

**UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
DESENVOLVIMENTO HUMANO**

Thaís Caroline Alves de Oliveira

**SENTIDOS E SIGNIFICADOS CONSTITUÍDOS POR
PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO CONTEXTO HOSPITALAR
SOBRE A PANDEMIA DA COVID-19**

Taubaté – SP

2023

Thaís Caroline Alves de Oliveira

**SENTIDOS E SIGNIFICADOS CONSTITUÍDOS POR
PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO CONTEXTO HOSPITALAR
SOBRE A PANDEMIA DA COVID-19**

Dissertação apresentada para obtenção do
Título de Mestre pelo Programa de Pós-
graduação em Desenvolvimento Humano:
Formação, Políticas e Práticas Sociais, da
Universidade de Taubaté.

Área de Concentração: Desenvolvimento
Humano, Políticas Sociais e Formação.

Linha Pesquisa: Desenvolvimento Humano,
identidade e formação.

Orientador(a): Profa. Dra. Débora Inácia
Ribeiro

Taubaté – SP

2023

SENTIDOS E SIGNIFICADOS CONSTITUÍDOS POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO CONTEXTO HOSPITALAR SOBRE A PANDEMIA DA COVID-19

Dissertação apresentada para obtenção do
Título de Mestre pelo Programa de Pós-
graduação em Desenvolvimento Humano:
Formação, Políticas e Práticas Sociais, da
Universidade de Taubaté.

Área de Concentração: Desenvolvimento
Humano, Políticas Sociais e Formação.

Linha Pesquisa: Desenvolvimento Humano,
identidade e formação.

Orientador(a): Profa. Dra. Débora Inácia
Ribeiro

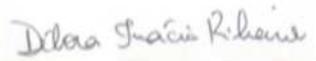
Data: 11/08/2023

Resultado: APROVADA

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Débora Inácia Ribeiro - Universidade de Taubaté (UNITAU)

Assinatura:



Profa. Dra. Wendry Maria Paixão Pereira – Universidade de Taubaté (UNITAU)

Assinatura:



Profa. Dra. Alayde Maria Pinto Digiovanni – Universidade Estadual do Centro-Oeste
(UNICENTRO) e Universidade de São Paulo (USP).

Assinatura:



**SISTEMA INTEGRADO DE BIBLIOTECAS – SIBi
GRUPO ESPECIAL DE TRATAMENTO DA INFORMAÇÃO – GETI
UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ**

O48s Oliveira, Thaís Caroline Alves de
Sentidos e significados constituídos por profissionais de saúde
no contexto hospitalar sobre a pandemia da covid-19 / Thaís
Caroline Alves de Oliveira. -- 2023.
121 f. : il.

Dissertação (mestrado) - Universidade de Taubaté, Pró-reitoria
de Pesquisa e Pós-graduação, 2023.

Orientação: Profa. Dra. Débora Inácia Ribeiro, Departamento
de Psicologia

1. Desenvolvimento Humano. 2. COVID-19. 3. Pandemia.
4. Profissionais de Saúde. 5. Sentidos e Significados.
I. Universidade de Taubaté. Programa de Pós-graduação em
Desenvolvimento Humano. II. Título.

CDD – 613

Aos profissionais de saúde que se dedicaram cotidianamente no combate a pandemia da COVID-19 que apesar das dificuldades enfrentadas e incansáveis desafios, foram exemplos de perseverança.

AGRADECIMENTOS

Ao Mestre Jesus e a toda Espiritualidade amiga que me acompanha pela sabedoria e discernimento para realização desta pesquisa.

À professora Dra. Débora Inácia Ribeiro, minha orientadora, por todo aprendizado compartilhado nesses últimos anos, pela paciência e disposição em contribuir com a minha formação.

À professora Dra. Wendry Maria Paixão Pereira, professora do mestrado, por ser fonte de inspiração e exemplo no compromisso com a docência.

À professora Dra. Alayde Maria Pinto Digiovanni, pela gentileza, pela solícita aceitação do convite para banca de qualificação e defesa, pela disponibilidade de ajuda e contribuições teóricas.

Aos meus familiares, Carlos e Luciana (pai e mãe), Gustavo e Carlos Eduardo (irmãos), Larissa (cunhada) por todo apoio e incentivo durante a minha jornada acadêmica e pelo sacrifício para que esse sonho fosse realizado.

À Ana Caroline, minha companheira e esposa, por acreditar mais em mim do que eu mesma, por trocar o lazer e o entretenimento pelo planejamento financeiro para tornar a minha trajetória acadêmica possível.

Aos meus padrinhos, Eduardo e Simone, por me manter acreditando que a educação é sempre o melhor caminho.

Ao meu amigo e professor, Felipe Oliveira, por me ensinar a mais valiosa lição ao longo da minha trajetória acadêmica “*nós não fazemos nada sozinhos*”, sem você esse trabalho (e a psicóloga que eu sou) não existiriam.

Aos meus colegas de mestrado, Marcelo Feitosa e Eloar Lopes por suas importantes contribuições durante esta jornada acadêmica.

Às grandes amigas, Débora Marques Mendonça e Gabriela Chaves de Paula por me ajudarem a manter minha saúde mental e não “enlouquecer” ao longo desta pesquisa.

Aos funcionários do Mestrado em Desenvolvimento Humano (MDH) da Universidade de Taubaté, por todo o apoio necessário.

À todas as profissionais de saúde pela disponibilidade em participar deste trabalho, pela atuação comprometida com qualidade, responsabilidade e humanização durante o período pandêmico.

“Através dos outros, nos tornamos nós mesmos”

Lev Vygotsky

RESUMO

A pandemia da COVID-19 emergiu como um fenômeno complexo e configurou como um desafio sanitário e provocou expressivas transformações em diferentes contextos, como por exemplo, nas relações do cotidiano, no funcionamento das cidades, assim como nas alterações de hábitos e comportamentos. A partir desta temática esta pesquisa tem como objetivo analisar as significações sobre a pandemia da COVID-19 constituídas por profissionais de saúde que atuaram diretamente no enfrentamento à doença, na cidade de São José dos Campos - SP. Bem como identificar os desafios percebidos pelas profissionais de saúde em sua atuação junto a pessoas infectadas pela COVID-19 e elencar os efeitos da pandemia sobre a saúde física e mental desses profissionais. As participantes da pesquisa foram profissionais de saúde de diferentes especialidades que possuíam (anteriormente a pandemia da COVID-19) três anos ou mais de prática no contexto hospitalar, atuado diretamente no enfrentamento a pandemia da COVID-19 no período de janeiro a dezembro de 2020. Foram entrevistadas 15 profissionais de saúde, dentre eles, duas auxiliares de enfermagem, três técnicos de enfermagem, duas enfermeiras, três fisioterapeutas, duas psicólogas e três médicos. As participantes foram selecionadas por meio da técnica de recrutamento em cadeia *snowball* ou bola de neve. Foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada constituído por seis questões para a coleta de informações. A análise dos dados foi realizada a partir dos núcleos de significação, tendo como referência os pressupostos da psicologia sócio histórica. Os núcleos de significação foram organizados por meio de aspectos de similaridade, contradição e/ou complementariedade, sendo assim, foi possível sistematizar cinco núcleos, pelas seguintes temáticas: a opção profissional pela área da saúde e a ausência de reconhecimento da categoria, os sentimentos vividos durante o enfrentamento do vírus e as incertezas para o futuro, as consequências do combate ao vírus para a saúde física e mental, os desafios do combate à pandemia como as técnicas e estratégias utilizadas para conter a doença, falta de equipamentos, falta de recursos humanos, rotina exaustiva de limpeza e higienização, jornadas extensas de trabalho, morte, comportamento negacionista da população, mídia (*fake News*), política nacional de enfrentamento ao vírus e o comportamento do presidente. As participantes salientaram também que, apesar das adversidades, procuraram desenvolver uma atuação focada na humanização e destacaram que obtiveram crescimento pessoal e profissional ao longo do enfrentamento a pandemia da COVID-19. Portanto, os dados apontam subsídios para o cuidado com a saúde desses profissionais, além de divulgar a experiência do combate ao vírus da COVID-19 e demonstra a necessidade de reconhecimento dessa categoria.

PALAVRAS-CHAVE: Desenvolvimento Humano. COVID-19. Pandemia. Profissionais de Saúde. Sentidos e Significados.

ABSTRACT

The COVID-19 pandemic emerged as a complex phenomenon and configured as a health challenge and caused significant transformations in different contexts, such as, for example, in everyday relationships, in the functioning of cities, as well as in changes in habits and behaviors. From this theme, this research aims to analyze the meanings about the COVID-19 pandemic constituted by health professionals who acted directly in the face of the disease, in the city of São José dos Campos - SP. As well as identifying the challenges perceived by health professionals in their work with people infected by COVID-19 and listing the effects of the pandemic on the physical and mental health of these professionals. The research participants were health professionals from different specialties who had (before the COVID-19 pandemic) three years or more of practice in the hospital context, acting directly in the face of the COVID-19 pandemic from January to December 2020 15 health professionals were interviewed, including two nursing assistants, three nursing technicians, two nurses, three physiotherapists, two psychologists and three physicians. Participants were selected using the snowball or snowball chain recruitment technique. A semi-structured interview script consisting of six questions was used to collect information. Data analysis was carried out from the meaning nuclei, with reference to the assumptions of socio-historical psychology. The meaning nuclei were organized through aspects of similarity, contradiction and/or complementarity, thus, it was possible to systematize five nuclei, by the following themes: the professional option for the health area and the lack of recognition of the category, the feelings experienced during the fight against the virus and the uncertainties for the future, the consequences of fighting the virus for physical and mental health, the challenges of fighting the pandemic such as the techniques and strategies used to contain the disease, lack of equipment, lack of human resources , exhaustive cleaning and sanitizing routine, long hours of work, death, denialist behavior of the population, media (fake news), national policy to face the virus and the behavior of the president. The participants also stressed that, despite the adversities, they sought to develop actions focused on humanization and highlighted that they achieved personal and professional growth throughout the course of facing the COVID-19 pandemic. Therefore, the data point to subsidies for the health care of these professionals, in addition to disseminating the experience of combating the COVID-19 virus and demonstrating the need for recognition of this category.

KEYWORDS: Human Development. COVID-19. Pandemic. Health Professionals. Senses and Meanings.

LISTA DE SIGLAS

ANVISA	–	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
IBGE	–	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OIT	-	Organização Internacional do Trabalho
OMS	–	Organização Mundial da Saúde
ONU	-	Organização das Nações Unidas
PNI	-	Plano Nacional de Imunização
SUS	–	Sistema Único da Saúde
UTI	-	Unidade de Terapia Intensiva
UBS	-	Unidade Básica de Saúde
UPA	-	Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fases de alerta da OMS para pandemias	23
Figura 2 – Características do mundo pós-pandemia	30
Figura 3 – Cadeia de referência (<i>Snowball</i> ou bola de neve)	37
Figura 4 – Caminho para a análise de dados	44

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Quantidade total de artigos por descritores	13
Quadro 2 – Quantidade de artigos por descritores utilizados nesse estudo	14
Quadro 3 – Quantidade total de dissertações por descritores	14
Quadro 4 – Quantidade de dissertações por descritores utilizados nesse estudo	15
Quadro 5 – Declarações do presidente Jair Messias Bolsonaro	29
Quadro 6 – Perfil das participantes da pesquisa	42

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
1.1 Problema.....	9
1.2 Objetivos.....	9
1.2.1. Objetivo Geral.....	9
1.2.2. Objetivos Específicos.....	9
1.3. Delimitação do Estudo.....	9
1.4. Relevância do Estudo / Justificativa.....	11
1.5. Organização do Projeto.....	12
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	13
2.1. Panorama das pesquisas sobre o tema	13
2.2. Referencial teórico.....	15
2.2.1. O processo histórico de constituição da subjetividade.....	15
2.2.2. O processo de constituição dos sentidos e significados.....	18
2.2.3. O Advento da pandemia no mundo.....	20
2.2.4. Os efeitos da pandemia para as profissionais de saúde.....	31
2.2.5. Os efeitos da pandemia no mercado de trabalho.....	33
2.2.6. As especialidades de saúde e o enfrentamento a pandemia.....	34
3 METODOLOGIA.....	37
3.1. Delineamento da pesquisa.....	37
3.2. Tipo de Pesquisa.....	37
3.3. Participantes	39
3.4. Instrumentos de pesquisa.....	39
3.5. Procedimentos para Coleta de Dados.....	39
3.6. Procedimentos para Análise de Dados.....	40
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES DOS DADOS.....	42
4.1. Das entrevistas aos núcleos de significações.....	42
4.2. Núcleo 1: A formação do profissional de saúde: um caminho para o cuidado	44
4.3. Núcleo 2: O combate ao vírus da COVID-19 e as implicações para a saúde	
das profissionais.....	50
4.4. Núcleo 3: A Guerra invisível: Desafios do enfrentamento a pandemia	
COVID-19.....	55
4.5. Núcleo 4: A pandemia da humanização: a atuação das profissionais no	
combate ao COVID-19.....	62
4.6. Núcleo 5: O que aprendemos com a pandemia?.....	66
4.7. Análise internúcleos.....	70
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	72
REFERÊNCIAS.....	76
APÊNDICE A – Parecer Consubstanciado do CEP.....	85
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	88
APÊNDICE C – Roteiro para Entrevista.....	91
APÊNDICE D – Núcleos de significações.....	92

1 INTRODUÇÃO

Como surge uma nova doença? Como combater uma enfermidade de rápida propagação em diferentes continentes? O que é uma pandemia? Quais os efeitos de uma pandemia para a vida dos sujeitos? Uma pandemia tem fim? Esses questionamentos tiveram origem a partir da identificação de um novo tipo de coronavírus chamado COVID-19, em que “CO” vem da palavra corona, “VI” de vírus, “D” de *disease* (que em português significa doença) e 19 de 2019, pois é o ano de origem da nova variação do vírus corona. A partir de então todos os países enfrentaram um colapso nos sistemas de saúde modificando também as relações sociais, políticas, econômicas, entre outras, com finalidade de evitar a propagação do vírus e proteger a população.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), pandemia é a disseminação mundial de uma nova doença e o termo passa a ser usado quando uma epidemia, surto que afeta uma região, se espalha por diferentes continentes com transmissão sustentada de pessoa para pessoa. Além disso, caracterizam-se por estabelecer um contexto de crise e mudanças de comportamento. No caso da COVID-19, a rápida disseminação de informações pela mídia daquilo que é comprovado cientificamente ou não, informações místicas e religiosas, polarizaram o comportamento coletivo, de maneira geral, gerando dúvidas, como por exemplo, o que é correto fazer para não se contaminar? O isolamento social indicado para evitar o contágio foi denominado de quarentena, a falta de equipamentos de proteção como máscaras e álcool para higiene de mãos tanto para a população como para as profissionais de saúde foram considerados elementos essenciais para impedir a transmissão do vírus.

