepção e comportamento da população sobre o contexto e o relaxamento das medidas de proteção por parte dos profissionais perante a própria equipe.

Por fim, a necessidade hospitalização de profissionais da equipe evidenciou o agravamento do distanciamento na relação profissional da saúde-paciente. Por outro lado, o sentimento de conhecer e confiar nos colegas de trabalho encerrou o período das entrevistas com a esperança de que no futuro, serão mais capacitados para combater doenças infectocontagiosas.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo compreendeu-se a experiência da equipe de saúde de uma UPA no enfrentamento da pandemia de COVID-19. A vivência foi interpretada à luz da TFD e dos conceitos do IS, e denominada cronologicamente de acordo com a apreensão das falas das entrevistas. A denominação das etapas foi: ***Na iminência da pandemia, Durante a pandemia e Efeitos da pandemia.***

O início da pandemia no cenário estudado compreendeu dificuldades que se relacionadas ao medo da falta de EPIs, a preocupação em transmitir uma doença desconhecida e ser contaminado.

Durante o enfrentamento da pandemia os profissionais traçaram estratégias de organização da unidade de saúde, modificaram as rotinas de precaução e instituíram protocolos a fim de manejar adequadamente a pandemia. A convivência durante a pandemia retrata a preocupação dos profissionais com seus familiares devido ao contato direto com um alto número de pacientes positivos, e constataram a imprevisibilidade da evolução do curso da doença.

Identificaram-se problemas e necessidades nessa fase, como o comportamento inconsequente dos usuários atendidos e da população no geral; ausência de apoio psicológico dos gestores e relaxamento das medidas de precaução pela própria equipe de saúde. Surge nessa fase uma comparação da experiência na pandemia com a COVID-19 com outras epidemias já enfrentadas.

Os efeitos da pandemia, terceira fase cronológica compreendida, contemplam o esgotamento e adoecimento dos atores; o relacionamento entre usuário e profissionais foi agravado com o distanciamento imposto pela pandemia. Porém, a equipe compreendeu que adquiriu habilidades na vivência atual, e que os prepararam para enfrentar novos desafios, além da esperança pela vacinação.

O modelo teórico representado por um diagrama em forma de espiral demonstrou a compreensão da experiência e a interrelação cronológica dos fenômenos.

A sobreposição das fases da pandemia no diagrama reflete a sua interdependência, e como os fenômenos identificados contribuíram para essa dinâmica de enfrentamento dos desafios pelos profissionais da saúde.

REFERÊNCIAS

1. Huang C, Wang Y, Li X et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet* 2020 Jan 24. pii: S0140-6736(20)30183-5. [cited 2020 Apr 4] doi: 10.1016/S0140-6736(20)30183-5.
2. Zhu N, Zhang D, Wang W et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med* 2020 Jan 24. *N Engl J Med*. 2020 [cited 2020 Apr 4] doi: 10.1056/NEJMoa2001017
3. Li Q, Guan X, Wu P et al. Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus-infected pneumonia. *N Engl J Med* 2020 Jan 29. [cited 2020 Apr 4] doi:10.1056/NEJMoa2001316.
4. Roujian Lu, Xiang Zhao, Juan Li, Peihua Niu, Bo Yang, Honglong Wu et al. Genomic characterisation and epidemiology of 2019 novel coronavirus: implications for virus origins and receptor binding. *The Lancet*, Volume 395, Issue 10224, 2020, Pages 565-574, ISSN 0140-6736 [cited 2020 Jul 8] doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30251-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30251-8).
5. Weiss SR, Leibowitz JL. Coronavirus pathogenesis. *Adv Virus Res*. 2011;81:85-164. doi: 10.1016/B978-0-12-385885-6.00009-2.
6. Anderson RM, Fraser C, Ghani AC, et al. Epidemiology, transmission dynamics and control of SARS: the 2002-2003 epidemic. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 2004;359(1447):1091-1105. doi:10.1098/rstb.2004.1490
7. Ksiazek TG, Erdman D, Goldsmith CS, et al. A novel coronavirus associated with severe acute respiratory syndrome. *N Engl J Med* 2003;348:1953-1966. DOI: 10.1056/NEJMoa030781
8. World Health Organization (WHO). Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus (MERS-CoV). Geneva: WHO [Internet]; 2014 [cited 2020 Mar 23]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/mers-cov/en/>
9. Phan LT, Nguyen TV, Luong QC et al. Importation and human-to-human transmission of a novel coronavirus in Vietnam. *NEJM*. January 28, 2020. doi: 10.1056/NEJMc2001272.
10. Holshue ML, DeBolt C, Lindquist S et al. First case of 2019 novel coronavirus in the United States. *N Engl J Med*. 2020 Jan 31. doi: 10.1056/NEJMoa2001191.
11. Giovanetti M, Benvenuto D, Angeletti S, Ciccozzi M. The first two cases of 2019-nCoV in Italy: where they come from? *J Med Virol*. 2020 Feb 5. doi: 10.1002/jmv.25699.
12. World Health Organization. WHO Director-General remarks at the media briefing on 2019-nCoV on 11 February 2020. 2020. at <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-remarks-at-the-media-briefing-on-2019-ncov-on-11-february-2020>. Published February 11, 2020.
13. World Health Organization. Protocol for assessment of potential risk factors for 2019- novel coronavirus (COVID-19) infection among health care workers in a health care setting. 25 January 2020. Available in: <https://www.who.int/publications/i/item/protocol-for-assessment->

of-potential-risk-factors-for-2019-novel-coronavirus-(2019-ncov)-infection- among-health-care-workers-in-a-health-care-setting

14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria N° 188, de 3 de fevereiro de 2020. Diário Oficial da União; 2020. p. 7042.

15. World Health Organization. Infection prevention and control of epidemic- and pandemic-prone acute respiratory infections in health care. Geneva: World Health Organization; 2014 Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112656/9789241507134_eng.pdf?sequence=1

16. Kampf G, Todt D, Pfaender S, Steinmann E. Persistence of coronaviruses on inanimate surfaces and its inactivation with biocidal agents. J Hosp Infect. 2020 Feb 6. pii: S0195-6701(20)30046-3.

17. Wong MSY, Marimuthu K. Air, Surface Environmental, and Personal Protective Equipment Contamination by Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) From a Symptomatic Patient. JAMA. 2020 Mar 4;323(16):1610-2. doi: 10.1001/jama.2020.3227.

18. Buonanno G, Stabile L, Morawska L. Estimation of airborne viral emission: Quanta emission rate of SARS-CoV-2 for infection risk assessment. Environment International, Vol 141, 2020. 105794. ISSN 0160-4120. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.envint.2020.105794>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0160412020312800>

19. Booth TF, Kournikakis B, Bastien N et al. Detection of airborne severe acute respiratory syndrome (SARS) coronavirus and environmental contamination in SARS outbreak units. Journal of Infectious Diseases, 2005, 191(9):1472-1477

20. Wan Y, Shang J, Graham R, Baric RS, Li F. Receptor recognition by novel coronavirus from Wuhan: An analysis based on decade-long structural studies of SARS. J Virology. 2020 doi: 10.1128/JVI.00127-20.

21. Zhou P, Yang XL, Wang XG, et al. A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. Nature. 2020;579(7798):270-273. doi:10.1038/s41586-020-2012-7

22. Cheng, Z.J., Shan, J. 2019 Novel coronavirus: where we are and what we know. Infection 48, 155-163 (2020). <https://doi.org/10.1007/s15010-020-01401-y>

23. Yüce M, Filiztekin E, Özkaya KG. COVID-19 diagnosis -A review of current methods. Biosensors & bioelectronics, 172, 112752. <https://doi.org/10.1016/j.bios.2020.112752>

24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. 45º Boletim Epidemiológico Especial, Doença pelo Coronavírus COVID-19 Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/janeiro/15/boletim_epidemiologico_covid_45.pdf

25. World Health Organization. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. [Acesso em 20 mar 2021] Disponível em: <https://covid19.who.int/>

26. Lewnard JA, Lo NC. Scientific and ethical basis for social distancing interventions against COVID-19. Lancet Infect Dis 2020; published online March 23. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30190-0](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30190-0)

27. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet* 2020;395: 912–20. DOI:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
28. Greenberg N, Docherty M, Gnanapragasam S, Wessely S. Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic. *BMJ*. 2020 ;368:m1211.
29. COVID-19: protecting health-care workers. *Lancet*. 2020 ;395(10228):922.
30. Maynard A. Economic aspects of addiction policy. *Health Promot*. 1986;1(1):61–71.
31. Conselho Federal de Enfermagem. Saúde de Profissionais de Enfermagem em foco em tempos de Covid-19 [Internet]. Brasília: COFEN; 2020. [acesso em 31 mai 2020]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/saude-de-profissionais-de-enfermagem-e-foco-em-tempos-de-covid-19_78321.html
32. Machado MH, Santos MR, Oliveira E, Wermelinger M, Vieira M , Lemos W. Condições de trabalho da enfermagem. *Enferm. Foco* 2015; 6 (1/4): 79-90 63. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/695/305>
33. Van Bogaert, P., Timmermans, O., Weeks, S. M., van Heusden, D., Wouters, K., & Franck, E. (2014). Nursing unit teams matter: Impact of unit-level nurse practice environment, nurse work characteristics, and burnout on nurse reported job outcomes, and quality of care, and patient adverse events--a cross-sectional survey. *International journal of nursing studies*, 51(8), 1123–1134. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.12.009>
34. Fiona G. Protect our healthcare workers. *BMJ* [Internet]. 2020 [acesso em 06 abr 2020]; 369. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.m1324>
35. Lijun Kang et al. Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: a cross-sectional study. *Brain, Behavior, and Immunity*. Volume 87, July 2020, Pages 11-17. Available in: <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.03.028>
36. Lai J, Ma S, Wang Y, et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw Open*. 2020;3(3):e203976. Published 2020 Mar 2. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.3976
37. Choi KR, Skrine Jeffers K, Cynthia Logsdon M. Nursing and the novel coronavirus: Risks and responsibilities in a global outbreak [online]. *J Adv Nurs*. 2020;10.1111/jan.14369. doi:10.1111/jan.14369
38. Verbeek JH, Rajamaki B, Ijaz S, et al. Personal protective equipment for preventing highly infectious diseases due to exposure to contaminated body fluids in healthcare staff. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;4(4):CD011621. Published 2020 Apr 15. doi:10.1002/14651858.CD011621.pub4
39. Centers for Disease Control and Prevention. Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Healthcare Personnel During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic. 2020 [cited 2020 Apr 8]. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control-recommendations.html>
40. European Centre for Disease Prevention and Control. Infection prevention and control for COVID-19 in healthcare settings 12 March 2020. ECDC Technical Report. Stockholm,

Sweden: ECDC; 2020. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/infection-prevention-and-control-and-preparedness-covid-19-healthcare-settings>

41. Ağalar C, Öztürk Engin D. Protective measures for COVID-19 for healthcare providers and laboratory personnel. *Turk J Med Sci*. 2020;50(SI-1):578-584. Published 2020 Apr 21. doi:10.3906/sag-2004-132

42. Adams JG, Walls RM. Supporting the Health Care Workforce During the COVID-19 Global Epidemic. *JAMA* [Internet]. 2020 [acesso em 06 abr 2020]; 323(15). Disponível em: <http://doi.org/doi:10.1001/jama.2020.3972>

43. Huang L, Lin G, Tang L, Yu L, Zhou Z. Special attention to nurses' protection during the COVID-19 epidemic. *Critical Care* [Internet]. 2020 [acesso em 06 abr 2020]; 24(120). Disponível em: <https://ccforum.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13054-020-2841-7>

44. Fisher D, Wilder-Smith A. The global community needs to swiftly ramp up the response to contain COVID-19. *The Lancet* [Internet]. 2020 [acesso em 31 mai 2020];395. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30679-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30679-6)

45. Choi KR, Jeffers KS. Nursing and the novel coronavirus: Risks and responsibilities in a global outbreak. *J Adv Nurs*. 2020;00:1–2. DOI: 10.1111/jan.14369. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7228354/pdf/JAN-9999-na.pdf>

46. Centers for Disease Control and Prevention. Interim U.S. guidance for risk assessment and public health management of healthcare personnel with potential exposure in a healthcare setting to patients with Coronavirus Disease (COVID-19). 2020 [cited 2020 mar 22]. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/guidance-risk-assesment-hcp.html>

47. Organização Mundial da Saúde. OMS. Coronavirus (COVID-19) Dashboard. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard With Vaccination Data. [Acesso em 5 mar 2022] Disponível em: <https://covid19.who.int/>

48. COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Observatório da Enfermagem. [Acesso em 8 Mar 2022] Disponível em: <http://observatoriodaenfermagem.cofen.gov.br/>

49. Organização Mundial da Saúde. OMS lista 10ª vacina contra COVID-19 para uso emergencial: Nuvaxovid. Organização Pan-Americana da Saúde. [Acesso em 8 mar 2022] Disponível em: [https://www.paho.org/pt/noticias/21-12-2021-oms-lista-10a-vacina-contracovid-19-para-uso-emergencial-nuvaxovid#:~:text=Genebra%2C%2021%20de%20dezembro%20de,ter%C3%A7a%20feira%20\(21\).](https://www.paho.org/pt/noticias/21-12-2021-oms-lista-10a-vacina-contracovid-19-para-uso-emergencial-nuvaxovid#:~:text=Genebra%2C%2021%20de%20dezembro%20de,ter%C3%A7a%20feira%20(21).)

50. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. ANVISA. Informações sobre vacinas. [Acesso em 8 mar 2022] Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/paf/coronavirus/vacinas>

51. Aquino EML, Silveira IH, Pescarini JM, Aquino R, Souza-Filho JA, Rocha AS et al. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2020 [cited 2021 Mar 20];25:2423-2446. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020006702423&lng=en. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10502020>

52. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007 Dec;19(6):349-357.
53. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e Estados. Bauru-SP. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sp/bauru.html>. Acesso em: 10 out 2021.
54. Bauru, Prefeitura. Conheça Bauru. Disponível em: <https://www2.bauru.sp.gov.br/bauru.aspx?m=4>. Acesso em: 10 out 2021.
55. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/cabecalho_reduzido.asp?VCod_Unidade=3506007108648
56. Brasil. Portaria nº 10 de 3 de janeiro de 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0010_03_01_2017.html
57. Strauss A, Corbin J. Discovery of grounded theory. 1967 [cited 2020 Mar 22]; Available from: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/summary?doi=10.1.1.461.6630>
58. Strauss A, Corbin J, Strauss A, Strauss K, Strauss A. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada [Internet]. Porto Alegre: Artmed; 2008 [cited 2020 Mar 11]. Available from: <https://www.scienceopen.com/document?vid=46697348-f1ff-4adf-8688-82d3357ea514>
59. Cassiani SH, Caliri MH, Pelá NT. A teoria fundamentada nos dados como abordagem da pesquisa interpretativa. *Rev Lat Am Enfermagem*. 1996;4(3):75-88
60. Glaser B, Strauss A. Discovery of grounded theory: strategies for qualitative research [Internet]. Abingdon: Routledge; 2017 [cited 2020 Mar 22]; Available from: https://books.google.com/books?hl=ptBR&lr=&id=GTMrDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&ots=Js0fECqqi-&sig=AEhKQ7EMrGMtxij2DF3HsOT_nSk
61. Littlejohn SW. Fundamentos teóricos da comunicação humana. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988. p65-86.
62. Haguette T. Metodologias qualitativas na sociologia [Internet]. Petropolis: Vozes; 1992 [cited 2020 Mar 22]; Available from: <http://www.sidalc.net/cgi-bin/wxis.exe/?!sisScript=BIBA.xis&method=post&formato=2&cantidade=1&expresion=mfn=009890>
63. Charon J. Symbolic interactionism: an introduction, an interpretation, na integration. 10 ed. Upper Saddle River, NJ : Pearson Prentice Hall; 2010.
64. Minayo MC. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
65. Arcadi P, Simonetti V, Ambrosca R, et al. Nursing during the COVID-19 outbreak: A phenomenological study. *J Nurs Manag*. 2021;29(5):1111-1119. doi:10.1111/jonm.13249.
66. Huang Y. & Zhao N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: A web-based cross-sectional survey. 2020. *Psychiatry Research*, 288, 112954–112954. 10.1016/j.psychres.2020.112954.

67. Wang S, Wen X, Liu B, Dong Y, Cui M. Psychological influence of Coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic on the general public, medical workers and patients with mental disorders and its countermeasures. *Psychosomatics*. 2020;61(6):616-24. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psych.2020.05.005>. PMID:32739051.
68. Liu CY, YangYZ, Zhang XM, Xu X, Dou QL, ZhangWW et al. The prevalence and influencing factors in anxiety in medical workers fighting COVID-19 in China: A cross-sectional survey. *Epidemiol Infect*. 2020;148(98):1-7. <http://dx.doi.org/10.1017/S0950268820001107>. PMID:32430088.
69. Xiao X, Zhu X, Fu S, HuY, Li X, Xiao J. Psychological impact of healthcare workers in China during COVID-19 pneumonia epidemic: a multi-center cross-sectional survey investigation. *J Affect Disord*. 2020;274:405-10. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.081>. PMID:32663970.
70. Spoorthy MS, Pratapa SK, Mahant S. Mental health problems faced by healthcare workers due to the COVID-19 pandemic-A. *Asian J Psychiatr*. 2020;51:102119. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102119>. PMID:32339895.
71. Eftekhari Ardebili M, Naserbakht M, Bernstein C, Alazmani-Noodeh F, Hakimi H, Ranjbar H. Healthcare providers experience of working during the COVID-19 pandemic: A qualitative study. *Am J Infect Control*. 2021;49(5):547-554. doi:10.1016/j.ajic.2020.10.001
72. Houghton C et al. Barriers and facilitators to healthcare workers' adherence with infection prevention and control (IPC) guidelines for respiratory infectious diseases: a rapid qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2020, Issue 4. Art. No.: CD013582. DOI: 10.1002/14651858.CD013582. Accessed 08 November 2021.
73. Bezerra, Anselmo César Vasconcelos et al. Fatores associados ao comportamento da população durante o isolamento social na pandemia de COVID-19. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2020, v. 25, suppl 1 [Acesso 11 Novembro 2021], pp. 2411-2421. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10792020>>. Epub 05 Jun 2020. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10792020>.
74. Torales J, O'Higgins M, Castaldelli-Maia JM, Ventriglio A. The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *Int J Soc Psychiatry*. 2020 Jun;66(4):317-20. <http://dx.doi.org/10.1177/0020764020915212>. PMID:32233719.
75. Oliveira WA, Oliveira-Cardoso EA, Silva JL, Santos MA. Impactos psicológicos e ocupacionais das sucessivas ondas recentes de pandemias em profissionais da saúde: revisão integrativa e lições aprendidas. *Estud Psicol*. 2020;37:e200066. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0275202037e200066>.
76. Queiroz AM et al. O 'NOVO' da COVID-19: impactos na saúde mental de profissionais de enfermagem?. *Acta Paulista de Enfermagem* [online]. 2021, v. 34 [Acesso 18 Fevereiro 2022]. Disponível em: <<https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02523>>. Epub 14 Jul 2021. ISSN 1982-0194.
77. Carmo RM, Tavares I e Cândido AF. Um Olhar Sociológico sobre a Crise Covid-19 em Livro, 2020, Lisboa, Observatório das Desigualdades, CIES-Iscte. ISBN: 978-972-8048-58-7. Disponível em: <https://www.observatorio-das-desigualdades.com/observatoriodasdesigualdades/wp->

content/uploads/2020/12/UmOlharSociolo%CC%81gicoSobreaCriseCovid19emLivro.pages.pdf. DOI: 10.15847/CIESOD2020covid19.

78. Ventura-Silva JMA, Ribeiro OMPL, Cardoso MFPT, Monteiro MAJ, Castro SFM, Esteves NEC. A cultura organizacional em tempos de pandemia pela COVID-19: repercussões nos enfermeiros especialistas e gestores. *Rev Enferm UFPI* [Internet] 2021 [acesso em: 10 mar 2022]; 10:e882. Doi: 10.26694/reufpi.v10i1.882

79. Carrión-Bósquez N, Castelo-Rivas W, Alcívar-Muñoz M, Quiñonez-Cedeño L, Llambo-Jami H. Influencia de la COVID-19 en el clima laboral de trabajadores de la salud en Ecuador. *Revista Información Científica* [Internet]. 2021 [citado 10 Mar 2022]; 101 (1) Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/3632>

80. MEAD, George H. *Espiritu, persona y sociedade*. Buenos Aires, Paidós Studio, 1972

81. BLUMER, Herbert. A natureza do interacionismo simbólico. In: MORTENSEN, C.D (org.). *Teoria da comunicação*. São Paulo, Mosaico. 1980, p. 119 – 137

82. FRANÇA, Vera Regina Veiga. Contribuições de G.H. Mead para pensar a comunicação. In: XVI Encontro Anual da COMPÓS, 2007, Curitiba. *Anais do 16º Encontro da COMPÓS - GT Epistemologia da Comunicação*. Curitiba: COMPÓS - UTP (Universidade Tuiuti do Paraná), 2007. v. 1. p. 1-16. [Acesso em 10 mar 2022] Disponível em: <https://proceedings.science/compos-2007/papers/contribuicoes-de-g-h--mead-para-pensar-a-comunicacao>.

83. SCHEIN, Edgar H. *Cultura organizacional e liderança*. São Paulo: Atlas, 2009.

84. BALDISSERA, Rudimar. *Imagem-conceito: anterior à comunicação, um lugar de significação*. 2004. Tese (Doutorado em Comunicação Social). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre/RS, 2004.

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Res. CONEP 466/2012) EXPERIÊNCIA INTERACIONAL EQUIPE DE SAÚDE DAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO E A COVID-19

Coordenadora: Silvia Cristina Mangini Bocchi

Endereço: Av. Affonso José Aiello, 8-200, Casa 19, Vila Aviação, Bauru, CEP: 17018-901

Pesquisadora Associada: Rita de Cássia Altino

Endereço: Rua Galvão de Castro, 13-40 apto 73 B, telefones: (14) 32031284 (14) 9 999051609

Pesquisa desenvolvida na Unidade de Urgência e Emergência UPA – Ipiranga, Bauru-SP.

O Sr.(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa EXPERIÊNCIA INTERACIONAL EQUIPE DE SAÚDE DAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO E O COVID-19. Nesta pesquisa pretendemos compreender a experiência interacional dos profissionais de saúde e seus familiares, dos serviços de Urgência e Emergência frente a pandemia do COVID-19. Serão realizadas entrevistas com a seguinte questão: Como foi a sua experiência frente à pandemia de COVID-19?

Os riscos envolvidos na pesquisa são mínimos, como constrangimento nas respostas. Como benefício, a pesquisa poderá contribuir para a compreensão do movimento interacional das experiências dos profissionais que atuam nos serviços de Urgência e Emergência e seus familiares, considerando suas suposições, valores e crenças, padrões de comportamento, organização e, principalmente, sua percepção em relação ao cuidado e ao cuidar. Essa compreensão nos permitirá propor um modelo representativo que poderá ser utilizado na elaboração de estratégias voltadas à atenção à saúde dos profissionais que nela atuam, como também, estratégias de enfrentamento para seus familiares.

Para participar deste estudo o Sr.(a) não terá nenhum custo, como também não receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito a indenização. O Sr.(a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr.(a) é atendido(a) na Unidade, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O(A) Sr.(a) não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, no Centro Universitário Sagrado Coração e a outra será fornecida ao Sr.(a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Este trabalho não está vinculado a Prefeitura Municipal de Bauru e Secretaria Municipal da Saúde, ficando estas isentas de qualquer responsabilidade, inclusive financeiras, que serão assumidas pelos pesquisadores.

Eu, _____, portador do documento de Identidade nº _____ fui informado(a) dos objetivos da pesquisa EXPERIÊNCIA INTERACIONAL EQUIPE DE SAÚDE DAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO E O COVID-19, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Bauru, _____ de _____ de 202 .

Orientador/Pesquisador

Participante da pesquisa

Nome (Orientador): Cassiana Mendes Bertoncello Fontes
Endereço: Rua Agostinho Fornetti nº 3-30 Vila Santa Rosa, Bauru-SP. CEP 17063-430
Telefone: (14) 997785393
Email: cassiana.fontes@unesp.br

Nome (Pesquisador): Isabella Tofanin Costa
Endereço: Rua Justino Miranda de Camargo, nº1111, Jardim Flamboyant, Botucatu-SP.
CEP: 18610-130
Telefone: (16) 99204-3220 Email: isabellatofanin@gmail.com

APÊNDICE B**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

Nome: (Opcional)

Idade: **Sexo:** Feminino () Masculino ()

Cidade em que reside:

Profissão:

Nível de escolaridade:

() Ensino médio completo

() Superior incompleto

() Superior completo

() Pós-graduação mestrado _____

() Pós-graduação doutorado _____

() Especialização _____

() Residência _____

Tempo de atuação na Unidade de Urgência e Emergência: _____

Tempo de experiência profissional na área da saúde: _____

Tem participado de treinamento em serviço e/ou educação em serviço? Se sim, quais?

Trabalha em outras instituições? Quais?

Entrevista gravada

“Como foi a sua experiência frente à pandemia do COVID-19?”

APÊNDICE C

APÊNDICE C - Quadros com códigos relativos ao processo de análise.

Quadro 4 – Categoria A1. Atemorizando-se com o que se esperava com a iminência da COVID-19 em detrimento da realidade: códigos. Unidade de Pronto Atendimento do Estado de São Paulo, 2021.

- Considerando que a mídia passou a explorar em demasia o evidente assunto da COVID-19, o que deixou a esposa excessivamente preocupada (E1.9)
- Imaginando junto aos demais profissionais que viria uma situação caótica (E2.2)
- Expressando que o início foi complicado pois devido ao que a mídia anunciava, os funcionários da UPA estavam apreensivos e com muito medo do que viria (E3.3)
- Declarando sentimento aterrorizante por vivenciar a pandemia tendo em vista o histórico da COVID-19 em outros países (TE1.13)
- Temendo e assustados com a possibilidade de não ter EPIs, o número de mortes e pelo que a mídia expunha (TE2.2)
- Pensando, no início, que a pandemia seria o que se via na mídia (paciente no chão, indisponibilidade de maca), um cenário de guerra (TE3.31)
- Preocupando-se e tendo medo, porém não acreditando que fosse ocorrer como via nas reportagens (TE5.6)

Quadro 5 – Categoria A2. Experienciando inicialmente a pandemia de forma temerosa: códigos. Unidade de Pronto Atendimento do Estado de São Paulo, 2021.