O contexto de atuação das profissionais de saúde no combate ao vírus foi denominado de “linha de frente” pela mídia mundial, contexto esse que revelou uma grande crise, a falta de equipamentos de proteção como aventais impermeáveis, equipamentos mecânicos como monitores cardíacos (equipamento que sinaliza a quantidade de batimentos cardíacos dos pacientes), oxímetro (equipamento que mensurava o nível de oxigênio no sangue dos pacientes), ventiladores mecânicos (equipamentos utilizados nos procedimentos de intubação para auxiliar na respiração do paciente em unidades de terapia intensiva), assim como, a falta de medicamentos, oxigênio, recursos humanos, infraestrutura e recursos para combate ao vírus.

Conforme o contágio avançava no mundo, o número de casos e mortes pelo vírus da COVID-19 aumentava em diferentes continentes, chamando a atenção para característica de alta transmissão e letalidade do vírus trazendo à tona a discussão sobre: quem são as

profissionais que prestam assistência aos pacientes infectados pelo vírus da COVID-19? Esses profissionais tiveram formação específica para atuação em contextos pandêmicos? Como é a vida cotidiana desses profissionais? Esse momento apontou para jornadas extensas de trabalho, sentimentos de medo e incertezas sobre o futuro, desafios na atuação profissional, falta de reconhecimento da categoria, negacionismo científico da população contestando a veracidade da existência do vírus, entre outros fatores de destaque. No caso brasileiro, a população sofreu além da crise econômica que já se anunciava antes da pandemia com o desemprego, o Presidente considerou a pandemia como uma “gripezinha” minimizando os impactos da doença.

Dito isso, a partir da minha experiência profissional como psicóloga responsável pelo setor hospitalar de enfrentamento a pandemia da COVID-19 percebi a necessidade de conhecer mais a fundo as experiências desses profissionais da “linha de frente” que estavam em uma posição de destaque no ambiente hospitalar e na mídia mundial. De modo que se possa compreender o que foi vivido por profissionais de saúde durante a pandemia esta pesquisa propõe conhecer as significações constituídas por esses sujeitos que atuaram na “linha de frente”.

Para que alcancemos as significações precisamos compreender os sentidos e os significados atribuídos por tais profissionais sobre o que se vivenciou na pandemia. De acordo com Aguiar e Ozella (2013), os sentidos referem-se a forças que mobilizam o sujeito os eventos psicológicos que o sujeito produz diante a uma realidade. Já os significados afirmam que são produções históricas e sociais que permitem ao sujeito socializar suas experiências. Isto é, sentidos e significados são resultados das práticas sociais nos diferentes contextos em que estão inseridos, nas relações com os pares com os quais convivem, bem como crenças e/ou valores, relativas ao meio social e cultural que estão vinculados/as.

Portanto, essas significações começam, sobretudo, a partir da vivência desta pesquisadora que lhe escreve trazendo breves apontamentos anteriormente destacados. Vivenciar aquele momento histórico foi extenuante, tanto fisicamente, como psicologicamente. Na prática, o papel de destaque, a responsabilidade sobre cada vida, gerou um turbilhão de emoções, intenso a cada momento, a cada paciente, a cada procedimento e a cada história de vida que ali se passava. Durante muitas vezes, houve a ânsia de desistir, o medo de contaminar e de perder familiares e amigos. Mas, destaco tamanha preocupação em humanizar cada etapa do cuidado, por mais difícil e desafiador que fosse além do crescimento pessoal e profissional. Resta somente agora questionarmo-nos sobre o que aprendemos com a COVID-19.

1.1 Problema

A realidade das profissionais de saúde que atuam diretamente no enfrentamento do novo coronavírus, despertou interesse de investigação devido aos aspectos referentes à subjetividade constituída nesse contexto de crise, uma vez que, cada sujeito produz sentido a partir das próprias experiências.

Portanto, entender as experiências desses profissionais como sujeitos sociais, históricos e culturais apontará que as emergências sanitárias são, ao mesmo tempo, fenômenos biológicos e sociais, com efeitos físicos e psicológicos. Sendo assim, a pesquisa propõe-se a responder a seguinte pergunta: Quais os sentidos e os significados constituídos por profissionais de saúde sobre a pandemia do novo coronavírus (COVID-19)?

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo Geral

Analisar as significações sobre a pandemia COVID-19 constituídas por profissionais de saúde que atuaram diretamente no enfrentamento novo coronavírus.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Conhecer as características da formação das profissionais de saúde participantes e as experiências com atendimentos hospitalares;
- Identificar os desafios percebidos pelas profissionais de saúde em sua atuação junto a pessoas infectadas pelo vírus da COVID-19;
- Elencar os efeitos da pandemia sobre a saúde física e mental das profissionais de saúde.

1.3 Delimitação do Estudo

No final do ano 2019, um novo surto de pneumonia se espalhou na população mundial, causado por um vírus denominado de SARS-CoV-2, cujo quadro clínico varia de infecções assintomáticas a quadros respiratórios graves. O vírus foi originado na China, o que obrigou os diferentes países a se mobilizarem para enfrentar as consequências da contaminação na saúde e na economia. A quarentena, forma principal de contenção da velocidade da contaminação pela COVID-19 e da letalidade, adotada em várias regiões do mundo, promoveu o isolamento e o confinamento de muitas pessoas e a mobilização de um contingente significativo de profissionais da saúde para o enfrentamento da situação da crise

(Zwielewski et al., 2020). No dia 11 de março de 2020, a OMS declarou o surto causado pelo novo coronavírus como uma pandemia. No Brasil, o primeiro caso foi notificado no dia 26 de fevereiro de 2020 (Barroso, 2020).

A localidade que esse estudo foi baseado é a cidade de São José dos Campos, com estimativa de 721.941 habitantes, de acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Censo 2010, é considerada uma cidade de grande porte. O Produto Interno Bruto (PIB) per capita é de R\$56.638,69. Já o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) em 2011 foi de 0,807 em comparativo ao Índice de Desenvolvimento Humano Estadual (IDHE) foi de 0,783, já o Índice de Desenvolvimento Humano Nacional (IDHN) o Brasil no mesmo ano alcançou 0,718, esses dados apontam que São José dos Campos está acima da média estadual e nacional ocupando uma das dez posições entre os melhores índices de desenvolvimento do país (Brasil, 2011). Localizada na Região Metropolitana e o Litoral Norte, São José dos Campos, contém importantes empresas de ensino e pesquisa como o Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais (INPE), o Departamento de Ciência e Tecnologia Aeroespacial (DCTA), o Instituto Tecnológico de Aeronáutica (ITA), o Instituto de Pesquisa & Desenvolvimento (IP&D) e o Instituto de Estudos Avançados (IEAv). Foi apontado como um dos municípios mais desenvolvidos do Vale do Paraíba Paulista, com grande desenvolvimento nas áreas de indústria e tecnologia.

São José dos Campos conta também com cerca de oito hospitais privados, quatro hospitais conveniados com a prefeitura, um centro de referência para queimados, um centro de referência para doenças infecciosas e três hospitais públicos, sendo um deles exclusivamente para atendimento infanto-juvenil. O maior hospital público da cidade, foi inaugurado em 1978, conta com trezentos e sessenta e dois leitos sendo considerado hospital de referência em urgência e emergência no Vale do Paraíba Paulista, atendendo em média mil pessoas por dia e aproximadamente vinte mil pessoas por mês. Os hospitais privados contam com uma média de mil trabalhadores, por outro lado, em comparação com o hospital público que chega ao dobro do número de funcionários, contabilizando aproximadamente dois mil funcionários, sendo que 25% são médicos.

Vale destacar que, o número de profissionais que atuaram no enfrentamento a COVID-19 foi de 65% a 70% do total de trabalhadores. A cidade conta também com as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Pronto Atendimento (UPA) referenciadas por zonas de abrangência, entre norte, sul, leste e oeste. Estima-se que a cidade tenha no mínimo quinze mil profissionais de saúde (São José dos Campos, 2022).

Desde o início da pandemia em março de 2020 a secretaria de saúde da cidade disponibilizou boletins epidemiológicos, que demonstravam dados tanto de hospitais públicos como de hospitais privados, a cidade possuía uma taxa de ocupação de leitos exclusivos de UTI para o tratamento da COVID-19 de 75,1%, com 82.604 casos confirmados de coronavírus, sendo 1.783 óbitos em 2021. No ano seguinte devido à oferta de vacinas para a população, a taxa de ocupação de leitos exclusivos de UTI caiu para 26.9% registrando 92.596 casos, totalizando em 2022 1.939 óbitos. Em 2023, confirmou-se 179.751 casos e 2.328 óbitos (São José dos Campos, 2023).

1.4 Relevância do Estudo / Justificativa

A pesquisa sobre a constituição dos significados vividos pelas profissionais de saúde diante da pandemia da COVID-19 foi escolhida primeiramente por se constituir como uma das maiores crises de saúde pública desde a pandemia da H1N1 conhecida como gripe suína, assim como o surto de Ebola em 2013. Além de ser configurada como uma crise epidemiológica em escala mundial sabe-se também que é uma grave crise do ponto de vista social, político e econômico.

O contexto pandêmico acentuou precariedades nos sistemas de saúde devidos falta de infraestrutura nas instituições hospitalares, falta de suprimentos e equipamentos, falta de recursos humanos, jornadas extensas de trabalho para profissionais de saúde, assim como, o isolamento social usado como uma maneira de conter a disseminação do vírus fechou empresas aumentando as taxas de desemprego, fechamento de escolas prejudicando o acesso ao ensino e desenvolvimento de inúmeros alunos. Do ponto de vista político, acompanharam-se países com medidas restritivas de prevenção enquanto outros minimizavam a doença, com comportamentos de negacionistas científico, como foi o caso do Brasil.

Diante deste cenário, a presente pesquisa foi pensada em analisar a experiência das profissionais de saúde no trabalho de enfrentamento ao vírus da COVID-19 com a finalidade de refletir sobre contextos de crise, além de reconhecer a categoria profissional, suas necessidades de atuação e particularidades de trabalho. Cabe destacar também que, uma das contribuições derivadas da pesquisa é fornecer subsídios para o cuidado com a saúde física e mental das profissionais.

De acordo com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), em 2021, dezessete estados brasileiros e o distrito federal tiveram cerca de 80% ou mais na taxa de ocupação de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) nas instituições hospitalares, este número indica alta gravidade da doença, o impacto na atuação das profissionais de saúde que prestam assistência

ao paciente e na vida dos brasileiros. Vale destacar que, o Brasil até abril de 2023 registrou cerca de 37 milhões de casos confirmados da doença e mais de 700 mil mortos em decorrência da COVID-19.

1.5 Organização do estudo

Para estudar as significações das profissionais de saúde sobre a pandemia da COVID-19, essa pesquisa foi organizada em cinco seções. A primeira seção apresentou a introdução da temática, que explicou o problema de pesquisa, os objetivos, a delimitação do estudo e a relevância científica e social para o desenvolvimento da pesquisa.

A segunda seção contou com o panorama das pesquisas sobre a pandemia da COVID-19 dispostos em quadros com os números de artigos e dissertações encontrados e utilizados para a construção da pesquisa. Além disso, a seção contou com seis subseções, sendo elas: (1) o processo histórico de constituição da subjetividade; (2) o processo de constituição dos sentidos e significados; (3) o advento da pandemia no mundo; (4) os efeitos da pandemia para as profissionais de saúde; (5) os efeitos da pandemia no mercado de trabalho e (6) as especialidades e o enfrentamento a pandemia da COVID-19.

Por sua vez, a terceira seção tratou da metodologia adotada pela pesquisa. Foram relatadas particularidades do tipo de pesquisa, perfil das participantes, instrumento de pesquisa utilizado, procedimentos para coleta e análise dos dados.

A quarta seção abordou os resultados, a análise dos núcleos de significações, sendo eles: (1) a formação do profissional de saúde: um caminho para o cuidado; (2) O combate ao vírus da COVID-19 e as implicações para a saúde das profissionais; (3) a guerra invisível: desafios do enfrentamento a pandemia COVID-19; (4) A pandemia da humanização: a atuação das profissionais no combate ao COVID-19; (5) o que aprendemos com a pandemia? e a análise internúcleos.

Por fim, a quinta seção versa sobre as considerações finais sobre o estudo realizado. Seguem também as referências que consistem no aporte teórico da pesquisa e documentos dispostos em apêndices.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1. Panorama das pesquisas sobre a temática estudada

Para ter acesso aos dados, realizou-se mapeamento sobre o tema que teve como objetivo identificar as produções acadêmicas possibilitando a pesquisadora compreender a construção dos saberes sobre a temática. Para esta pesquisa as bases de dados que foram utilizadas são: banco de teses e dissertações da Universidade de São Paulo (USP), Biblioteca Virtual em Saúde – BVS, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e *Scientific Electronic Library Online* (Scielo).

Os descritores utilizados para localização de trabalhos sobre o tema foram: “COVID-19 e Pandemia”, “Sentidos e Significados e COVID-19” e “Sentidos e Significados e Profissionais de Saúde” “Sentidos e Significados, Profissionais de Saúde e COVID-19”, sem delimitação de ano. Cabe salientar que devido ao aparecimento do novo coronavírus ser datado em dezembro de 2019 na China, as pesquisas encontradas são datadas a partir de 2020.

Os resultados encontrados inicialmente foram refinados, pela identificação dos descritores que possuíam nos títulos e/ou nos resumos os temas de interesse desse estudo. Na busca com o descritor “COVID-19 e Pandemia”, selecionaram-se trabalhos que revelavam conteúdo de interesse da pesquisadora, além do contexto histórico de pandemias no mundo. Após o refinamento para o descritor “Sentidos e Significados e COVID-19”, foram selecionadas produções que se referiam as percepções acerca da doença. Considerando o descritor “Sentidos e Significados e Profissionais de Saúde”, observaram-se produções com enfoque nas significações construídas pelas profissionais de saúde sobre o contexto hospitalar, de modo geral, não ficando estrita a temática da COVID-19. Os descritores “Sentidos e Significados, Profissionais de Saúde e COVID-19” procuraram-se as produções que se referiam as significações construídas pelas profissionais de saúde sobre o COVID-19, conforme quadro 1.

Quadro 1 – Quantidade total de artigos por descritores

Descritor	Quantidade de produções
COVID-19 e Pandemia	3.723
Sentidos e Significados e COVID-19	106
Sentidos e Significados e Profissionais de Saúde	5.082
Sentidos e Significados, Profissionais de Saúde e COVID-19	15

Fonte: Elaborada pela autora

No quadro 1, é possível observar que temática abordada nessa pesquisa, sobre a COVID-19 é de grande interesse dos pesquisadores. Por outro lado, de modo geral, a COVID-19 tem sido alvo de pesquisadores por se tratar de um tema ascendente na sociedade. Diante da temática abordada nesse estudo, o número de artigos ainda é considerado baixo, que aponta para a importância de entrevistas com as profissionais de saúde para compreender as experiências do enfrentamento ao vírus. Por fim, cabe ressaltar que de todos os artigos encontrados apenas os artigos que constam no quadro 2 foram utilizados para esse estudo, reunidos e selecionados de acordo com combinações dos descritores e semelhança com a temática.