- Tendo muito medo, nervosismo e tensão no início da pandemia (E2.3)
- Tendo crises de choro, cefaleia todos os dias e irritação devido à tensão vivenciada no trabalho no início da pandemia, o que chegou a afetar sua relação com o cônjuge (E2.6)
- Referindo que a experiência inicial da pandemia foi assustadora devido às notícias do mundo e o número de profissionais da enfermagem infectados (TE1.1)
- Tendo muito medo no início da pandemia devido às notícias do exterior (TE2.1)
- Dizendo que não foi fácil para ninguém (TE5.1)
- Lembrando que no início da pandemia, quando chegaram os materiais e EPIs se assustou muito pois via reportagens do caos na Itália (TE5.5)
- Ficando a princípio todos muito assustados, tendo um que confortar o outro para não chorarem e entrarem em pânico todos juntos, tinha que ser um por vez (TE8.1)
- Sendo difícil enfrentar e, principalmente, dar força ao paciente (AE1.7)
- Tendo muita ansiedade e preocupação no início por não saber o que fazer (M2.1)

Quadro 6 – Subcategoria A2.1. Preocupando-se por pertencer aos grupos de risco: códigos. Unidade de Pronto Atendimento do Estado de São Paulo, 2021.

- Relatando que no início ficou em pânico pois pensou que fosse morrer devido suas comorbidades (obesidade, asma e hipertensão arterial) (AE1.1)
- Sentindo medo por ser do grupo de risco, assim como o marido (AE1.3)
- Comentando com colega de trabalho que também é do grupo de risco que o problema de se infectarem é conseguirem um bom prognóstico (AE1.6)

Quadro 7 – Subcategoria A2.2. Preocupando-se com os colegas da equipe: códigos. Unidade de Pronto Atendimento do Estado de São Paulo, 2021.

- Mencionando que realiza trocas de plantões com colegas de trabalho para o atendimento ao paciente suspeito de COVID-19, por estas se tratarem de grupos de risco (idosas, hipertensas, cardiopatas) (TE1.14)

- Evitando ao máximo trabalhar no setor de queixas respiratórias devido ao medo que sente por ter comorbidades (AE1.10)
- Evitando trabalhar no setor respiratório com ajuda de colegas sem comorbidades (AE1.11)

Quadro 8 – Categoria A3. Desconhecendo a COVID-19 e levando ao medo: códigos. Unidade de Pronto Atendimento do Estado de São Paulo, 2021.

- Revelando que quando a pandemia chegou ao Brasil tinha desconhecimento sobre gravidade da COVID-19 (E1.1)
- Referindo que a experiência inicial da pandemia foi assustadora devido o desconhecimento da doença (TE1.1)
- Desconhecendo no início da pandemia como trabalhar e cuidar do paciente com COVID-19 pois só se falava em mortes na mídia (TE3.29)
- Conhecendo pouca coisa sobre a COVID-19 no início, hoje (novembro) ainda se conhece pouco (TE6.2)
- Relatando que no início da pandemia todos sentiam muito medo pois tinham muitas dúvidas e desconhecimento sobre a doença (TE7.1)
- Tendo que manter a calma pois era tudo desconhecido e não podiam demonstrar insegurança para os pacientes (TE8.2)
- Trabalhando com muito medo do desconhecido (AE1.8)

Quadro 9 – Categoria A4. Percebendo despreparo no início da pandemia em relação aos EPIs: códigos. Unidade de Pronto Atendimento do Estado de São Paulo, 2021.

- [...] Tendo uma série de dificuldades no começo da pandemia em relação à EPIs pois a prefeitura e todas as unidades estavam despreparadas [...] (TE3.14)
- [...] Realizando colaborações financeiras com os colegas para a encomenda de aventais [...] (TE3.15)
- [...] Refletindo se a falta de materiais adequados aos profissionais da saúde é devido à grande demanda no país [...] (TE3.17)
- [...] Vivenciando atualmente uma situação mais controlada dos EPIs porém os materiais ainda não são de boa qualidade [...] (TE3.18)
- [...] Faltando aventais para a troca entre diferentes pacientes [...] (TE3.21)
- [...] Reconhecendo a necessidade de uma quantidade maior de equipamentos e EPIs disponíveis para uso [...] (TE3.23)

Quadro 10 – Subcategoria A4.1. Utilizando EPIs inadequados: códigos. Unidade de Pronto Atendimento do Estado de São Paulo, 2021.

- Relatando estado de choque devido à exposição da equipe sem os EPIs adequados, elevando o risco de contaminação para os profissionais e seus familiares (TE1.5)
- Ressaltando que a disponibilização de máscaras e luvas que não são de boa qualidade e aventais de gramaturas insignificantes não é garantia de que o funcionário está protegido (TE3.20)
- Tendo, no início da pandemia, dúvidas quanto à adequação do paramento que usavam, temendo a chegada de pacientes graves (M1.3)

Quadro 11 – Subcategoria A4.2. Utilizando inadequadamente os EPIs: códigos. Unidade de Pronto Atendimento do Estado de São Paulo, 2021.

- Evidenciando que é impossível utilizar a paramentação em 100% dos pacientes, até mesmo pela estrutura física do local (E4.10)
- Reutilizando máscaras N95 por período superior ao recomendado (TE3.16)
- Apontando que é inadmissível utilizar um avental o turno inteiro (TE3.24)
- Concluindo que por utilizarem apenas um avental todo o turno, estes viabilizam apenas proteção do próprio vestuário, e não há o controle de infecção entre os pacientes (TE3.25)

Quadro 12 – Categoria A5. Responsabilizando-se por diversos fatores devido posição de liderança: códigos. Unidade de Pronto Atendimento do Estado de São Paulo, 2021.

- Salientando que pela posição de liderança, é quem mais necessita demonstrar serenidade e transmitir calma (E1.22)
- Sentindo sensação diferenciada de responsabilidade por estar na chefia, coordenando uma equipe para atuar diretamente na linha de frente do atendimento ao paciente com uma doença tão desconhecida onde todos temiam o futuro (E3.1)
- Participando do processo de organização do serviço para atender à pandemia, devido posição de chefia, a princípio não teve muito contato direto com o paciente (E3.2)

Quadro 13 – Subcategoria A5.1. Lidando com a equipe, que temia contaminação, através do diálogo: códigos. Unidade de Pronto Atendimento do Estado de São Paulo, 2021.

- Vivenciando muitas situações para lidar junto aos funcionários devido ao medo que sentiam (E2.5)
- Dialogando com os funcionários da equipe pois o medo de levar contaminação para a casa existe (E4.3)
- Apontando o diálogo entre os funcionários da equipe como um fator positivo para a não contaminação, o que difere de outras unidades de urgência e emergência (UUE) (E4.6)
- Relatando que existe medo de contaminação e que usa o diálogo com a equipe na tentativa de acalmá-la (E4.14)

Quadro 14 – Categoria A6. Pensando que a pandemia seria diferente do que se esperava: códigos. Unidade de Pronto Atendimento do Estado de São Paulo, 2021.

- Expressando que com o passar do tempo a situação caótica que esperavam não sucedeu e as condições se acalmaram (E2.9)
- Articulando divergência entre a expectativa negativa que tinha sobre a pandemia devido ao que via na mídia e a necessidade de um fluxo de óbitos com a realidade vivida até o momento (E2.16)
- Retratando receio em relação à expectativa criada de vivenciar o pico da pandemia como a vigilância epidemiológica e a mídia alertaram, não sucedido até o momento (E2.17)
- mencionando que no contexto geral não está sendo tão complicado quanto se esperava (E3.10)
- Desejando que a pandemia acabasse logo para voltar a viver com menos preocupação e mais tranquilidade pois normal nunca mais será (E3.16)
- Relatando que está sendo mais tranquilo do que o esperado, antes tinham mais medos e estavam muito assustados (TE2.4)
- Vivenciando uma realidade diferente da que vê na mídia (TE3.38)
- Vendo muita politicagem em cima do que é feito na televisão (TE3.39)
- Achando no início da pandemia, juntamente com profissionais e pacientes, que não fosse ser da extensão que foi (TE6.1)
- Lembrando que tinham em mente que não haveria vagas e teriam que escolher o paciente que a receberia (M1.4)

Quadro 15 – Categoria B1. Separando o fluxo de atendimento da unidade: códigos. Unidade de Pronto Atendimento do Estado de São Paulo, 2021.

- Considerando as informações que a mídia, a secretaria da saúde e especialistas divulgavam, tomou junto ao serviço as medidas cabíveis para a melhor atuação (E1.2)
- Declarando realizar a divisão do fluxo de atendimento para queixas relacionadas à COVID-19 (E1.6)
- Adotando medidas para controle de infecção no serviço como alterações no fluxo de atendimentos da unidade (E2.10)

- Percebendo que conforme foram se organizando no serviço lograram superar a fase inicial da pandemia (E3.4)
- Afirmando que mesmo separando o fluxo dos pacientes com queixa respiratória ainda há uma grande chance de contaminação, dentro e fora do serviço de saúde (E4.12)
- Relatando que em março não acreditavam muito na pandemia, para adequação do fluxo de atendimentos dos pacientes com síndrome gripal e de pacientes clínicos (TE4.13)
- Achando que no início da pandemia não era necessário o fluxo de atendimento para síndromes gripais por se mostrar sem movimento (TE4.14)
- Relatando separação do fluxo de atendimento respiratório dos demais (AE1.9)

Quadro 16 – Categoria B2. Modificando a rotina de precaução: códigos. Unidade de Pronto Atendimento do Estado de São Paulo, 2021.

- Afirmando que as medidas de segurança e precaução, além da rotina de cuidados da pandemia não podem ser reduzidas (E1.18)
- Imaginando que o afrouxamento na rotina de prevenção de contaminação pode ocorrer em ao menos um ano, à médio prazo (E1.19)
- Realizando com maior frequência a higienização de mãos e paramentação em relação ao período anterior à pandemia (E2.11)
- Referindo que os devidos cuidados se tornarão rotina (E2.22)
- Trabalhando e se prevenindo com o uso aumentado dos EPIs (E4.9)
- Preocupando-se mais com a necessidade da utilização do EPI, da higienização das mãos, do não uso de adornos, ou seja, o cumprimento das medidas regulamentadas pela NR32 (E4.13)
- Tendo que tomar os cuidados de usar máscara e higienizar as mãos com frequência (TE5.10)
- Trabalhando e executando a profissão com todos os cuidados pois sabem que vão ter que conviver com a situação (TE2.5)
- Reconhecendo que o risco de contaminação é grande, porém com os devidos cuidados a incidência diminui (TE3.5)
- Posicionando-se rotineiramente de forma a usar os paramentos corretamente até que se tornou um hábito (M1.8)
- Pensando que o uso correto de paramentos se tornou um hábito definitivo, algo que antes da pandemia ninguém tinha muito arraigado, como o uso de touca, máscara e luvas durante todo o atendimento (M1.9)
- Vendo muitos colegas atenderem sem o jaleco descartável, o utiliza, pois pensa que é importante (M1.20)
- Aumentando sua percepção de higiene (M2.8)
- Entendendo atualmente que não é tão complicado, que é possível ter uma vida normal desde que se consiga ter os cuidados necessários (TE3.34)
- Protegendo as pessoas ao seu redor sem se apavorar, sem deixar de se expor, apenas se protegendo sempre (M1.19)
- Fazendo o que é possível para a proteção, e caso se contamine, não será por falta de cuidados (M1.21)

Quadro 17 – Categoria B3. Recebendo treinamentos e instituindo protocolos: códigos. Unidade de Pronto Atendimento do Estado de São Paulo, 2021.

- Relatando que desde o início da pandemia recebe muitos treinamentos pois toda semana há novas informações para aprender e treinar os funcionários (E2.1)
- Elucidando a efetividade da capacitação no ambiente de trabalho pois a prepara para o enfrentamento da pandemia (E4.7)
- Achando que o treinamento não foi suficiente, foi rápido e resumido (TE5.9)
- Analisando, como enfermeira de formação, que o treinamento sobre o uso de EPIs não foi o correto pois não está de acordo com a recomendação: ao sair do isolamento, descartar a roupa e guardar a máscara, deixando-a pendurada para usá-la novamente (TE6.9)

- Discordando com a reutilização da máscara, a descarta (TE6.10)
- Pensando que nos hospitais os profissionais não receberam treinamento e preparo para apoiar o paciente e sua família (TE6.11)
- Responsabilizando-se quanto ao uso de protocolos, questionando se era o mais adequado (M1.5)

Quadro 18 – Categoria C1. Ressaltando preocupação com aspectos pessoal e familiar: códigos. Unidade de Pronto Atendimento do Estado de São Paulo, 2021.

- Retratando preocupação no quesito pessoal e familiar (E1.8)
- Referindo que por conversar mais com a esposa, percebe nela maior ansiedade em relação aos três filhos, que não têm tanta apreensão pelo assunto (E1.11)
- Afirmando que a esposa se sente impressionada com a quantidade de pacientes graves, que necessitaram de IOT ou que vieram à óbito (E1.12)
- Vivenciando problemas pessoais relacionados às condições para obtenção de renda do cônjuge, sendo o seu trabalho como profissional da saúde a única garantia do casal (E2.8)
- Citando que há estresse e ansiedade dentro e fora da profissão, e por estar na linha de frente, necessita conversar e orientar (E1.13)

Quadro 19 – Subcategoria C1.1. Preocupando-se em manter a saúde da família: códigos. Unidade de Pronto Atendimento do Estado de São Paulo, 2021.

- Relatando que toma os cuidados necessários ao sair do trabalho e voltar para a casa (retira os sapatos fora de casa e se banha em seguida) (E1.10)
- Desejando que pudesse ficar sozinha em casa para que sua família pudesse morar em outro lugar (E2.7)
- Relatando receio de estar infectada pois até que o resultado do exame saia tem medo da aproximação da família (E3.9)
- Referindo que junto à família passou a aceitar a situação, com os devidos cuidados e restrições necessárias (E3.11)
- Manifestando que apesar da saudade, adota as medidas de distanciamento social da família para não se sentir culpada no caso de contágio (TE1.10)
- Contando que mesmo vivenciando uma situação sem precedentes no trabalho, pois ama sua profissão, mas o pior é a limitação de contato com a família (TE1.11)
- Sentindo grande preocupação no início da pandemia em levar contaminação para a casa (TE3.1)
- Sendo a maior preocupação dos profissionais a de levar contaminação para a casa e não a de adoecer (TE3.2)
- Evitando o contato com a família, que até o momento ninguém se infectou (TE3.33)
- Tendo familiares e pais imunossuprimidos e não podem ficar doentes (TE8.3)
- Analisando que mesmo quando em família não se deve agir sem precauções, visto que a maioria das pessoas que adquiriram a doença, foi através dos familiares (TE8.12)
- Conscientizando-se que a doença continua mesmo em épocas de natal e ano novo (TE8.14)
- Relembrando que para visitar os pais, tirou folga de três dias para realizar o exame e saber que não estaria transmitindo (TE8.15)
- Mantendo os cuidados de higienização e distância quando visitando os pais, sempre usando máscara (TE8.16)
- Tendo que saber respeitar pois amar é querer o bem do outro, não adianta dar abraços e depois ficarem doentes, temos que reaprender a amar o próximo (TE8.17)
- Relatando que no início as pessoas se sentiam mais acuadas, com medo de se contaminar e levar a doença para a família (M1.2)
- Tendo o inédito cuidado de retirar as roupas antes de entrar em casa (M1.9)
- Percebendo que pessoas, pacientes, amigos e familiares que tinham ansiedade e não a tratavam com medicamentos, mas com atividades físicas ou atividades altruístas, com a pandemia necessitaram iniciar medicação (M2.2)

- Tendo uma experiência interessante com a família por conta da incrementação da questão de higiene (M2.6)
- Higienizando as compras com álcool, retirando os sapatos e roupa fora de casa para não contaminar o lar (M2.7)
- Sentindo falta da interação humana de linguagem de amor pelo contato físico e proximidade, com abraços e beijos (M2.9)

Quadro 20 – Categoria C2. Trabalhando e tendo contato com a doença: códigos. Unidade de Pronto Atendimento do Estado de São Paulo, 2021.

- Afirmando contentamento e sentimento de vitória devido ao fato de que em seis meses de enfrentamento na UPA nenhum profissional da enfermagem da unidade em que trabalha havia testado positivo, reforçando a efetividade das medidas (E1.3)
- Destacando a importância de que até o momento não se infectaram e consequentemente não infectaram familiares (E1.21)
- Reafirmando que mesmo desconhecendo a doença em sua totalidade é gratificante e feliz que há resguardo de sua saúde e dos colegas de trabalho (E1.24)
- Elucidando que por não lhe restarem alternativas, segue trabalhando e atendendo os pacientes (E2.13)
- Referindo que no momento encontra-se afastada por suspeita de COVID-19 (E3.8)
- Ressaltando que poucos colegas de trabalho se infectaram, especialmente da enfermagem em relação aos médicos, devido a rotatividade que estes representam entre os serviços de saúde (E2.14)
- Relatando que apesar do risco que os profissionais da saúde se submetem, estão dispostos a trabalhar (E4.2)
- Evidenciando que no ambiente de trabalho há contaminação de todos os tipos (E4.4)
- Relatando que sempre teve medo e não esperava que fosse contrair e sofrer tanto (TE5.2)
- Pensando que é inevitável o contato com a doença (M1.15)
- Contraindo COVID-19 e passando bem (M2.5)

Quadro 21 – Categoria C3. Atendendo os pacientes de forma habitual e especificando os cuidados quando necessário: códigos. Unidade de Pronto Atendimento do Estado de São Paulo, 2021.