Quadro 2 – Quantidade de artigos por descritores utilizados nesse estudo

Descritor	Quantidade de produções
COVID-19 e Pandemia	397
Sentidos e Significados e COVID-19	99
Sentidos e Significados, Profissionais de Saúde e COVID-19	15

Fonte: Elaborada pela autora

Após a leitura e a combinação dos descritores, foram utilizados para compor essa pesquisa artigos que corroboram para explicar os seguintes aspectos da pandemia: histórico da pandemia no mundo e no Brasil, assim como, artigos sobre a política de enfrentamento a COVID-19 no Brasil, o impacto da pandemia para as profissionais de saúde, no mercado de trabalho e por fim, as especialidades que atuaram no enfrentamento ao vírus. Dentre os descritores aqui demonstrados foram utilizados aproximadamente 37 artigos.

Quadro 3 – Quantidade total de dissertações por descritores

Descritor	Quantidade de produções
COVID-19 e Pandemia	950
Sentidos e Significados e COVID-19	133
Sentidos e Significados, Profissionais de Saúde e COVID-19	8

Fonte: Elaborada pela autora

É possível observar no quadro 3 o total de dissertações encontradas nas bases de dados descritas no início deste tópico, além disso, por meio desses números é visível a tendência de crescimento na produção científica sobre a pandemia da COVID-19. Cabe ressaltar também que, não houve seleção de outras pesquisas devido a bases de dados distintas, sendo assim é

possível inferir que o número de dissertações seria maior. De todas as dissertações encontradas em consonância com o tema, apenas as descritas no quadro 4 foram utilizadas como base de escrita para essa pesquisa.

Quadro 4 – Quantidade de dissertações por descritores utilizados nesse estudo

Descritor	Quantidade de produções
COVID-19 e Pandemia	3
Sentidos e Significados e COVID-19	3
Sentidos e Significados, Profissionais de Saúde e COVID-19	3

Fonte: Elaborada pela autora

Nas dissertações que foram encontradas, apenas as descritas no quadro 4 abordam a temática de significações e pandemia que nortearam a construção deste estudo e as repercussões da COVID-19 na saúde das profissionais. Somente três dissertações foram abordadas para a construção deste estudo. De acordo com a Fonseca (2020), a humanidade nunca considerou que um vírus altamente destrutivo pudesse afetar a todos independente de características econômicas, sociais, políticas, entre outras. Especificamente, no contexto brasileiro que vivencia um momento político complexo, de desmonte da democracia, negação de direitos e da ciência, crise econômica, coloca em xeque os modos de constituição humana, as relações sociais. Esse cenário, de maneira silenciosa, produz psicossocialmente adoecimentos. Para as profissionais que atuaram diretamente no combate ao vírus às incertezas e angústias, exacerbadas pelo isolamento social, medo de contaminar familiares e medo da morte produziram ansiedades, depressão, estresse, cansaço, desesperança, isto é, sofrimento. Cabe salientar que em uma perspectiva ético-política o contexto pandêmico demonstra produzir outras maneiras de sociabilidade, mediadas pela virtualidade das relações, pelo medo do outro e pelo medo do futuro.

2.2. Referencial teórico

2.2.1. O Processo histórico de constituição da subjetividade

A perspectiva da psicologia sócio histórica constitui uma ruptura epistemológica, propondo uma nova concepção de ser humano. Fundamentada pelo materialismo histórico e dialético, contrapõe-se ao predomínio das concepções positivistas, propõe uma concepção

do humano enquanto sujeito¹ histórico e social. Caracteriza-se por olhar para questões sociais de forma crítica, para produzir um conhecimento comprometido com a transformação social (Gonçalves; Bock, 2018). Fundamentado, então, nos conceitos da psicologia sócio-histórica é necessário não a limitar somente em descrever o contexto histórico em que os sujeitos estão inseridos, mas, explicar também as ações, as atividades e as relações sociais, as leis que regem a sociedade em um determinado contexto histórico (Bock, 2015). Considerando a história como “um processo contraditório, produto da ação dos homens, em sociedade, para a construção da sua própria existência” (Gonçalves, 2015, p. 48).

Dessa forma, os fenômenos são compreendidos desde a sua constituição histórica, como representantes de interesses concretos, isso significa que, para interpretar esses fenômenos, é necessário uma busca pela sua totalidade para não conceber os fenômenos de maneira desarticulada, mas sim, como processos mediados. A subjetividade/objetividade não pode ser vistos dicotomicamente, mas sim como elementos que se constituem mutuamente. A mediação indica que nada é isolado, mas sim, tudo que existe está relacionado de maneira contraditória e dialética (Aguiar; Ozella, 2013). Tomando como base os trabalhos de Vygotsky, essa abordagem parte da noção de que a constituição do psiquismo não se origina no próprio sujeito, mas sim, dá-se em uma construção articulada com o social. Por meio da psicologia sócio histórica caracteriza-se a visão de humano enquanto produto e produtor da sociedade, que se constitui em relação dialética com o social e a história. Portanto, ao mesmo tempo em que expressa a historicidade social, também denota a sua singularidade (Aguiar; Ozella, 2013).

Com base nisso, o processo histórico de transformação do homem natural em ser social é um processo dialético, em constante movimento. Dessa forma, de acordo com os trabalhos de Lukács, o ser natural continua existindo no ser social. Lukács (1979) aponta que “não se pode considerar o ser social como independente do ser da natureza, como antíteses que se excluem”. Assumindo a característica de ser histórico, o homem sempre se transforma do mesmo modo que também transforma o mundo com o qual se relaciona.

Para compreender o processo dialético e a relação com as significações Lukács (1978) reflete sobre a relação entre o singular, particular e universal, afirmando que é “a aproximação dialética no conhecimento da singularidade não pode ocorrer separadamente

¹ Diante da possibilidade de utilizar diferentes termos para designar as profissionais participantes desta pesquisa, utilizaremos o termo sujeito pois, de acordo com o referencial teórico adotado por este estudo, a psicologia sócio-histórica assume a palavra sujeito como uma forma de nos auxiliar a compreender o processo de constituição da subjetividade. Por isso, adotamos a concepção epistemológica da psicologia sócio histórica.

das suas múltiplas relações com a particularidade e com a universalidade. Estas já estão contidas no sensível de cada singular, a realidade e a essência deste só podem ser compreendidas quando as mediações contidas na imediaticidade são postas à luz”. O pensamento de Lukács elucida que a singularidade é constituída através da mediação de outras instâncias, que são o particular e o universal, e não por algo isolado. Também o universal e o singular, embora sejam opostas formam uma unidade, de característica, dialética formada pela mediação do particular.

A relevância da particularidade para interpretar e analisar um fenômeno está presente quando explica às mediações que interferem na forma de ser da singularidade, ao passo que é por meio delas que a universalidade se concretiza, o sujeito permanece mediado pelas objetivações históricas com as quais se relaciona. Com isso, é válido ressaltar que a materialização do pensamento individual é mediada pelo pensamento social, por meio do conjunto de relações e práticas sociais de cada sujeito. Portanto, cabe complementar as contribuições de Lukács com Vygotsky (2004 p. 368), para ele podemos

Considerar que cada pessoa é parte do modelo da sociedade, da classe a que pertence, uma vez que reflete a totalidade das relações sociais. Sendo assim, a mediação é um mecanismo que carrega a materialidade e as contradições que a compõem, permitindo romper com as dicotomias interno-externo, objetivo-subjetivo, significado-sentido, afastando as percepções naturalizantes da realidade.

É fundamental, nesse processo levarmos em conta que a constituição do sujeito é historicamente determinada. Ao atuar em determinado contexto social, a ação é mediada por diferentes elementos (físicos, simbólicos, emocionais), especialmente a linguagem, o homem transforma tanto outros sujeitos, como a si próprio. Vygotsky (1991 p. 64) assinala que:

Um processo interpessoal é transformado num processo intrapessoal. Todas as funções no desenvolvimento do sujeito aparecem duas vezes: primeiro, no nível social, e, depois, no nível individual; primeiro, entre pessoas (interpsicológica), e, depois, no interior do sujeito (intrapicológica). Todas as funções superiores originam-se das relações sociais.

De acordo com González Rey (2004), o sujeito não internaliza simplesmente o que ocorre ao seu redor, isto é, a relação com o mundo não acontece de maneira imediata e direta, não obstante mediada por condições objetivas e subjetivas que os constituem dialeticamente no processo histórico. Dessa maneira, a dicotomia social/psíquica será resolvida, por Vygotsky, pela elaboração da categoria denominada de sentido.

O processo de constituição de sentidos não depende somente de uma experiência imediatamente vivida pelo sujeito, por outro lado, depende da história particular do sujeito, do contexto atual que marca os fatos vividos e dos recursos subjetivos que o constituem (afetos, motivações, necessidades, entre outros). Portanto, pode-se observar que os sentidos se constituem desde a articulação dialética de características de sentido que irão surgir no percurso das experiências historicamente vividas nas relações sociais.

Marx (1978, p.130), aponta que a compreensão do sujeito seria descrita como uma síntese de diversas determinações sociais e não como um reflexo da realidade, por outro lado, para Vygotsky (1991, p.63) todo o processo de desenvolvimento psicológico acontece “não em círculo, mas em espiral, passando por um mesmo ponto a cada nova revolução, enquanto avança para um nível superior”. Sem abandonar a importância dos aspectos biológicos, o autor demonstra que os processos psicológicos são produções históricas que acontecem diante de elementos particulares da sociedade. Para Clot (2006) “o social não é simplesmente o encontro de pessoas; o social está em nós, no corpo, no pensamento”. Por essas percepções, a ação e a constituição da subjetividade são processos e produtos indissociáveis para os sujeitos.

2.2.2. O processo de constituição dos sentidos e significados

Para refletir sobre o processo de constituição dos sentidos e significados, este estudo irá recorrer-se a perspectiva da psicologia sócio-histórica. De acordo com Marx (1978, p.538) “a essência humana não é uma abstração intrínseca ao indivíduo isolado. Em sua realidade, ela é o conjunto das relações sociais”. Sendo constituída neste conjunto de relações a essência humana, não é vislumbrada nas características aparentes e imediatas do sujeito. A essência do homem, para Marx, é o trabalho. Essa concepção possibilita refletir a subjetividade não como algo inerente ao homem, mas como um aspecto de suas condições materiais e históricas.

Na psicologia sócio-histórica, a categoria história auxilia a romper com a concepção de que o homem é um ser estático ou que seu desenvolvimento é pautado por uma sequência linear de elementos sobrepostos. Para Vygotsky, a história atravessa a discussão acerca do processo de constituição do homem com a finalidade de demonstrar os fundamentos da psicologia, articulando o materialismo histórico e dialético, é considerada uma das categorias fundamentais da psicologia sócio-histórica. Por meio dessa concepção

que podemos compreender que o homem não é somente um ser natural ou social, mas um ser produzido/materializado pela própria história mediado pelas relações sociais.

Para Aguiar (2001, p.104), a linguagem é um “instrumento fundamental no processo de mediação das relações sociais, no qual o homem se individualiza, se humaniza, apreende e materializa o mundo das significações que é construído no processo histórico e social”.

Portanto, o sujeito transforma o mundo partindo de suas motivações e necessidades que também são históricas e culturais, ao mesmo tempo em que também é transformado, vale lembrar que o estudo da constituição de sentidos e significados tem um papel central na psicologia sócio histórica com o objetivo de compreender o processo histórico de constituição da subjetividade partindo da articulação de diversos aspectos de sentidos que descrevem o sujeito e o espaço social no qual vive.

Para discutir os conceitos de sentido e significado, é válido recorrer a Aguiar (2001, p.105), que aponta “o significado como sendo uma construção social, de origem convencional, supostamente estável. [...] O sentido se constitui [...] desde o confronto entre as significações sociais e a experiência pessoal”. Para Aguiar (2006), não obstante os significados se refiram a conteúdos compartilhados e determinados de maneira que possibilitam a comunicação entre as pessoas, “os significados também se transformam no movimento histórico, entendido como um processo”.

Os significados são considerados por Vygotsky (2001, p.398), como “um fenômeno de discurso e intelectual”, isto é, de discurso porque se externaliza por meio da palavra direcionada a outro sujeito e intelectual porque é direcionado pelo pensamento. O autor afirma que o significado é uma zona uniforme e estável. Sendo assim, explica que “palavra desprovida de significado não é palavra, é somente um som vazio”. Portanto, o significado é “a própria palavra vislumbrada no seu aspecto interior”.

Os autores Aguiar e Ozella (2006) consideram que “os significados constituem o ponto de partida, pois contém mais do que aparentam e que por meio de interpretação e análise, pode-se caminhar para as zonas fluidas e instáveis, isto é, zonas de sentido”. Refletindo sobre as zonas de sentido, direciona-se a atenção para a individualidade que historicamente se materializa partindo do compartilhamento social de diversos aspectos de sentido, como por exemplo, valores morais, atitudes, entre outros.

É por isso que González Rey (2003, p.205) afirma que “a subjetividade é construída em espaços sociais constituídos historicamente”. Por se configurar como perspectiva histórica e dialética, González Rey (2004, p.55) explica que, “o sentido é guiado por aquilo que o sujeito sente e que o leva a buscar conhecer a produção social”. O autor completa a

explicação sobre sentido afirmando que “o sentido como dimensão subjetiva implica sempre em sentidos anteriores que se integrarão à produção subjetiva do sujeito” (González Rey, 2005). Sendo assim, o sentido é uma questão central para compreender a subjetividade, os sentidos são a unidade constitutiva da subjetividade, cabe ressaltar que não se deve desconsiderar a relevância dos significados nesse processo, pelo contrário, os significados complementam a compreensão referindo a unidade de pensamento e linguagem, constituídos pelo sujeito e vice-versa. De acordo com González Rey (2004, p. 53):

O sentido favorece uma representação da subjetividade que permite entender a psique não como uma resposta, nem como um reflexo do objetivo, e sim como uma produção de um sujeito que se organiza unicamente em suas condições de vida social, mas que não é um efeito linear de nenhuma dessas condições. Os processos de produção de sentido expressam a capacidade da psique para produzir expressões singulares em situações aparentemente semelhantes. Digo aparentemente porque nenhuma situação é semelhante a qualquer outra.

Bock, Furtado e Teixeira (1999, p.190), ressaltam que “as expressões do sujeito não podem ser compreendidas, se não considerar os aspectos históricos e culturais que as acompanham”. Já para Aguiar e Ozella (2006, p.231) “a análise do pensamento pressupõe obrigatoriamente a revelação das necessidades e motivos que orientam o seu movimento do sujeito em apreender sentido”. Esse processo de significação da realidade é definido como um movimento que configura necessidades em motivos, o sujeito deixa de estar somente imerso na realidade e passa a agir sobre ela com intenção de satisfazer suas necessidades.

2.2.3. O advento da pandemia no mundo

A pandemia não é fruto do acaso de acordo com Marques (2020), a pandemia é uma consequência prevista, de um sistema socioeconômico crescentemente disfuncional e destrutivo. Vale lembrar que, os vírus são organismos incapazes de se autorreproduzir, pois precisam de outro organismo para isso, assim acontece com o capitalismo, não se reproduz ou sobrevive sem explorar outras vidas. Cabe destacar que o sistema capitalista enfrenta, desde a década de 1970, uma profunda crise estrutural e sistêmica, oriunda da sua própria lógica de funcionamento, baseada na dinâmica incessante de acumulação do capital em expansão, na exploração do trabalho e na devastação da natureza (Harvey, 2020). O autor aponta que política neoliberal, como estratégia de lidar com essa crise estrutural, no sentido de garantir a sobrevivência do capitalismo, por meio da manutenção das taxas de lucro, acima de tudo e de

todos, gerou um aprofundamento das desigualdades, violações dos direitos sociais e destruição da natureza.

Portanto, pode-se afirmar que o capitalismo, em sua versão neoliberal, criou um ambiente extremamente favorável à disseminação do vírus. A pandemia é a expressão máxima do acúmulo de contradições do modelo neoliberal. O Brasil não possui apenas uma crise econômica, mas um acúmulo de crises, como crises ambientais, sociais, política, alimentar e de saúde pública (Harvey, 2020). Por isso, o surgimento de um novo vírus está diretamente ligado a essa exploração, às condições ambientais que pela intervenção humana, crescimento exponencial das poluições do ar, da água, destruição da camada de ozônio, desaparecimento da biodiversidade; destruição das florestas tropicais, contaminação por resíduos tóxicos, ameaça de novos acidentes nucleares, contaminação alimentar pelo uso de agrotóxicos; manipulações genéticas e entre outros fatores (Marques, 2020).

Os ambientes naturais abrigam uma grande diversidade de espécies que interagem harmonicamente entre si. No entanto, quando o ambiente é perturbado, essas interações são desfeitas, e as espécies modificam seus hábitos em resposta a essa perturbação como forma de adaptação à nova realidade. Essa mudança na estrutura das comunidades animais facilita a transmissão de patógenos entre eles e deles os humanos. Portanto, as pandemias mundialmente conhecidas pelas comunidades médico-científicas como desastres biológicos se disseminam pelo intercâmbio de mercadorias, indivíduos, de animais e de patógenos (Abrão, 2020).

No início do século XX, durante a primeira guerra mundial, surge o vírus Influenza A do subtipo H1N1, conhecido pela pandemia denominada Gripe Espanhola (1918-1920). Transmissível pelo ar e pelo contato com pessoas enfermas causavam severos problemas respiratórios. O vírus não teve origem na Espanha, mas naquele momento de guerra a Espanha não estava envolvida no conflito e possuindo uma imprensa mais livre conseguiu noticiar o que acontecia na guerra e para além da guerra. A verdadeira origem do vírus, no entanto, teria sido nos Estados Unidos da América (EUA), devido aos soldados infectados levaram o vírus em seus corpos para a Europa. Os países envolvidos na guerra recusavam-se a divulgar a gravidade da doença e isso contribuiu para agravar o contágio. A disseminação do vírus aumentava à medida que o estilo de vida das sociedades se transformava, os habitat nas cidades se tornavam mais atrativo para conseguir melhores empregos, validando a lógica do sistema capitalista. Essas mudanças aconteceram de forma intensa, acelerada e sem controle, o que deixou os ambientes urbanos fétidos devido a ausência de infraestrutura básica para atender a nova demanda. No contexto da guerra, o deslocamento de tropas em condições

precárias de sobrevivência, facilitava a disseminação do vírus e tornava-os além de vítimas potenciais, vetores de transmissão da doença (Marques, 2016).

A gripe se alastrou pelo mundo em três ondas sendo que duas tiveram origem em diferentes períodos em 1918, e uma em janeiro de 1919. Considerando os três surtos estima-se que o número de mortos atingiu, aproximadamente, 50 milhões, até 1920. No Brasil estima-se que mais de 35 mil brasileiros foram vítimas do vírus. As questões socioeconômicas das nações afetadas pela gripe espanhola foram alteradas, isto é, queda na expectativa de vida, procura por melhores condições de vida e saúde tornaram-se difíceis de serem acessadas, devido à extrema pobreza causada pelas guerras e crises econômicas (FIOCRUZ, 2020).

Já em março de 2009, autoridades sanitárias mexicanas identificaram que o mesmo vírus influenza A - H1N1 surge com uma nova variação, isto é, o mesmo vírus responsável pela pandemia de gripe espanhola, sendo denominada de gripe suína por conter células típicas de suínos. A gripe suína chegou ao Brasil em maio de 2009, concentrando-se a princípio nas regiões Sul e Sudeste, mas logo se espalhou pelo país. As primeiras vacinas começaram a ser desenvolvidas no segundo semestre de 2009. Nesse mesmo ano, o então presidente Lula liberou 2,1 bilhões de reais para aquisição de vacinas, insumos, material de diagnóstico, equipamentos de hospitalização e ampliação dos leitos de UTI, além de determinar a ampliação dos turnos nas unidades de saúde. Além disso, para garantir o acesso do país aos imunizantes, o governo Lula fechou parcerias com três laboratórios, sendo eles Glaxo Smith Kline, SANOFI Pasteur e Novartis. Ao todo, o governo federal adquiriu cerca de 83 milhões de doses da vacina contra a gripe suína. Em fevereiro de 2010, o ministro da saúde, José Gomes Temporão, divulgou a Estratégia Nacional de Vacinação Contra a Gripe H1N1, com a definição do calendário, dos grupos prioritários e das etapas (FIOCRUZ, 2021).

O surto de gripe suína apontou consequências para as profissionais de saúde, como sobrecarga de trabalho, impacto psicológico, entre outros. Acredita-se que tenha causado aproximadamente 575.400 mortos no mundo, porém a pandemia foi considerada menos grave do que o previsto. A vacina teve origem poucos meses após o primeiro caso notificado, dessa forma impediu o aumento de casos, evitando sua propagação (Justo-Henriques, 2020). Em dezembro de 2019, 10 anos após o surto do vírus H1N1 identificado como gripe suína, surge na cidade de Wuhan, na China, o novo vírus denominado coronavírus, da família do vírus SARS apontado como SARSCOV-2 denominado de COVID é a união de letras que fazem referência a (co)rona (vi)rus (*d*)isease (*disease* em português significa doença) na tradução literal da língua portuguesa seria "doença do coronavírus". Por outro lado, o número 19 está ligado ao ano de 2019, quando os primeiros casos foram publicamente divulgados. Os

primeiros casos de COVID-19 foram identificados em pessoas do mercado de peixes em Wuhan, um grupo de pessoas com o quadro de pneumonia desconhecida (Zhou et al., 2020).

O vírus se espalhou rapidamente pelo mundo, com impactos na saúde pública e na economia. A quarentena, considerada como uma forma de isolamento social do indivíduo infectado e/ou daqueles indivíduos que tiveram contato com o vírus, foi a maneira encontrada para conter a contaminação pela COVID-19 que, além disso, promoveu uma grande mobilização de profissionais da saúde para o enfrentamento do vírus. Devido ao avanço do COVID-19, a OMS reconheceu a sua transmissão como uma pandemia que foi declarada no dia 11 de março de 2020 (Zwielewski et al., 2020). Cabe destacar que, para uma epidemia ser declarada como pandemia a OMS segue fases de alerta e mapeamento do novo vírus, como apontado pelo quadro a seguir.

Figura 1 – Fases de alerta da OMS para pandemias

Infecções predominantemente em animais: poucas infecções humanas			Infecção humana em larga escala		
Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4	Fase 5	Fase 6
Não há registros de nenhum vírus de gripe.	Sabe-se que um vírus de gripe causou infecção em humanos e, portanto, é uma ameaça pandêmica potencial	Vírus de gripe causa casos esporádicos ou grupo de casos	Transmissões entre humanos de um vírus de gripe capaz de provocar surtos em comunidades.	O mesmo vírus causa surtos significativos em comunidades em dois países.	Estágio pandêmico avançado. O vírus causa surtos significativos em comunidades em mais de dois países.
Pós-Auge – possibilidade de repetição de eventos Níveis pandêmicos caindo abaixo dos registrados no auge, mas países precisam estar preparados para uma nova onda de casos.					
Pós-Pandemia – registro de doenças em níveis sazonais					

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Desse modo pode-se entender que pandemia são todas as formas de doenças infectocontagiosas que se propagam mundialmente e não somente em determinada localidade.

Na atualidade, as pandemias podem ocorrer mais facilmente, devido à facilidade de as pessoas movimentarem-se de um lugar a outro, podendo propagar a disseminação de doenças (Mendes, 2018). O novo coronavírus é potencialmente letal e apresenta-se como o maior problema mundial de saúde pública dos últimos 100 anos, comparado apenas com a gripe espanhola que entre 1918 e 1920 levou a óbito aproximadamente 50 milhões de pessoas (Medeiros, 2020). No início da doença causada pelo COVID-19 não existe diferença quanto aos sintomas de demais vírus e infecções respiratórias. A doença pode ficar incubada até 14 dias após o contato com o vírus. Segundo a OMS, podem-se usar diferentes protocolos para diagnosticar o COVID-19, sendo um deles por meio do exame de Reação em *Cadeia de Polimerase via Transcriptase Reversa* (RT-PCR) (Zhou et al., 2020).

Nas cidades de Wuhan e Hubei, na China, os pacientes com COVID-19 foram isolados e a China então criou dois novos hospitais para atender a população infectada, sendo que o restante da população chinesa que teve contato com o vírus foi colocado em quarentena em suas residências (Wu et al., 2020). Os primeiros casos de COVID-19 notificados fora da China foram na Itália, um casal de turistas chineses, que no dia 30 de janeiro tiveram a confirmação da doença no Instituto Spallanzani, em Roma. O primeiro caso de transmissão secundária aconteceu na região da Lombardia, norte da Itália, no dia 18 de fevereiro de 2020. O número de diagnosticados por COVID-19 na Itália era de 323 e um mês depois, em 18 de março de 2020, já eram 35.713 (Ita, 2020).

Em março de 2020, o governo italiano emitiu uma série de decretos, proibindo aglomerações, suspendeu eventos esportivos, fechou serviços não essenciais, iniciando um isolamento de grande parte dos italianos. Dados do Instituto *Superiore di Sanità* italiano apontam que, no dia 16 de abril de 2020, o número total de pessoas que testaram positivo para COVID-19 na Itália era de 159.107, o número de óbitos relacionado à doença era de 19.996 e o número de pessoas curadas 40.164. Os italianos que faleceram 61,5% tinham três ou mais patologias, 20,7% tinham duas patologias preexistentes, 14,5% possuíam uma patologia e 3,3% nenhuma patologia. Diante dos primeiros casos, os hospitais se prepararam para receber os pacientes, as profissionais de saúde viram suas rotinas mudarem (Ita, 2020).

Com relação à contaminação das profissionais de saúde, na China, no dia 11 de fevereiro de 2020, 1.716 profissionais da saúde tinham sido infectados sendo que, 6 deles morreram. Já na Itália, até o dia 16 de abril de 2020, foram diagnosticados 16.991 casos em profissionais da saúde, representando 10,7% do total de casos. Vale ressaltar que, a formação das profissionais de saúde, seja na Itália ou no Brasil, não abordam disciplinas para momentos de crise. O COVID-19 apontou a importância do investimento na ciência, as condições de

trabalho das profissionais de saúde e a necessidade de rever hábitos de higiene (Riboli; Arthur; Mantovani, 2020).

No Brasil, o primeiro caso do novo coronavírus foi identificado no dia 26 de fevereiro de 2020, e o primeiro óbito no dia 17 de março de 2020. Um mês depois, o Brasil passou de 2.000 óbitos e já contava 33.682 casos positivos para a COVID-19. Em dia 14 de maio de 2020, esses dados cresceram registrando 202.918 casos, com 13.993 óbitos (Amazonas, 2020). No estado do Amazonas, a cidade de Manaus foi a cidade brasileira mais afetada pelo vírus, tornando-se uma das cidades mais graves do Brasil, devido às elevadas taxas de incidência e mortalidade pelo COVID-19 em maio de 2020, entrando em colapso também o sistema funerário. No final de dezembro de 2020, uma nova onda de casos trouxe o colapso do sistema municipal de saúde devido a falta de leitos de enfermagem, UTI e oxigênio (Barreto et. al, 2021).

Enquanto no período de abril a dezembro de 2020, foram notificadas 3.380 mortes por COVID-19 em Manaus, em janeiro de 2021, foram notificados 2.195 óbitos, evidenciando uma nova onda de COVID-19. Em 14 de janeiro 2021, dezenas de pacientes morreram asfixiados devido à falta de oxigênio na rede pública hospitalar de Manaus. O Ministério da Saúde e o governo do Amazonas acompanhavam o aumento do número de casos, mas não tomaram medidas eficazes. Os conflitos das medidas políticas e a baixa aderência às medidas não farmacológicas para controle da COVID-19 apontam o aumento de casos na cidade de Manaus. Tal fato pode ter contribuído para origem de novas variantes no Amazonas, devido a probabilidade de maior transmissão de novas mutações do vírus (Albuquerque et. al, 2021).

Segundo dados do Ministério da Saúde, em outubro de 2021, o Brasil somou 22 milhões de pessoas contaminadas, registrando mais de 600 mil mortes. A região sudeste do Brasil registra 9 milhões de pessoas contaminadas, sendo a região brasileira com o maior número de óbitos totalizando 281 mil (Brasil, 2020). Cabe salientar que no Brasil, em outubro de 2021, os estados mais afetados, novos casos e óbitos, respectivamente: São Paulo (54.286 casos/4.315 óbitos), Ceará (21.077 casos/1.413 óbitos), Rio de Janeiro (19.467 casos/2.247 óbitos), Amazonas (17.181 casos/1.235 óbitos), Pernambuco (15.588 casos/1.298 óbitos) e Pará (10.867 casos/1.063 óbitos), totalizam 68% dos casos confirmados e representam 83% dos óbitos do Brasil (Riboli; Arthur; Mantovani, 2020).

O desenvolvimento de vacinas seguras e eficazes pelos órgãos reguladores contra a COVID-19, de acordo com a FIOCRUZ, começou no ano de 2020, em parceria com o Reino Unido, aproximadamente 250 vacinas – sendo 182 em desenvolvimento pré-clínico, 73 em desenvolvimento clínico e 16 na última fase de testes – desse número de vacinas 8 foram

aprovadas no Brasil (Domingues, 2021). Os desafios da temática em torno da vacina não ficaram apenas no desenvolvimento e aprovação, mas também pela distribuição e o acesso equitativo entre os países. Os países ricos se anteciparam e fizeram acordos para a compra antes da comprovação de eficácia das vacinas. Até o dia 24 de fevereiro de 2021, mais de 190 milhões de doses foram aplicadas, sendo 75% em dez países. Os países ricos, equivalente a 16% da população mundial, compraram mais de 50% das doses disponíveis (Souza; Buss, 2021). O diretor-geral da OMS criticou a competição dos países por doses da vacina, referindo-se que essa situação seria um “*fracasso moral catastrófico*” e refletiu que novo coronavírus sendo altamente transmissível não respeita fronteiras, enquanto existirem casos no mundo pode surgir de novas variantes do vírus (Souza; Buss, 2021).