- Demonstrando que quando fazem uso do cateter de O2 e, principalmente, da máscara de alto fluxo, a atenção ao paciente é triplicada devido maior risco de contaminação (E1.5)
- Afirmando que com o paciente na observação clínica a preocupação é redobrada, o que gera estresse e ansiedade devido à constante necessidade de policiamento para evitar contaminação (E1.7)
- Relatando que na atenção ao paciente sintomático a rotina de trabalho era normal (E3.5)
- Cuidando dos pacientes como antes da pandemia, tratando-os como se tivessem uma doença contagiosa conhecida, como tuberculose e meningite (TE1.7)
- Ressaltando que o atendimento em si não mudou (TE6.21)

Quadro 22 – Categoria C4. Vivenciando como profissional da saúde situações sem precedentes: códigos. Unidade de Pronto Atendimento do Estado de São Paulo, 2021.

- Expondo que os profissionais da saúde, em especial, os que atuam em unidades de urgência e emergência se impressionaram devido à rápida evolução clínica para grave dos casos atendidos (TE1.3)
- Ressaltando que profissionais da saúde nunca sentiram tanto medo (TE1.16)
- Assustando-se com o número de pacientes graves na sala de emergência (TE4.17)
- Vendo as pessoas em pânico, o que foi e continua sendo horrível (TE5.4)

Quadro 23 – Subcategoria C4.1. Atendendo um número alto de infectados pela COVID-19: códigos. Unidade de Pronto Atendimento do Estado de São Paulo, 2021.

- Evidenciando maior preocupação em se infectar após a introdução do teste rápido pois atendeu pacientes assintomáticos que testaram positivo (E3.6)
- Afirmando que existem pessoas e pacientes assintomáticos além daqueles que estão no fluxo de atendimento respiratório (E4.11)
- Ressaltando que o maior medo dos profissionais é de que piore com a abertura do comércio (E3.14)
- Demonstrando que com a abertura do comércio o número de casos aumentou (E3.15)
- Tratando todos como COVID-19+ (E4.16)
- Evidenciando que o aumento do número de casos e a grande demanda são assustadores (TE1.12)
- Refletindo que com a abertura do comércio os casos têm aumentado, porém tem-se testado mais os pacientes em relação ao início da pandemia (TE2.6)
- Atendendo pacientes graves, porém não são tantos (TE2.7)
- Reconhecendo que boa parte da população é assintomática (TE2.8)
- Tendo contato diário com pacientes infectados (TE3.6)
- Atendendo mais casos leves, em que os pacientes realizam o tratamento domiciliar, em comparação com os graves e complicados, que geralmente envolvem pessoas com idade avançada com algum tipo de comorbidade (TE3.30)
- Relatando que a proporção de casos em Bauru é inferior quando comparado com São Paulo, onde foi “coisa de outro mundo” (TE4.18)
- Relatando que não ocorreu como na Itália, porém houve casos de intubação e muitas pessoas contaminadas (TE5.7)
- Pensando que muitos que contraíram ficaram de quarentena em casa, o que é mais tranquilo (TE5.21)
- Pensando que possivelmente o vírus tenha se tornado mais frágil devido ao aumento de sintomas leves, porém a doença ainda é grave e as mortes continuam (TE8.6)
- Continuando preocupados mesmo que parte da população já se infectou e está imune entre aspas (TE8.9)

Quadro 24 – Subcategoria C4.2. Verificando a imprevisibilidade da COVID-19: códigos. Unidade de Pronto Atendimento do Estado de São Paulo, 2021.

- Relatando o caso de um paciente com suspeita de COVID-19 que após dois dias do primeiro atendimento, foi admitido com tosse e em estado grave (TE1.4)
- Percebendo atualmente que é uma doença grave e sistêmica, onde cada indivíduo reage diferentemente à COVID-19 (TE6.5)
- Vendo que pessoas podem desenvolver a forma grave e saírem da situação sem problemas (TE6.6)
- Concluindo que, por outro lado, existem pessoas saudáveis que não têm a mesma sorte, podendo ter outros sistemas afetados (renal, cardíaco) (TE6.7)
- Percebendo que pessoas com problemas cardíacos sofrem mais quando se infectam com COVID-19 pois podem perder a musculatura de forma grave (TE6.8)
- Ressaltando que não sabem se é possível mais de uma infecção, nem por quanto tempo a doença permanece no organismo (M1.17)

Quadro 25 – Subcategoria C4.3. Temendo a necessidade do procedimento de intubação no trabalho: códigos. Unidade de Pronto Atendimento do Estado de São Paulo, 2021.

- Declarando que profissionalmente sente receio e preocupação, temendo situações de intubação, pelo risco que o procedimento oferece (E1.4)
- Apontando que o maior medo de todos os profissionais é atender um paciente grave com a suspeita da doença devido ao risco aumentado para infecção (E3.7)
- Tendo muitas dúvidas no início quanto à intubação e a rápida progressão da doença (TE7.5)
- Relembrando o desespero da primeira intubação de caso suspeito de COVID-19 na unidade, em que ocorreu uma sequência de erros que não podiam ser feitos, como a aspiração de via aérea (TE7.8)

Quadro 26 – Categoria C5. Trabalhando numa UPA, serviço de estabilização, com taxa de mortalidade baixa: códigos. Unidade de Pronto Atendimento do Estado de São Paulo, 2021.

- Ressaltando a importância da finalidade das UPAs de estabilizar o paciente para que este possa dar continuidade no tratamento em outro nível de atenção (E2.19)
- Conseguindo trabalhar realizando os cuidados e encaminhando os pacientes (TE2.9)
- Dizendo que quase não tiveram casos de óbito na unidade, que por se tratar de uma UPA, os pacientes são transferidos e a mortalidade é baixa (TE5.8)
- Reforçando que seguem trabalhando com controle da situação, realizando muitos testes na população (E2.15)

Quadro 27 – Categoria C5.1. Solicitando a transferência de pacientes: códigos. Unidade de Pronto Atendimento do Estado de São Paulo, 2021.

- Demonstrando que a UPA foi muito prontamente respaldada até o momento no quesito de solicitação de vagas e exames para subsidiar a assistência e referenciar o paciente (E2.18)
- Percebendo que a pandemia começou a piorar pois no início nenhum paciente havia aguardado mais de três horas para internação em hospital terciário e atualmente já ocorreu de não haver vagas (E3.12)
- Tendo o maior receio de que o paciente permaneça na unidade pois não há disponibilidade de vagas (E3.13)

Quadro 28 – Categoria C6. Percebendo formas diferentes dos profissionais enfrentarem a COVID-19: códigos. Unidade de Pronto Atendimento do Estado de São Paulo, 2021.

- Testemunhando que devido ao caos que esperavam muitos funcionários queriam se afastar, outros participavam dos treinamentos e alguns desejavam se infectar rapidamente com o intuito de desenvolver imunidade (E2.4)
- Pronunciando que pelo amor à profissão e apoiando-se na fé passou a enfrentar a doença com coragem, decidiu trabalhar sem medo (TE1.6)
- Retratando que sua mudança na maneira de enfrentamento da pandemia refletiu de maneira positiva nos cuidados com o paciente e em saúde mental (TE1.8)
- Evidenciando que os profissionais encaram a pandemia de formas divergentes; muitos têm medo e se afastam do trabalho (TE2.11)
- Passando a fase inicial, foram modelando a mente para lidar com a pandemia (TE8.4)
- Tendo muita fé para enfrentar a situação (AE1.2)
- Terminando o período de férias no momento e já deu entrada na licença prêmio por medo de se infectar (AE1.4)
- Pensando que por ter um temperamento mais tranquilo a pandemia não a afetou pessoalmente, não se apavorou em momento algum (M1.18)

Quadro 29 – Subcategoria C6.1. Estudando, tranquilizando-se e experienciando positivamente a pandemia: códigos. Unidade de Pronto Atendimento do Estado de São Paulo, 2021.