Para evitar a distribuição desigual da vacina, a maioria dos países tem organizado programas de vacinação em fases, conforme orientado pela OMS, que prioriza os grupos de profissionais de saúde e pessoas com risco de doença grave, como idosos, por exemplo (Souza; Buss, 2021). No Brasil através do Plano Nacional de Imunização (PNI), tem alcançado elevadas coberturas vacinais. O Brasil reúne as condições para um programa eficaz e equitativo de vacinação contra a COVID-19, no entanto, a dificuldade se encontrava em obter as doses de vacinas suficientes. Vale ressaltar que, a atuação da FIOCRUZ e do Instituto Butantã parceiros da AstraZeneca/Oxford University e do laboratório *Sinovac Biotech*, asseguraram o acesso às vacinas para os brasileiros (FIOCRUZ, 2021).

A primeira pessoa a se vacinar no Brasil foi Mônica Calazans, mulher negra e enfermeira da UTI do Instituto Emílio Ribas localizado na cidade de São Paulo, dessa forma o Brasil começou a vacinação dando prioridade para profissionais de saúde, idosos e povos indígenas. Até o dia 28 de fevereiro de 2021, 6,9 milhões de doses haviam sido administradas, esse número é equivalente a 5,5 milhões de pessoas com a primeira dose e 1,4 milhão com a segunda dose. No entanto, a vacinação não atingiu a expectativa que costumava imprimir a suas campanhas de vacinação do PNI. O governo brasileiro desde o início da pandemia, não tomou as medidas necessárias para o controle da doença, tampouco facilitou a execução da campanha de vacinação, atrasando a compra e a distribuição, dificuldades na contratação de empresas para produção de agulhas e seringas, entre outras complicações. (Souza; Buss, 2021).

O Ministério da Saúde apontava conhecer as recomendações de segurança orientadas pela OMS e as orientações originadas por pesquisas e estudos científicos, por outro lado o governo federal começou um movimento de se ausentar da linha de frente do combate ao vírus, dessa forma o ministro de saúde Luiz Henrique Mandetta optou pela parceria com os

estados para a construção de hospitais de campanha. Com relação aos recursos financeiros destinados a saúde, os movimentos sociais e parlamentares retomaram os debates sobre a Emenda Constitucional 95². Na pandemia, os recursos financeiros foram distribuídos garantindo a atenção de alta complexidade, por isso, o Brasil organizou durante a pandemia hospitais de campanha e comprou leitos de hospitais privados, investiu em ventiladores mecânicos e equipamentos para UTIs, pagou o auxílio emergencial, benefício criado em 2020 destinado aos brasileiros em situação de vulnerabilidade social devido à pandemia da COVID-19 pagando o montante de R\$600,00 reais, entre outras medidas. Diante desse cenário, no dia 16 de abril de 2020, dia em que o Brasil contabilizou 1.952 mortes em decorrência da COVID-19, o então presidente Bolsonaro demite o ministro da saúde Luiz Henrique Mandetta. O ministro deixou a pasta com a justificativa de que defendia pressupostos científicos, isolamento social e colocando em segundo plano a economia (Sodré, 2020).

O Presidente escolheu para a substituição de Luiz Henrique Mandetta, um médico e empresário, Nelson Teich. A chegada do novo ministro foi marcada por ações em conjunto com outros ministérios para o enfrentamento a pandemia. Com essas mudanças no Ministério da Saúde, o governo federal produziu falsas argumentações sobre a COVID-19 impactando a condução da política de saúde no combate à doença. Essa tensão apontou dois sentidos distintos no enfrentamento ao vírus, deixou em evidência que as medidas de contenção do vírus iriam prejudicar a economia, além disso, a utilização de um medicamento chamado de hidroxiquina que seria a cura para a doença, cabe salientar que não foi comprovada cientificamente a eficácia desta medicação. O presidente contrapunha as afirmações dos pesquisadores brasileiros e defendia que a reabertura da indústria, comércio e empresas seria essencial para que minimizasse a instabilidade econômica e o índice de desemprego (Sodré,2020).

Em vias de completar um mês à frente do Ministério da Saúde, em 15 de maio de 2020, dia em que o Brasil totalizou 14.962 mortes por COVID-19, o presidente demite o ministro Nelson Teich marcando a transição para a militarização do Ministério da Saúde

² A Emenda Constitucional n.º 95/2016 tramitou na Câmara dos Deputados e no Senado Federal, alcançando sua votação final, no dia 16 de dezembro de 2016. A partir de então, foram inseridos no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) vários dispositivos que programou um novo regime fiscal com um limite para os gastos do governo federal, que vigorará pelos próximos vinte anos. Esse novo regime valerá, portanto, até 2036, sendo o teto fixado para 2017 corresponde ao orçamento disponível para os gastos de 2016, acrescido da inflação daquele ano. Para a educação e a saúde, o ano-base será este 2017, com início de aplicação em 2018. Qualquer mudança nas regras só poderá ser feita a partir do décimo ano de vigência do regime e limitada à alteração do índice de correção anual.

nomeando o general Eduardo Pazuello para a pasta. As ações iniciais do general foram marcadas pela contratação de outros militares para preencher os cargos do ministério, para cargos ligados ao controle de finanças, contabilidade, gestão do Fundo Nacional de Saúde, serviços de monitoramento, avaliação do Sistema Único de Saúde (SUS), entre outros (Lima, Cardim; 2020).

Diante desse contexto em que o ministro Eduardo Pazuello assumia a pasta da saúde, de acordo com Sodré (2020), a pandemia se interiorizava no Brasil de modo a alcançar as regiões e populações mais vulneráveis e pobres, sendo essa população a mais afetada pela pandemia no país. Nesse mesmo período, o número de óbitos em decorrência da COVID-19 nas favelas e regiões periféricas tiveram as taxas mais altas de mortalidade e letalidade. Vale destacar que, em várias regiões do Brasil a letalidade pela COVID-19 foi maior em municípios com os maiores índices de pobreza. Esses dados apontaram para a ausência de medidas de proteção social e a desigualdade no Brasil existente antes mesmo do início da pandemia. Além desses aspectos, a pandemia iniciou no Brasil após as medidas da reforma trabalhista e a perda dos direitos previdenciários, fato esse que permitiu a contratação temporária e flexível, terceirizada das profissionais de saúde.

Na administração de Pazuello ocorreu ocultamento de subnotificação dos números de óbitos subtraídos através do registro de morte por insuficiência respiratória ou pneumonia. Nos cartórios brasileiros as emissões das certidões de óbitos apontavam um crescimento 20 vezes maior em relação ao período do ano de 2019 de mortes por síndrome respiratória aguda grave. A falta de teste para COVID-19 ocorreu desde o início da pandemia com a intencionalidade de ocultar os dados (Sodré, 2020). Após cinco meses de pandemia no Brasil, os dados do Ministério da Saúde demonstravam que, a maior letalidade entre os casos de COVID-19 estava entre pardos e negros (Brasil, 2020).

Em junho de 2020, Pazuello retirou todas as estatísticas oficiais sobre os números óbitos e os registros de novos casos de COVID-19 do site do governo federal, retirando toda a sistematização de dados sobre a doença. Diante desse contexto, a OMS considerou o Brasil como epicentro da pandemia na América Latina, países bloquearam a entrada de brasileiros, desacreditando na capacidade do governo em enfrentar a pandemia (Sodré, 2020).

O Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia da COVID-19, apresentado em 3 de julho de 2020 em fórum virtual com a presença do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, sociedade civil e parlamentares, reconheceu a pandemia como uma crise complexa que exige ações em diferentes dimensões como movimentos sociais, conhecimento científico e técnicos. Vale salientar que, o Plano reafirmou a responsabilidade do governo federal e do

Ministério da Saúde na condução de políticas emergenciais para proteger a população dos impactos evitáveis da pandemia (Souto; Travassos, 2020). Em 15 de março de 2021 o presidente anunciava o substituto de Eduardo Pazuello para o Ministério da Saúde, o médico cardiologista Marcelo Queiroga, neste período o Brasil totalizava aproximadamente 280 mil óbitos em decorrência da COVID-19 ocupando o segundo lugar entre as nações com mais óbitos na pandemia.

As declarações proferidas pelo presidente marcaram o combate à pandemia no Brasil deixando explícito o momento de fragilidade do país. O quadro abaixo demonstra de maneira cronológica, à medida que o presidente se posicionava sobre a pandemia da COVID-19, a evolução dos números de brasileiros vítimas da doença. Conforme o quadro, o presidente reduziu a doença decorrente do vírus como “gripezinha”, invalidou a eficácia da vacina e incentivou o uso de medicamentos sem comprovação científica para combater a doença. Em decorrência desse cenário, as declarações do presidente geraram um clima de insegurança no país e demonstraram a falta de amparo por parte do Estado diante da emergência sanitária, dessa forma, o país contabilizou aproximadamente 700 mil vítimas da doença.

Quadro 5 – Declarações do presidente Jair Messias Bolsonaro

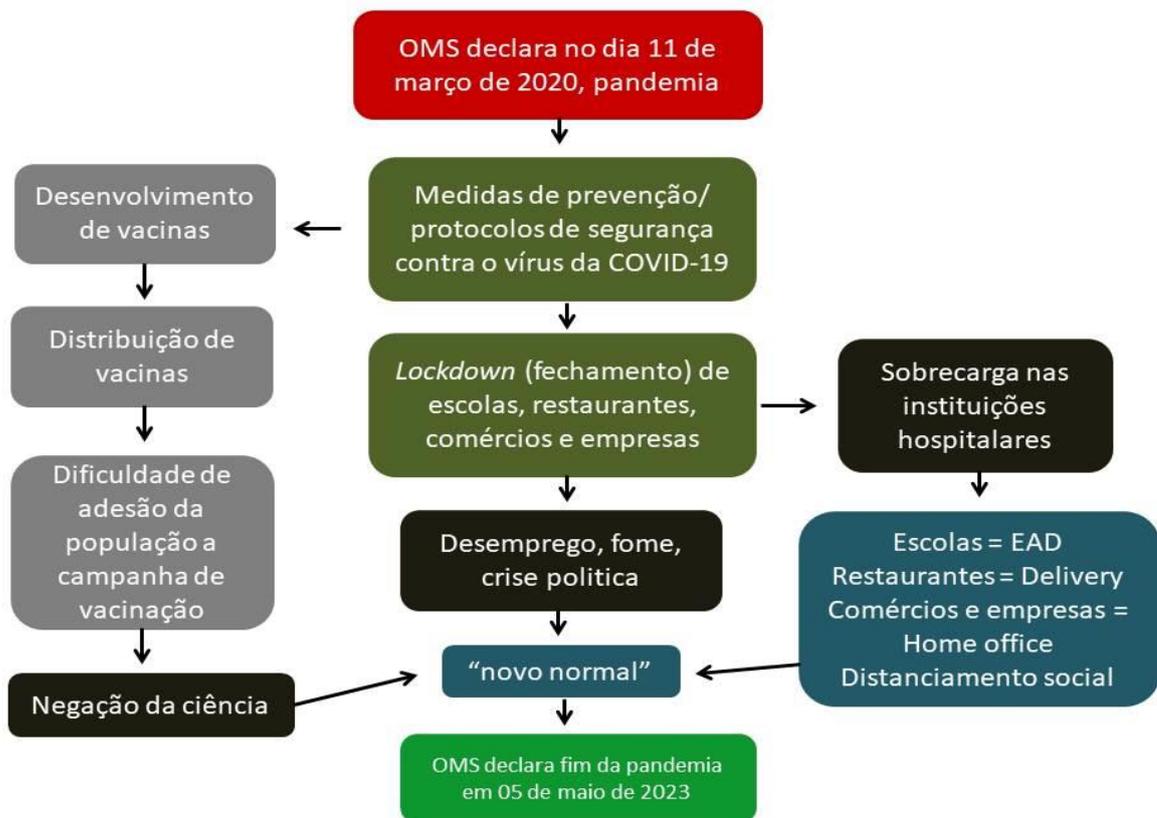
Data	Declarações do presidente Jair Messias Bolsonaro	Número de mortes no Brasil
24/03/2020	“Pelo meu histórico de atleta, caso fosse contaminado pelo vírus, não precisaria me preocupar. Nada sentiria. Seria, quando muito, acometido de uma gripezinha”	11
26/03/2020	“Brasileiro pula em esgoto e não acontece nada”	77
20/04/2020	“Eu não sou coveiro”	2.584
28/04/2020	“E daí, lamento. Quer que eu faça o que? Sou Messias, mas não faço milagre”	5.050
20/05/2020	“Quem é de direita toma cloroquina, quem é de esquerda, Tubaína”	17.971
02/06/2020	“A gente lamenta todos os mortos, mas é o destino de todo mundo”	31.199
06/08/2020	“A gente lamenta todas as mortes, vamos chegar a 100 mil, mas vamos tocar a vida e se safar desse problema”	121.515
17/12/2020	“Se tomar a vacina e virar jacaré não tenho nada a ver com isso”	184.827
05/01/2021	“O Brasil está quebrado. Eu não consigo fazer nada”	197.777
11/02/2021	“O cara que entra na pilha da vacina é um idiota”	236.201
04/03/2021	“Temos que enfrentar nossos problemas. Chega de frescura e de mimi. Vão ficar chorando até quando?”	260.970
17/05/2021	“Tem alguns idiotas que até hoje ficam em casa”	436.537

09/06/2021	“Nunca vi ninguém morrer por tomar hidroxicloroquina”	479.515
17/06/2021	“Quem pegou o vírus está imunizado”	496.004
02/09/2021	“Estou melhor que o pessoal que tomou Coronavac”	581.914
02/12/2021	“Se quer a minha morte, por que fica querendo exigir que eu tome a vacina? Deixa eu morrer, problema é meu”	615.179
12/01/2022	“Ômicron é bem-vinda”	620.371
22/01/2022	“Lamento profundamente, mas é um número insignificante”	622.801

Fonte: Elaborado pela pesquisadora, baseado nos dados emitidos pelo jornal BBC Brasil.

A partir da declaração de emergência em saúde emitida pela OMS no dia 11 de março de 2020, países foram forçados a lidar com medidas restritivas de contato físico, restringindo relações sociais, modificando hábitos, como uso de máscaras, limpeza e higienização de mãos. Além disso, a crise econômica ascendeu devido ao fechamento de comércios e empresas, surgindo assim o trabalho a distância denominado *home office* (escritório em casa), restaurantes intensificaram o modo *delivery* (de entrega de alimentos) por aplicativos, escola fechadas demonstraram a precariedade acentuada da educação, o acesso desigual as atividades escolares, entre outros aspectos (Souto; Travassos, 2020). O “novo normal” aponta para um mundo globalizado, de crises políticas, negação científica e preocupação por questões econômicas. Cabe destacar que a apesar da declaração da OMS no dia 05 de maio de 2023 pelo fim da emergência em saúde, o vírus segue em circulação.

Figura 2 – Características do mundo pós pandemia



Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

2.2.4. Os efeitos da pandemia para as profissionais de saúde

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Brasil, em junho de 2020, possuía em torno de 211 milhões de pessoas, considerando a estimativa pela OMS (2020), de que 20% dos infectados precisariam de atendimento hospitalar, isto corresponderia a 42 milhões de pessoas, sendo que essa estimativa considerava o pior cenário da pandemia (Levien; Roskopf, 2021). Com esses dados, verifica-se que o Brasil não possuía recursos para atender aos pacientes diagnosticados com a COVID-19, devido à falta de leitos nos hospitais, alta demanda de cuidados para as profissionais de saúde, ausência de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), ventiladores mecânicos, entre outros (Costa, 2020).

As profissionais de saúde lidaram com modificações frequentes nos protocolos de atendimentos, e, utilizavam um tempo significativo do dia para colocar e remover os EPIs, aumentando a exaustão relacionada ao trabalho (Schmidt et al., 2020). É recorrente, entre as profissionais de saúde que atuaram no combate ao vírus da COVID-19, referirem-se sintomas de ansiedade, depressão e medo de se infectar ou transmitirem a infecção aos membros da família. De acordo com a pesquisa da Fiocruz (2021), as profissionais de saúde apontam que,

43,2% das profissionais de saúde não se sentem protegidas no trabalho de enfrentamento da COVID-19, e o principal motivo, para 23% delas, está

relacionado à falta, à escassez e à inadequação do uso de EPIs (64% revelaram a necessidade de improvisar equipamentos). Sendo também identificado o medo generalizado de se contaminar no trabalho (18%), a ausência de estrutura adequada para realização da atividade (15%), além de fluxos de internação ineficientes (12,3%). Por fim, o despreparo técnico das profissionais para atuar na pandemia foi citado por 11,8%, enquanto 10,4% denunciaram a insensibilidade de gestores para suas necessidades profissionais (FIOCRUZ, 2021).

No início da pandemia, as emoções negativas foram dominantes, e as emoções positivas tendiam a aparecer nos sujeitos que possuem melhor autocontrole, autorreflexão, responsabilidade profissional, atos altruístas e de apoio à equipe. No entanto, após vivenciar um período de estresse contínuo, os sujeitos tinham a possibilidade de desenvolver sintomas de traumatização indireta, exteriorizada por meio da perda de apetite, declínio físico, distúrbios do sono, irritabilidade, desatenção, entre outros (Paiano et. al, 2020).

Já foi mencionado que as profissionais de saúde enfrentaram uma rotina de trabalho atípica, acompanhada de um conhecimento ainda superficial acerca da doença à época e do aumento da demanda de atendimentos. Esses aspectos demonstram um cenário assustador diante de uma doença altamente contagiosa com consequências graves, que resultou na instabilidade do sistema de saúde (Cunha, Pereira, Silva; 2020). De modo geral, em período de pandemia, a saúde física das pessoas e o enfrentamento a doença são os focos de atenção das profissionais, sendo que as implicações sobre a saúde mental tendem a ser negligenciadas (Schmidt et al., 2020). No dia 15 de março de 2020, 3.019 profissionais de saúde chineses foram diagnosticados com a COVID-19, sendo que dez morreram, incluindo o primeiro médico que alertou sobre a doença. Na Itália, em abril de 2020, mais de 6.000 profissionais de saúde tinham sido contaminados pelo COVID-19. No Brasil, foram registrados óbitos também entre as profissionais de saúde envolvidos no combate ao vírus. Esses dados apontam a vulnerabilidades desses profissionais diante desse contexto de crise sanitária (Saidel, et. al, 2020).

Segundo o Ministério da Saúde no período de 16 de março de 2020 a 18 de maio de 2020, o país contabilizava 31.790 casos confirmados de COVID-19 entre as profissionais de saúde, e mais 114 mil casos suspeitos. Segundo nota do dia 28 de maio de 2020, o Cofen e o Conselho Internacional de Enfermagem (ICN, na sigla em inglês) afirmam que houve 157 mortes de profissionais de enfermagem no Brasil (enfermeiros, técnicos e auxiliares), número maior que o dos Estados Unidos (146 óbitos) e do Reino Unido (77 óbitos). No entanto, os países lidaram de forma diferente com essa questão, inclusive deixando de visibilizar a quantidade de profissionais que foram a óbito decorrente da COVID-19, por exemplo, na

França as estatísticas sobre a disseminação da doença, a questão dos médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem contaminados raramente era abordada.

Os principais jornais deixaram de publicar notícias sobre os trabalhadores da saúde depois das mudanças nas fases da pandemia em seus países, com redução de novos casos, das internações em unidades de terapia intensiva e das mortes diárias (Silva et al, 2020). Com a globalização e a internet houve uma disseminação rápida de informações, entretanto com essa mesma velocidade circulavam informações influenciadas por negacionistas da ciência que geraram pânico na população. É sabido que informações transparentes e adequadas contribuem para o controle emocional das pessoas, e uma vez que a população bem-informada pode atuar de modo adequado, colaborando com a diminuição da vulnerabilidade (Barbosa; Pereira Gomes; Tosoli Gomes, 2020).

Uma pesquisa realizada pela Fiocruz (2023) considerou o período de março de 2020 a março de 2021 que o número de óbitos entre profissionais de saúde contabilizando 622 médicos, 200 enfermeiros e 470 auxiliares e técnicos de enfermagem. Entre os enfermeiros vitimados, 59,5% eram mulheres enquanto entre os auxiliares de enfermagem, elas somaram 69,1%. Sobre a correlação entre cor ou raça e óbitos dos profissionais da enfermagem, a pesquisa mostrou que 31% dos enfermeiros que morreram por Covid-19 eram brancos, e 51%, pretos e pardos. Já entre os auxiliares e técnicos, 29,6% eram brancos e 47,6% pretos e pardos. As mulheres compõem majoritariamente o setor saúde, o que comprova o peso das desigualdades de oportunidades de gênero, raça e classe (FIOCRUZ, 2023).

2.2.5. Os efeitos da pandemia no mercado de trabalho

Como foi dito a pandemia e seus efeitos expuseram as fraturas da sociedade capitalista. As medidas de bloqueio total (*lockdown* em português confinamento) ou parcial, para diminuir o número de casos afetou aproximadamente 2,7 bilhões de trabalhadores, número que representa quase 81% da força de trabalho mundial. No Brasil, assim como nos demais países houveram rápidas modificações no mercado de trabalho, com impacto significativo para 37,3 milhões de pessoas que viviam do trabalho informal. Para a Organização Internacional do Trabalho (OIT), as demissões ocorreram entre trabalhadores que vivem como terceirizados ou do trabalho precário (Costa, 2020). O IBGE apontou que a taxa de desemprego no segundo trimestre de 2019 foi 11,9%, no mesmo período em 2020 houve um aumento de 1,5% totalizando 13,4%, em 2021 chegou a 14,1%, o equivalente a 14,4 milhões de brasileiros desempregados. O governo federal por iniciativa dos parlamentares criou o auxílio emergencial, fornecendo para esses trabalhadores a quantia de

seiscentos reais com o número de parcelas disponibilizadas para o trabalhador diretamente ligadas a uma classificação pelo perfil econômico (Calmon, 2020).

A pandemia, dessa forma atingiu a população que sobrevivia do trabalho informal que cumpria extensas jornadas de trabalho, possuíam proventos irregulares, dificuldade em ter acesso à moradia, proteção social vinculada à carteira de trabalho assinada, como por exemplo, 13º salário, Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), licença médica, seguro-desemprego, entre outros (Krein; Proni, 2010). De acordo com a OIT, no Brasil, os setores mais afetados pela crise sanitária do novo coronavírus foram os de alimentos, comércio e manufatura (Costa, 2020). Vale ressaltar que, os ambientes de trabalho tinham grande importância na propagação do vírus, por isso, o entendimento de como os diversos grupos ocupacionais estavam expostos a infecções podiam auxiliar na forma de gerenciar os riscos e outros possíveis surtos de doenças infecciosas (Silva et al, 2020).

O Brasil incluiu as recomendações da OMS nas ações de enfrentamento à COVID-19. Entretanto, foi possível observar lacunas sobre a fiscalização das restrições de segurança e saúde no trabalho. A saúde do trabalhador completamente à parte das condições de trabalho, não recebendo atenção pelos gestores que consideraram os equipamentos de proteção individual (EPIs) como suficientes, embora fornecidos com qualidade e quantidade duvidosas (Silva et al, 2020). A doença espalhou-se naqueles que não possuíam a possibilidade de colaborar com o isolamento social, devido as suas ocupações. Em junho de 2020, o Brasil foi considerado o terceiro país com maior número de óbitos em decorrência de complicações da COVID-19, ultrapassando a Itália, que era líder na taxa de mortalidade da doença (Levien; Roskopf, 2021).

Devido esse cenário, pode-se compreender que uma das principais repercussões da pandemia no mundo foi no mercado de trabalho que já era um expressivo problema, com trabalhos precários, como por exemplo, o *home office*, ou em estratégias como a antecipação de férias e feriados, adoção de regime especial de compensação de horas e a suspensão de medidas de saúde e segurança gerando muitas vezes a falsa sensação de diminuição do desemprego, mas por meio de empregos temporários, sem estabilidade, executados em péssimas condições estruturais e sem segurança jurídica (Souza, 2021).

2.2.6. As especialidades de saúde e o enfrentamento a pandemia

A atividade de cuidado é fundamental para a produção de saúde e bem-estar de toda uma sociedade. Os conhecimentos profissionais específicos e de diversos campos de atuação, conjuntamente, são capazes de proporcionar prevenção e promoção em saúde. Cabe, então,

nesta seção deste estudo destacar a atuação das especialidades que tiveram ação expressiva durante o enfrentamento ao vírus da COVID-19.

A equipe de enfermagem possui uma excessiva carga de trabalho que é considerada histórica para a profissão e teve aumento acentuado em tempos de crises coletivas em saúde, como por exemplo, a pandemia da COVID-19. Esse histórico faz das profissionais enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem, caracterizadas como a profissão que possui maior proximidade com os pacientes. Um dos grandes desafios para essa equipe durante a pandemia da COVID-19 refere-se ao ambiente de trabalho adverso, com ritmo intenso, estresse, conflitos interpessoais, baixos salários, entre outros fatores (Lima; Silva; Medeiros, 2022). Além disso, devido a COVID-19 se tratar de uma doença transmitida via aerossóis e gotículas, todas as profissionais de saúde usaram EPI, que antes eram usados apenas para atendimentos específicos durante a pandemia foram adotados de maneira integral para proteção. Como já mencionado anteriormente, a equipe de enfermagem é historicamente desvalorizada seja em âmbito político, social, econômico. No decorrer da pandemia as equipes de enfermagem receberam homenagens da população, imagens os comparando a super-heróis, sendo valorizados e tendo sua importância reconhecida. Entretanto, essas homenagens não condizem com a realidade, uma vez que as profissionais foram recriminadas nos espaços de convívio, o que representa a chamada supervalorização momentânea das profissionais de saúde (Oliveira, 2020).

Compondo a equipe multiprofissional, as fisioterapeutas adaptaram a profissão ao novo perfil de pacientes e reajustou de acordo com as demandas e necessidades impostas pela pandemia da COVID-19. As fisioterapeutas atuaram na recuperação e monitoramento do paciente, tendo como principais ferramentas de trabalho no contexto hospitalar, o exercício terapêutico e o suporte ventilatório. Na UTI, essa atuação demonstrou sua efetividade por intervir no processo de cronicidade da doença e perda da funcionalidade. Além disso, a fisioterapeuta que estava na linha de frente dos cuidados respiratórios avançados, aplicava técnicas, por exemplo, que reduziam o acúmulo de secreção nos pulmões, assim como, técnicas que beneficiava os pacientes com mobilização, alongamentos passivos e posicionamento funcional para manutenção da integridade muscular e articular. Foi necessário para as fisioterapeutas reaprender estratégias de oxigenioterapia e aplicação de ventilação não invasiva, conhecida por serem eficazes para evitar intubação (Gastaldi, 2021).

As equipes de psicologia em emergências colaboraram para minimizar os impactos negativos e contribuíram para que os comportamentos fossem adequados. No caso de pandemias, as psicólogas ofertaram os primeiros cuidados psicológicos, apoio emocional,

cuidados mentais primários, intervenções psicológicas para pacientes que evidenciavam angústia significativa (Justo-henriques, 2020). A forma como as instituições hospitalares funcionavam foi alterada para a assistência dos pacientes diagnosticados com a COVID-19. Dessa maneira, a psicologia enfrentou uma nova realidade e precisou organizar as intervenções e às demandas do contexto pandêmico. A atuação da psicóloga no hospital auxiliou a minimizar o sofrimento provocado pela doença, tanto para o paciente, a família e para a equipe multiprofissional (Vieira et. al, 2020).

O atendimento aos familiares dos pacientes hospitalizados pela doença, o medo de que os pacientes fossem a óbito, a falta de oportunidade de se despedir em rituais funerários levou ao desespero das famílias. Durante o surto da COVID-19 o hospital adotou o protocolo de comunicação sobre o quadro clínico do paciente pelo boletim médico via telefone realizado uma vez ao dia, esclarecendo questionamentos das famílias (Gil; Bertuzzi, 2006). Esses boletins informativos do paciente eram realizados por enfermeiras para familiares de paciente com baixa gravidade do quadro clínico e por médicas para familiares de paciente com alta complexidade de cuidados e possibilidade de desfecho de óbito. Além do boletim pelo telefone, as visitas virtuais realizadas com auxílio da vídeochamada proporcionaram resultados positivos para os pacientes em tratamento da COVID-19, isto é, a possibilidade de conversar com familiares e amigos em uma única chamada com até quatro conexões, auxiliou na manutenção de vínculos, valorizou as dimensões subjetivas, promovendo alívio ao paciente (Catunda, 2020). Essas vídeochamadas eram realizadas exclusivamente por psicólogas para que pudesse manejar a manutenção do vínculo e ofertar suporte emocional para os pacientes e familiares.

A última especialidade que destacamos nesta seção é a medicina. As médicas foram as profissionais centrais na assistência a pessoas infectadas pelo vírus da COVID-19 e na prevenção à doença durante a pandemia. Além do papel relevante na garantia da continuidade dos tratamentos para pessoas não infectadas com a doença. As médicas lidaram com o aumento da demanda por atendimentos médicos, a falta de recursos e as imprevisibilidades geradas pela própria pandemia. Embora, sejam formadas para trabalhar em emergências e enfrentar situações adversas, a equipe médica atuou no combate à doença desempenhando seu papel de cuidados mesmo com desconhecimento da doença, sendo necessário, suporte, treinamento e orientação. Em conjunto com toda equipe multiprofissional, a assistência médica pode ser reforçada para recuperação e reabilitação dos pacientes (Fernandez; Lotta; Oliveira, 2020).