- Ressaltando que, mesmo preocupados, têm mantido o controle e a vivência profissional têm sido valiosa (E1.21)
- Vivenciando a pandemia como um grande desafio, porém muito enriquecedor devido ao crescimento da equipe em relação à atenção aos procedimentos e protocolos para a garantia de uma assistência segura (E1.22)
- Mencionando que o Brasil necessita de avanços em pesquisas (E1.25)
- Referindo maior segurança e confiança ao atender o paciente pois conhece a sua equipe, que foi devidamente treinada e escalada para o atendimento (E2.20)
- Relatando confiança nas atividades que faz, pois junto aos colegas de trabalho está todo o tempo atenta e realizando as devidas correções relacionadas aos processos de higienização de mãos e paramentação (E2.21)
- Vivenciando positivamente a pandemia enquanto profissional da saúde (E4.1)

- Apontando a importância do conhecimento da doença, por sua alta transmissibilidade e infectividade (E1.16)
- Tendo consciência da seriedade da COVID-19 e enfrentando-a profissionalmente, a experiência não está sendo das piores (TE2.3)
- Aprendendo com o passar do tempo a lidar com a situação, lidando melhor com o paciente e a doença (TE3.4)
- Sentindo-se atualmente mais tranquilo e seguro em trabalhar e cuidar do paciente com COVID-19 do que esteve em março, no início da pandemia (TE3.28)
- Conseguindo lidar com o trabalho e voltar para casa tranquilo (TE3.32)
- Aprendendo mais sobre a COVID-19 com o passar do tempo (TE7.2)
- Entendendo o novo aos poucos, estudando, vendo que se pode ser feito, tendo a experiência (TE8.7)
- Firmando desde o início a necessidade de estudar o tempo todo, buscando a melhor forma de tratar e isolar os pacientes (M1.6)
- Tranquilizando-se por ver que, conforme o passar do tempo, tinham condições para tratar os pacientes da melhor forma, utilizando o protocolo (M1.7)
- Conseguindo trabalhar com menos tensão atualmente (M1.10)
- Tendo mais medo no início do que agora pois o desconhecido se tornou conhecido, portanto, fica a precaução e não mais o medo (M1.14)
- Trabalhando, como o mundo inteiro, na tentativa de conhecer mais sobre a COVID-19 pois é tudo novidade (M1.16)
- Melhorando atualmente a questão da tranquilidade por ter agregado conhecimento sobre a COVID-19 (M2.3)

Quadro 30 – Categoria C7. Sentindo empatia com os pacientes atendidos: códigos. Unidade de Pronto Atendimento do Estado de São Paulo, 2021.

- Passando uma tranquilidade maior para o paciente pois todos chegam desesperados pensando que vão morrer porque estão com COVID-19 (TE3.37)
- Abalando-se por se envolver e empatizar com os casos dos pacientes atendidos, como uma puérpera que necessitou de intubação e seus familiares ficaram desesperados (TE4.9)
- Colocando-se no lugar do paciente e sua família pois também tem filho pequeno e pai (TE4.10)
- Tendo um olhar diferenciado para os familiares de pacientes, sempre gostou de dar atenção a eles (TE6.20)
- Relatando que técnicos e enfermeiros, apesar de não estarem preparados, acolhem a família dos pacientes pois não têm medo (TE6.26)

Quadro 31 – Categoria D1. Classificando a inconsequência da população como um grande problema: códigos. Unidade de Pronto Atendimento do Estado de São Paulo, 2021.

- Reconhecendo que parte da população cumpre com as medidas de isolamento social, minimizando a busca pelo serviço de urgência e emergência para atendimentos que podem ser feitos em postos de saúde (E4.15)
- Achando o maior problema são as pessoas que não acreditam e não levam a COVID-19 à sério, pois caso estejam infectadas, estão aglomeradas e acabam prejudicando quem está se cuidando (TE5.23)
- Percebendo que a cobrança da população para os profissionais da saúde não tem relação recíproca, já que continuam saindo, se cumprimentando com beijos e abraços, festas, como se não houvesse nada (TE8.11)
- Concluindo que por mais que se fale, se explique e esteja na mídia, em todos os lugares o povo não tem consciência (TE8.13)
- Entristecendo-se por ver que a população busca atendimento no serviço de urgência sem necessidade, expondo-se ao ambiente potencialmente contaminado, que pode causar problemas e levar a doença para casa (M1.12)

- Entristecendo-se por ver que a população acha que a pandemia não é tudo isso, que não traz tantos malefícios (M1.13)

Quadro 32 – Categoria D2. Percebendo falta de apoio para profissionais da saúde: códigos. Unidade de Pronto Atendimento do Estado de São Paulo, 2021.

- Desejando um apoio maior da diretoria pois o contrato de funcionários adicionais tardou (E4.8)
- Contando que falta apoio psicológico para profissionais da saúde (TE2.10)
- Vendo que existe muita propaganda sobre o que as prefeituras têm feito, porém não há tanto cuidado com os profissionais que trabalham direto com o paciente (TE3.19)
- Percebendo a existência de muita política, porém poucas realizações voltadas para profissionais da saúde (TE3.22)
- Sentindo falta de apoio das autoridades para os profissionais da saúde, para disponibilização de recursos necessários para o enfrentamento seguro (TE3.26)
- Percebendo que existe um descaso em relação às realizações das autoridades para os profissionais da saúde (TE3.27)
- Relatando que não é o caso da UPA porém acredita que faltou apoio psicológico para os familiares de pacientes e profissionais da saúde (TE6.12)
- Sentindo que as pessoas, o povo em geral, cobram muito dos profissionais da saúde (TE8.10)

Quadro 33 – Categoria E1. Percebendo diferenças entre o que vivenciaram no início da pandemia: códigos. Unidade de Pronto Atendimento do Estado de São Paulo, 2021.

- Relembrando que no início da pandemia não foi fácil e parece estar melhorando (TE4.4)
- Percebendo que em maio a pandemia tornou-se séria e foi piorando muito (TE4.15)
- Relatando que no início de setembro o movimento da ala de síndromes gripais diminuiu bastante (TE4.16)
- Acreditando que agora (novembro) amenizou pois no início foi muito difícil (TE5.15)
- Relembrando que no início foi muito difícil porém os casos diminuíram bastante e foi melhorando (novembro) (TE7.7)
- Percebendo que após um período diminuiu um pouco (TE8.5)
- Imaginando que começará a diminuir os casos por conta do calor (TE4.5)
- Dizendo que no início da pandemia estava sendo um pouco pior pois estavam tensos no trabalho (M1.1)

Quadro 34 – Categoria E2. Prevenindo-se com maior seriedade em relação ao paciente comparado ao colega de trabalho: códigos. Unidade de Pronto Atendimento do Estado de São Paulo, 2021.

- Conversando com os colegas de trabalho sobre se prevenirem muito mais em relação ao paciente do que entre si (TE3.9)
- Tendo um convívio muito grande com os colegas de trabalho, fazem horário de descanso e refeição juntos em ambientes pequenos e pouco arejados (TE3.10)
- Refletindo sobre a superior probabilidade de contaminação entre os colegas de trabalho em relação aos pacientes (TE3.11)
- Tendo um cuidado muito maior com o paciente em relação aos colegas (TE3.12)
- Descuidando-se por não tratar o colega como um potencial de risco para contaminação, o que acarreta em descaso com o colega (TE3.13)

Quadro 35 – Categoria E3. Aliviando-se pela pandemia de COVID-19 não se assemelhar com o trabalho que tiveram com outras epidemias: códigos. Unidade de Pronto Atendimento do Estado de São Paulo, 2021.

- Presumindo que no futuro a COVID será semelhante à H1N1 porém, infelizmente, a infectividade da COVID-19 é maior (E1.20)

- Relatando que o trabalho é tenso devido à incerteza e ao pouco conhecimento sobre a COVID-19 em relação à tuberculose e à H1N1 (E4.5)
- Vindo de um caos da dengue que devastou os profissionais da unidade, a COVID-19 até o momento não foi um terço do que passaram com a dengue (TE2.12)
- Temendo que para a COVID-19 o apoio pudesse ser insuficiente, como o caos vivenciado com a dengue (TE2.13)
- Vendo muito mais risco de ter problemas de saúde com H1N1 do que com a COVID-19 porém a taxa de infecção do COVID-19 é maior (TE3.35)
- Lembrando que historicamente já conseguimos lidar com a H1N1 porém a maioria das pessoas não considera isso (TE3.36)
- Refletindo que o aumento da carga de trabalho não foi tanta quando comparado à epidemia de dengue, em que trabalharam muito mais, com maior número de atendimentos e pacientes (TE4.6)

Quadro 36 – Categoria F1. Tendo afetada a saúde do trabalhador: códigos. Unidade de Pronto Atendimento do Estado de São Paulo, 2021.

- Sentindo que a pandemia afeta muito o psicológico (TE4.1)
- Elucidando que a questão da carga de trabalho foi menor do que se esperava na pandemia, porém a questão psicológica foi mais complicada e pior (TE4.7)
- Reafirmando que o pior da pandemia é a questão psicológica (TE4.8)
- Dizendo que o psicológico dos profissionais também está afetado (TE6.4)
- Pensando que sequer os psicólogos estão preparados para lidar com essa situação complicada (TE6.24)
- Relatando que devido ao uso aumentado de soluções alcoólicas nas mãos desenvolve dermatite e ferimentos (E2.12)

Quadro 37 – Subcategoria F1.1. Sendo visto como potencial de contaminação: códigos. Unidade de Pronto Atendimento do Estado de São Paulo, 2021.