3 METODOLOGIA

3.1. Delineamento da pesquisa

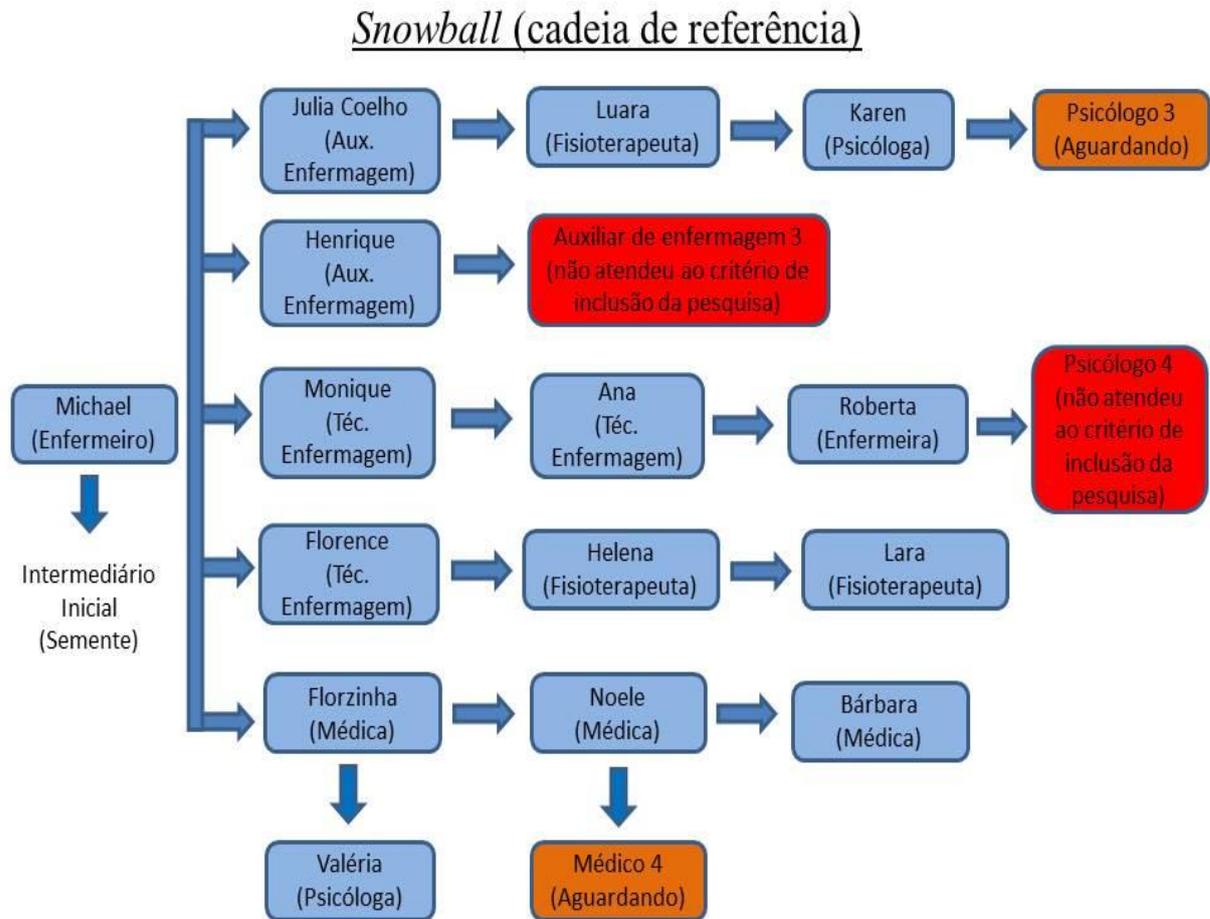
A pesquisa caracterizou-se como exploratória, pois se refere ao trabalho realizado em campo. Assim, a familiaridade com o problema contribui para a construção de hipóteses e interpretações para entendê-lo e direcioná-lo (Minayo, 2010). A pesquisa qualitativa busca estudar os aspectos subjetivos de fenômenos sociais e do comportamento. De acordo com Bogdan e Biklen (1994), os dados analisados de forma qualitativa consideram a relação indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito. Os autores compreendem as ações em seu contexto histórico, tendo contato com a realidade que abordam e de onde coletam os seus dados. Assim, interpretam os fenômenos atribuindo-lhes significados. Exploram as características do sujeito e situações que não podem ser descritas numericamente. Tudo isso porque o processo é mais importante do que o produto. Por isso, Minayo (2010) acrescenta que é no campo da subjetividade e do simbolismo que se afirma a abordagem qualitativa.

3.2. Tipo de Pesquisa

O tipo de pesquisa deste estudo elenca características de uma pesquisa de corte transversal que tem por objetivo obter dados fidedignos sobre a temática em um período de tempo determinado. Ao final da pesquisa, espera-se que esses dados permitam elaborar conclusões confiáveis, robustas, além de gerar novas hipóteses que podem ser investigadas com novas pesquisas (Zangirolami-Raimundo; Echeimberg; Leone, 2018).

A pesquisa utilizou a amostragem não probabilística com a técnica *Snowball* ou bola de neve que utiliza as cadeias de referência (Vinuto, 2014). Para a realização de uma amostragem em bola de neve foi necessário que houvesse um intermediário inicial, também denominado de semente, que localizou ou apontou pessoas com o perfil necessário para a realização da pesquisa, como demonstrado pela Figura 3.

Figura 3 – Cadeia de referência (*Snowball* ou bola de neve)



Fonte: Elaborada pela pesquisadora.

A semente foi convidada pelo critério de acessibilidade da pesquisadora. As participantes foram solicitadas a indicação de outras possíveis participantes. Sobre a semente, Albuquerque (2009) explicou que podem ser recrutadas tanto pelos próprios pesquisadores, quanto pelas pessoas que potencialmente serão pesquisadas ou por pessoas que possuem um conhecimento da comunidade/fenômeno a ser investigado (Dewes, 2013; Vinuto, 2014). Na figura 3 podem-se observar os quadros na cor azul indicam as profissionais que participaram da pesquisa, os quadros na cor laranja indicam as possíveis participantes que foram realizados os contatos e não obtivemos resposta, por fim, os quadros na cor vermelha indicam as profissionais que fizemos contato, mas que não atenderam aos critérios de inclusão da pesquisa dispostos no item 3.3.

3.3. Participantes

As participantes³ do estudo foram compostas por profissionais de saúde de diferentes especialidades (Médicas, Enfermeiras, Técnicas e Auxiliares de Enfermagem, Fisioterapeutas e Psicólogas) que possuíam (anteriormente a pandemia da COVID-19) de três anos ou mais de prática no contexto hospitalar, que atuaram diretamente no enfrentamento a pandemia da COVID-19 no período de janeiro a dezembro de 2020, em São José dos Campos, interior de São Paulo. Durante a coleta dos dados foi possível entrevistar quinze profissionais saúde.

3.4. Instrumentos de Pesquisa

Como instrumento de pesquisa foi utilizado à entrevista semiestruturada que se caracteriza por uma conversa que culmina na construção de informações para a análise do objeto de pesquisa, classificada como semiestruturada pois, a entrevistada tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender a indagação formulada (MINAYO, 2010). Dessa maneira, a entrevistada demonstrou seu ponto de vista de forma espontânea. A sua voz foi carregada de suas experiências. Nesse âmbito, “As boas entrevistas produzem riqueza de dados, recheados de palavras que revelaram as perspectivas das participantes”, conforme explicaram Bogdan e Biklen (1994, p. 136). Sendo assim, abriu espaço para que a participante apontasse os detalhes e exemplos dos assuntos abordados. O roteiro de entrevista (APÊNDICE C) foi composto por seis questões com o objetivo de compreender melhor as respostas das profissionais participantes da pesquisa. Vale destacar que essa pesquisa e todos os documentos elaborados foram submetidos ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Taubaté, com a finalidade de solicitar a autorização da aplicação.

3.5. Procedimentos para Coleta de Dados

Como mencionado no item 3.4, a pesquisa foi primeiramente submetida à aprovação do Comitê de Ética em pesquisa da Universidade de Taubaté, de parecer nº 5.761.215 (APÊNDICE A). A coleta de dados foi iniciada após aprovação do Comitê. No que tange os procedimentos ético-legais a pesquisa seguiu as normas contidas na Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016 a qual aponta as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Brasil, 2016). A pesquisa foi realizada com a anuência formal das profissionais participantes, por meio da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B).

³Tendo em vista que a maioria das profissionais de saúde são mulheres, optou-se por utilizar a linguagem inclusiva, por isso, foi adotado o uso do gênero feminino.

A coleta de dados foi realizada individualmente, a pesquisadora e as profissionais participantes adotaram todas as medidas preventivas e não farmacológicas referentes ao contexto da COVID-19 conforme recomendação da OMS uso de máscaras de proteção individual, álcool para higiene das mãos e distanciamento social. O local de coleta de dados foi de escolha da participante, foram doadas canetas esferográficas na cor azul aas participantes, evitando assim, o manuseio do mesmo material. A entrevista foi gravada em meio digital (áudio), mediante autorização da participante e utilizado o roteiro de entrevista semiestruturada (APENDICE C).

3.6. Procedimentos para Análise de Dados

Para a análise dos dados foi utilizada a proposta metodológica de Aguiar e Ozella (2013), ancorada no materialismo histórico e dialético, essa proposta metodológica busca ultrapassar a aparência das palavras para alcançar a sua dimensão concreta. Com a finalidade de romper com as concepções dicotômicas dos seres humanos e fundamentados na historicidade dos fenômenos, os autores consideram as narrativas das participantes como produções sociais e culturais em constante movimento. Trata-se, portanto, de um processo de análise construtivo-interpretativo, em que a teorização nos auxilia na compreensão da singularidade, sem perder de vista as determinações históricas e sociais. Os autores, por fim, propõem o que denominam de Análise dos Núcleos de Significação.

O método de análise foi marcado pela busca de sentidos e significados identificados na fala das participantes. Sendo que, os sentidos possuem grande influência sobre a subjetividade, sentidos são forças que mobilizam o sujeito diante da realidade que experimenta. Os significados permitem a socialização das experiências que também se transformam no movimento histórico (Aguiar; Ozella, 2013).

Para a análise dos sentidos e significados mencionados anteriormente foram selecionados trechos dos enunciados das participantes que apresentaram maior conteúdo emocional e foram colocados como pré-indicadores para que aconteça a análise na composição de "[...] um quadro amplo de possibilidades para a organização dos núcleos." (Aguiar; Ozella, 2013, p.308).

Os pré-indicadores, selecionados e dispostos em quadros, foram aglutinados através de critérios que os aproximaram pelas semelhanças e/ou contraposição entre eles, para levarem a uma menor diversidade. Sendo assim, formaram os indicadores, que também passaram por um processo de aglutinação, de modo contínuo e de forma a promover a articulação dos aspectos com a totalidade dos conteúdos que foram expressos na fala da participante.

No final desse processo de aglutinação, são formados os núcleos de significação que possuem como característica o resumo das mediações que formam o sujeito, expressando os elementos fundamentais deste de maneira a alcançar um “[...] momento superior de abstração” (Aguiar; Ozella, 2013, p.310). Essa etapa foi composta pela interpretação dos sentidos, que são produzidos na atividade social e histórica, configuraram o modo de pensar, sentir e agir dos sujeitos, já a segunda fase exigiu da pesquisadora de um trabalho construtivo interpretativo (Aguiar, Soares e Machado, 2015, p.71).

Foi iniciada a análise dos núcleos obtidos, partindo das análises intranúcleos para posteriormente as análises internúcleo. Segundo os propositores deste método de análise, foi necessário articular o discurso analisado com o contexto social em que a participante estava inserida, para que fosse possível alcançar a compreensão da sua totalidade. A leitura de todo o material disposto nessa pesquisa proporcionou a apreensão das significações. As etapas possibilitaram compor os registros e a análise das categorias desde os elementos objetivos e subjetivos. Por fim, apresentou as observações realizadas, embasadas na perspectiva sócio-histórica, com a finalidade de entender a complexidade da subjetividade humana e a construção dos seus sentidos e significados.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 Das entrevistas aos núcleos de significações

Inicialmente foram realizadas as entrevistas semiestruturadas para a obtenção dos dados, foi possível entrevistar quinze profissionais de saúde de diferentes especialidades, sendo, três médicas, uma delas realizava atendimentos nas unidades de pronto socorro, outra especialista em clínica médica e emergência e uma terceira responsável pela UTI; dois enfermeiros, ambos especialistas em atendimentos de urgência e emergência; três técnicas de enfermagem, todas atuantes em UTI e clínicas médicas e dois auxiliares, um atuante em pronto socorro e um em clínica médica; três fisioterapeutas especialistas em reabilitação em UTI e duas psicólogas, uma que possui formação em enfermagem também e uma especialista em psicologia social e psicologia hospitalar. O perfil das participantes da pesquisa⁴ é apontado pelo quadro abaixo.

Quadro 6 - Perfil das participantes da pesquisa

Participante (nome fictício)	Gênero	Idade	Tempo de experiência na área da saúde	Especialidade
Julia Coelho	Feminino	41 anos	12 anos	Auxiliar de enfermagem
Monique	Feminino	37 anos	10 anos	Técnica de enfermagem
Henrique	Masculino	31 anos	11 anos	Auxiliar de enfermagem
Florence	Feminino	37 anos	16 anos	Técnica de enfermagem
Michael	Masculino	33 anos	4 anos	Enfermagem
Luara	Feminino	31 anos	7 anos	Fisioterapia
Noele	Feminino	30 anos	6 anos	Medicina
Helena	Feminino	34 anos	3 anos	Fisioterapia
Florzinha	Feminino	27 anos	3 anos	Medicina
Lara	Feminino	33 anos	8 anos	Fisioterapia
Valéria	Feminino	32 anos	7 anos	Psicologia
Karen	Feminino	30 anos	5 anos	Psicologia
Ana	Feminino	29 anos	7 anos	Técnica de enfermagem
Roberta	Feminino	41 anos	21 anos	Enfermagem
Bárbara	Feminino	33 anos	10 anos	Medicina

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

⁴ Todos os nomes apresentados no quadro acima são fictícios escolhidos pelas próprias participantes. Durante a coleta dos dados, a pesquisadora propôs a cada participante que sugerisse um nome fictício para representá-lo, assegurando o sigilo como forma de confidencialidade da pesquisa e de atribuir significado à experiência de enfrentamento a pandemia da COVID-19, iniciando pelo nome que esse participante seria representado. Essa sugestão abriu espaço para homenagens, as participantes indicaram nomes de pessoas que simbolizavam grande valor e admiração, como por exemplo, nomes de colegas de trabalho que os apoiaram, nomes de familiares que incentivaram durante o combate ao vírus da COVID-19, nomes de teóricos importantes da profissão exercida, entre outras significações.