- Demonstrando que devido ao medo da equipe de seu outro emprego, em serviço administrativo foi colocado em isolamento, apesar de assintomático (E1.14)
- Elucidando que profissionais de outras áreas, em sua maioria, desconhecem os cuidados corretos, se estressando e transmitindo aos demais no trabalho (E1.15)
- Sendo os profissionais da saúde vistos pela sociedade como potenciais de risco para contaminação (TE3.3)

Quadro 38 – Subcategoria F1.2. Vendo colegas de trabalho adoecerem: códigos. Unidade de Pronto Atendimento do Estado de São Paulo, 2021.

- Sentindo medo pois colegas de trabalho já se infectaram, sendo uma do grupo de risco, que está hospitalizada e provavelmente será intubada (AE1.5)
- Declarando sentir apreensão devido ao risco de colegas de trabalho se contagiarem com COVID-19, sabendo que há possibilidade de hospitalização e óbito, pois já vivenciou a situação com um amigo (TE1.15)
- Evidenciando que em sua unidade a equipe não é grande, porém desde o início da pandemia, há seis meses, apenas três funcionários se infectaram (TE3.7)
- Ressaltando que um dos três funcionários infectados não se infectou em serviço mas em casa, através da visita do sogro, que veio de outra cidade e não sabia que estava infectado (TE3.8)
- Sentindo-se abalada, há noites em que chora, por ver colegas acometidos pela COVID-19 (TE4.2)
- Vendo colegas adoecerem e pacientes falecerem devido a complicações da doença, inclusive adultos jovens (TE4.3)
- Pensando que teriam que entubar uma colega de trabalho, que foi encaminhada da UPA para a UTI (TE4.11)

- Reafirmando que o psicológico foi terrível por ver a colega de trabalho desenvolvendo quadro de gravidade (TE4.12)
- Assustando-se no início pois vários colegas contraíram a doença (TE7.4)
- Entristecendo-se por ver colegas adoecendo e se afastando e pacientes falecendo (M1.11)

Quadro 39 – Subcategoria F1.3. Permanecendo debilitada e com sequelas após o contágio: códigos. Unidade de Pronto Atendimento do Estado de São Paulo, 2021.

- Recordando que pensava que quando tivesse alta hospitalar, conseguiria trabalhar porém sentiu uma fraqueza muito grande, uma coisa horrível, que não aguentava ficar em pé (TE5.14)
- Tendo, todavia, muito medo, não acredita que por ter contraído uma vez, está imune (TE5.16)
- Tendo certeza de que se contrair outra vez, não aguenta, não suporta (TE5.17)
- Sentindo mais medo do que antes de ter contraído COVID-19 (TE5.18)
- Ficando assustada, traumatizada, bem mexida psicologicamente após ter contraído COVID-19 (TE5.19)
- Imaginando que as pessoas que também contraíram e ficaram em estado grave também têm mais medo agora (TE5.20)
- Relatando que seu quadro foi grave assim como o de outra funcionária, que necessitou regressar à casa no oxigênio mas hoje já está trabalhando (TE5.22)
- Ficando 13 dias internada e 15 dias em isolamento domiciliar em uso de oxigênio e enoxaparina (TE6.17)
- Sentindo-se péssima quando se infectou e contraiu a forma grave, hoje tem sequelas (TE6.14)
- Considerando-se outra pessoa pós infecção por COVID-19 pois está impossibilitada de realizar esforço físico e devido à uma infecção no ouvido durante a internação, teve uma pequena perda da audição (TE6.22)

Quadro 40 – Subcategoria F1.4. Necessitando hospitalização devido à COVID-19: códigos. Unidade de Pronto Atendimento do Estado de São Paulo, 2021.

- Dizendo que sofreu muito quando hospitalizada devido à COVID-19 (TE5.3)
- Tomando os cuidados se infectou e ficou onze dias internada, sendo seis na UTI (TE5.11)
- Lembrando que sofreu muito quando hospitalizada, pelas gasometrias a cada oito horas (TE5.12)
- Tendo contraído a forma grave e necessitando hospitalização (TE6.13)

Quadro 41 – Elemento F1.4.1. Permanecendo apreensiva para a necessidade de intubação: códigos. Unidade de Pronto Atendimento do Estado de São Paulo, 2021.

- Percebendo que o oxigênio não dava conta, pensando que logo teria que ser entubada, mas felizmente não foi o caso (TE5.13)
- Referindo que quando a pessoa infectada não é da área da saúde, já é difícil, porém quando profissionais da área estão infectados e têm consciência do quadro (em uso de máscara de Venturi saturando 85%), percebem que a situação é terrível (TE6.18)
- Concluindo que estar do outro lado, como paciente, é muito difícil, porém pensa que é pior quando a pessoa é leiga (TE6.19)

Quadro 42 – Elemento F1.4.2. Temendo sua finitude longe da família: códigos. Unidade de Pronto Atendimento do Estado de São Paulo, 2021.

- Pensando enquanto estava no leito hospitalar que os óbitos são jogados e enterrados em fila e isso é muito difícil (TE6.15)
- Temendo morrer sozinha pois quando está internada a família não sabe o que está acontecendo (TE6.16)

Quadro 43 – Elemento F1.4.3. Percebendo agravamento no distanciamento da relação profissional da saúde-paciente/familiar: códigos. Unidade de Pronto Atendimento do Estado de São Paulo, 2021.

- Relatando que o psicólogo dos familiares de pacientes adoecidos ficou muito afetado (TE6.3)
- Relatando que não é o caso da UPA porém acredita que faltou apoio psicológico para os familiares de pacientes e profissionais da saúde (TE6.12)
- Acreditando que as famílias das pessoas que têm COVID-19 precisam ser acolhidas e assistidas (TE6.23)
- Vendo que a psicóloga e assistente social tinham medo e apenas perguntavam se estava bem através da porta quando estava internada (TE6.25)
- Vendo que é muito triste a família ter notícias apenas pelo boletim do celular, e as vezes, uma ligação com uma notícia de morte (TE6.27)
- Pensando que existem falhas muito grandes no atendimento à COVID-19 em relação à família do paciente (TE6.28)
- Percebendo que parte da população tem danos psicológicos grandes pois após internar o familiar, não o viu, não cuidou e não foi ao velório do ente querido (TE6.29)
- Ressaltando que a parte clínica é importante, porém o psicólogo de grande população, que perdeu familiares para a COVID-19, desenvolve doenças mentais como depressão (TE6.30)
- Referindo que a situação dos familiares não poderem ver o paciente é bem triste (TE7.6)
- Relatando dificuldade na comunicação do falecimento do paciente para a família, que grita fora da unidade, quer ver o ente querido e se despedir, quer seus pertences, porém não pode entrar (TE7.9)

Quadro 44 – Categoria F2. Esperando pela vacina: códigos. Unidade de Pronto Atendimento do Estado de São Paulo, 2021.

- Ressaltando que os estudos avançam, porém ainda não há vacinas, um fator limitante a respeito da segurança da população e, principalmente, do profissional de saúde (E1.17)
- Relatando apreensão com a vacina (E3.17)
- Esperando pela vacina, que dá esperança e conforto (TE8.8)
- Pensando (início de dezembro) na vacina, que por sua vez, também gera dúvidas (M2.4)

Quadro 45 – Categoria F3. Imaginando que futuramente a equipe saberá lidar melhor com doenças infecciosas: códigos. Unidade de Pronto Atendimento do Estado de São Paulo, 2021.

- Acreditando que futuramente o enfrentamento de demais doenças de alta infectividade pela equipe será de maior tranquilidade e serenidade em consequência da experiência obtida na pandemia de COVID-19 (E1.23)

ANEXO 1 – Parecer Consubstanciado 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,

Endereço: Pró-Reitoria de Pesquisa e Pos-Graduação

Bairro: Rua Irmã Arminda Nº 10-50

CEP: 17.011-160

UF: SP

Município: BAURU

Telefone: (14)2107-7340

E-mail: comitedeetica dehmanos@usc.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO
SAGRADO CORAÇÃO -
UNISAGRADO**



Continuação do Parecer: 4.036.507

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

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos estão apresentados adequadamente.

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_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	TCLE_rita.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 Arminda Nº 10-50

CEP: 17.011-160

UF: SP

Município: BAURU

Telefone: (14)2107-7340

E-mail: comitedeeticadehumanos@usc.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 Pos-Graduação

Bairro: Rua Irmã Arminda Nº 10-50

CEP: 17.011-160

UF: SP

Município: BAURU

Telefone: (14)2107-7340

E-mail: comitedeeticadehumanos@usc.br