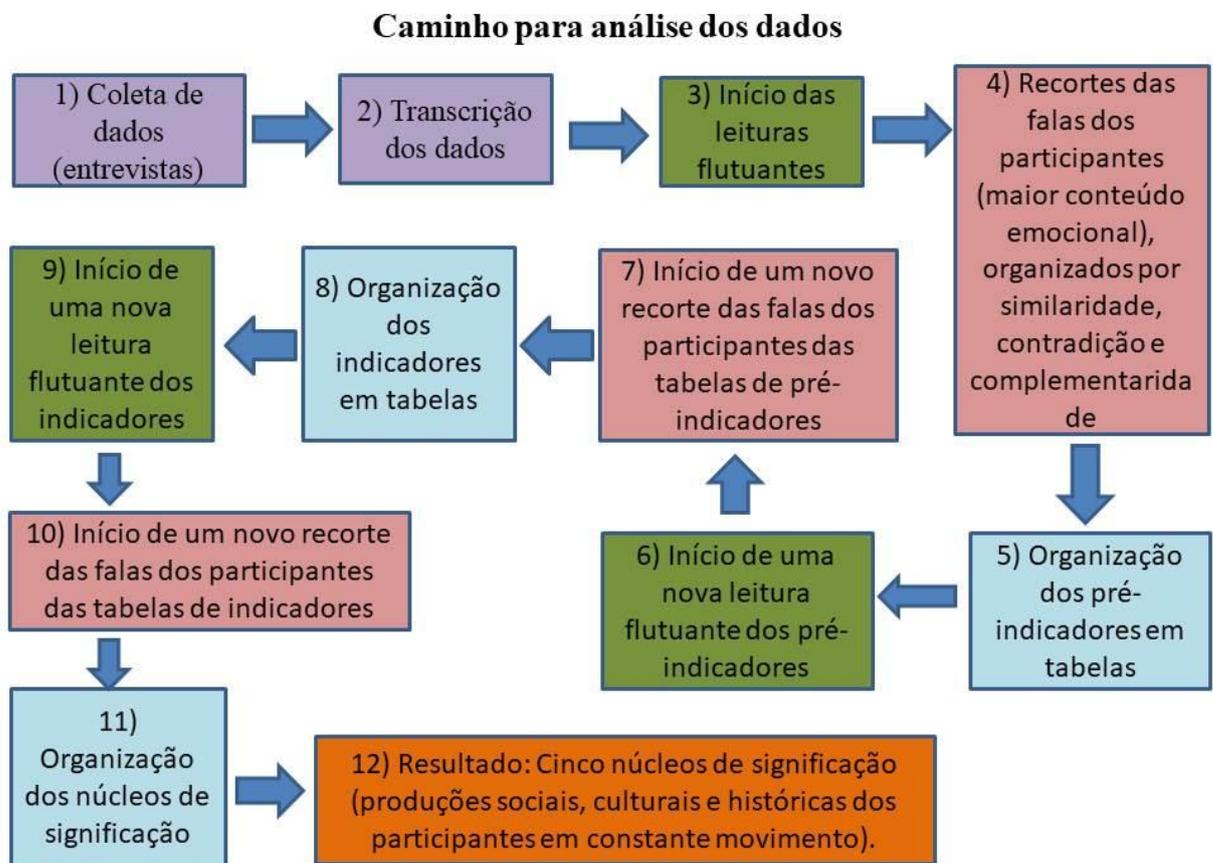
O quadro demonstra que a maior parte da equipe multiprofissional participante da pesquisa foi composta pela equipe de enfermagem (que inclui enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem) correspondendo a 46%. Além desse dado, cerca de 80% do total de profissionais participantes são mulheres. De acordo com a FIOCRUZ (2021) a força de trabalho no Brasil durante a pandemia foi majoritariamente feminina (77,6%), a maior parte da equipe foi formada por enfermeiras (58,8%), médicas (22,6%), fisioterapeutas (5,7%), as demais profissões correspondendo a 12,7%. A atividade desenvolvida pelas profissionais de saúde se associa historicamente a atribuições relacionadas ao feminino. Na análise dos aspectos sócio-históricos, é possível afirmar que o cuidado com pacientes nasce como um serviço que coexiste com o cuidado doméstico às crianças, associado à figura da mulher-mãe que sempre fez uso de um saber informal de práticas de saúde, transmitido de mulher para mulher (Santos; Silva, 2021).

Cabe salientar que, 53,3% das participantes apontaram que foram demitidas pela instituição que atuaram no combate ao vírus da COVID-19 após a queda no número de casos como mencionado ao longo da pesquisa, essa informação valida a precarização do trabalho e demonstra insegurança para as profissionais. Além disso, cerca de 20% das participantes trabalharam em jornadas duplas em duas instituições hospitalares, esse dado é histórico para as equipes de saúde, principalmente para a equipe de enfermagem. No entanto, esse dado revela-nos que as jornadas duplas acontecem devido a baixos salários demonstrando assim a necessidade de completar a renda com novo vínculo empregatício.

Depois de realizadas as entrevistas e transcrito os dados seguiu-se a proposta metodológica de Aguiar e Ozella (2006). Foram iniciadas as chamadas leituras flutuantes, leituras para levantar reflexões acerca da temática investigada. Por meio das leituras flutuantes, foi possível construir os pré-indicadores de significação, realizando recortes das falas das participantes com maior conteúdo emocional, organizadas por critérios de similaridade, contradição e complementariedade. Concluindo a organização dos pré-indicadores foi feita novamente uma nova leitura flutuante para realizar um novo recorte de fala das participantes e estruturar o que os autores denominam de indicadores de significação.

Os indicadores revelam a maneira de pensar, sentir e agir dos sujeitos diante da realidade que atuam. Seguindo o mesmo percurso, com a conclusão dos indicadores, inicia-se novamente uma nova leitura flutuante para realizar novos recortes das falas das participantes e estruturar o que os autores chamam de núcleo de significação. Esses núcleos de significação apontam a forma como a participante é mediada pela realidade vivida.

Figura 4 – Caminho para a análise dos dados



Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Cabe destacar que, optou-se, por dispor os quadros de núcleos de significação nos apêndices (APÊNDICE D) com a finalidade de obter um texto de estrutura clara e objetiva. Dessa maneira, os resultados formaram cinco núcleos de significações sendo eles: 1) a formação do profissional de saúde: um caminho para o cuidado; 2) O combate ao vírus da COVID-19 e as implicações para a saúde das profissionais; 3) a guerra invisível: desafios do enfrentamento a pandemia COVID-19; 4) A pandemia da humanização: a atuação das profissionais no combate a COVID-19 e 5) o que aprendemos com a pandemia? e por fim, a análise internúcleos.

4.2 Núcleo 1 – A formação do profissional de saúde: um caminho para o cuidado –
“antes de pensar em querer ter uma profissão, em querer fazer um curso ou seguir alguma área, a minha vontade era cuidar das pessoas”.

Devido ao advento da pandemia da COVID-19 no mundo reacendeu o debate sobre o processo de formação das profissionais de saúde levantando questionamentos se estas profissionais estariam preparadas para enfrentar os desafios gerados pela pandemia. De acordo com Araújo, Miranda e Brasil (2007), existe uma divisão entre os problemas da realidade e a organização curricular que orienta a formação das profissionais de saúde. Isto é, os currículos são organizados de modo que não favorece a resolução das questões concretas e cotidianas nos contextos de saúde, especificamente as questões referentes às crises, como a pandemia da COVID-19. Além disso, os currículos priorizam reflexões acerca dos problemas de saúde individuais ao invés dos problemas coletivos e desconsideram aspectos, históricos e culturais do adoecimento. Portanto, existe a necessidade de melhorar continuamente a formação das profissionais de saúde, não limitando ao aprendizado de habilidades técnicas, mas incluindo o manejo de situações subjetivas do cotidiano, inclusive em contexto de emergência, como a pandemia da COVID-19.

A fala do auxiliar de enfermagem Henrique refletiu sobre a formação das profissionais de saúde enfatizando o aprendizado somente das técnicas: *[...]Minha trajetória foi em alguns lugares mais longas em outros mais curtas, mas sempre com aperfeiçoamento das habilidades e aprendizagem de novas técnicas.[...]*. Por outro lado, a técnica de enfermagem Monique demonstrou os desafios de manejar situações nunca antes vividas: *[...]Atuar nessa pandemia foi muito desafiador, diferente de tudo que eu já passei nesses dez anos de profissão[...]*. As médicas Florzinha e Noele destacaram que a formação profissional se concretizou de fato com a prática, com as experiências e dificuldades do cotidiano, não apenas com os aprendizados ao longo da formação acadêmica, mas que os conhecimentos se complementam. A médica Florzinha salientou que: *[...] no hospital, eu aprendi realmente o que é ser médica e apesar de todos os trancos, eu acho que é isso que me faz crescer na minha profissão, o sofrimento faz a gente se virar melhor [...]*, assim como para a médica Noele, que referiu a experiência de trabalho no setor COVID-19 como uma forma de validar sua carreira na medicina: *[...]eu cai direto no covid, foi aonde eu aprendi medicina de verdade, aprendi na prática, colocando a mão na massa [...]*.

Para além dos aspectos de formação acadêmica, as profissionais de saúde durante a pandemia precisaram adaptar a assistência para prevenir e evitar a disseminação da doença e para melhor receber e atender os pacientes com suspeita ou com a confirmação da COVID-19. Sendo assim, foi necessário tomar medidas para reestruturar os serviços de saúde e repensar novas maneiras de se trabalhar frente a esta nova doença. Ações essas que permitiram as profissionais durante a pandemia estar atentas a realidade dos serviços de saúde e solucionar

os problemas e procurando perceber as demandas da população sob seu cuidado (Fonseca, 2022). Para a equipe de enfermagem especificamente, os cuidados ao paciente foram construídos de acordo com os episódios que a humanidade enfrentou ao longo de sua existência. Com o advento da COVID-19 no mundo, orientações foram inseridas, outras adaptadas, como por exemplo, uso de máscaras, lavagem recorrente das mãos, uso do álcool em gel, distanciamento social em todos os ambientes, higienização de objetos e superfícies. Os desafios enfrentados apontaram para uma equipe de enfermagem resiliente em todas as situações que buscou oferecer segurança no cuidado ao paciente, mesmo diante de queixas recorrentes que dificultam o trabalho das profissionais (Castro; Oliveira; Viana, 2021)

A equipe de fisioterapia, além de se concentrar no manejo de condições respiratórias agudas e crônicas, também pode trabalhar no posicionamento de pacientes com a técnica da posição de prona que chamou a atenção pelos benefícios à saúde do paciente dispneico internado com caso suspeito ou confirmado da COVID-19. O posicionamento do paciente em prona alterava a mecânica e a fisiologia das trocas gasosas, resultando em uma melhor oxigenação, tornando mais efetivas as trocas gasosas, reduzindo a compressão pulmonar e potencializando a perfusão pulmonar. Estudos realizados demonstraram a redução da mortalidade em pacientes que utilizaram precocemente o posicionamento em prona. Cabe destacar que a técnica de posicionamento de prona era utilizada por fisioterapeutas antes da pandemia da COVID-19 tornou-se inutilizável devido ao avanço da tecnologia, novos aparelhos e técnicas respiratórias, no entanto, com o advento do vírus da COVID-19, o manejo dessas técnicas avançadas não tinha a efetividade esperada, por isso, a necessidade de retornar a utilizar a técnica de posicionamento em prona com recorrência (Pereira, 2021).

Os desafios da equipe médica foram a utilização da sedação profunda ou sem bloqueadores neuromusculares em pacientes infectados pelo vírus da COVID-19 pois, o uso de sedação melhorava a complacência pulmonar e suprimia o impulso ventilatório facilitando desta forma a adaptação do paciente ao ventilador devido à proteção contra a lesão pulmonar utilizando um baixo volume, melhorando assim a sobrevida e prognóstico do paciente. O manejo clínico de pacientes com diagnóstico de COVID-19 que desenvolveram as formas graves da doença e necessitaram de cuidados intensivos foi complexo. Devido à falta de insumos, a equipe médica sem medicamentos para realizar a sedação, se viram com a necessidade de utilizar sedação multimodal, medicamentos calmantes que não possuíam bloqueadores, isto é, sedações calmantes que não sedavam o paciente por completo, sem ter a efetividade da sedação profunda (Martins et. al, 2022).

Para a psicologia, a maneira tradicional de trabalho do psicólogo baseada em assistência presencial para obter uma avaliação completa do paciente foi adaptada devido a pandemia da COVID-19 (Martins et. al, 2022). As equipes de psicologia utilizaram computadores, tablets e celular para realizar as chamadas de vídeo para atendimentos à distância. Essas técnicas de atuação supracitadas para as diferentes especialidades demonstraram a importância das profissionais de saúde que atuaram diretamente no enfrentamento a pandemia, conforme salientou a fisioterapeuta Lara:

[...] quando começaram os casos da covid na China, eu vi que estava para explodir no mundo inteiro, fiquei muito nervosa, chorava bastante, achava que iria morrer e sabia que não poderia recuar, minha família pediu muito para eu não trabalhar em nenhum hospital, minha mãe ficou super preocupada, mas sabia do meu compromisso, sabia da importância da minha profissão, acho que eu nunca vou esquecer o primeiro paciente que vi, foi muito impactante [...]

Cotta (2007) expõe que as profissionais de saúde devem buscar conhecer as características culturais, socioeconômicas, políticas da população, pois parte do princípio que só se cuida daquilo que se conhece, do contrário, a atuação passa a ser compreendida somente como um aprendizado teórico e reproduzidos de modo completamente acrítico e desvinculado das necessidades das pessoas. De acordo com Marx (1978), seguindo a perspectiva sócio-histórica, pensar a formação é compreender que acontece a partir do processo dialético, esse processo explica as relações do homem com outros homens e com a natureza, o que constitui o homem são as relações sociais. Pode-se considerar que a identidade é constituída com base nas relações sociais e na atividade desempenhada em um contínuo movimento de transformação. Assim como apontou a psicóloga Valéria ao refletir sobre sua prática no serviço de saúde, o movimento de transformação e justifica o motivo da escolha pela área da saúde:

[...] na área da saúde, sinto que estou fazendo a diferença na vida das pessoas, que estou tornando a vida delas melhores, que eu estou transformando a vida das pessoas na autocompreensão, a lidar com o sofrimento, a ter ferramentas para lidar com o luto, com inseguranças e medos, ajudar as pessoas a aumentar o nível de consciência delas [...] – Valéria

A escolha profissional se dá, de acordo com a perspectiva sócio-histórica, pela relação do sujeito com o mundo que parte do princípio de que o sujeito se constitui nas e pelas relações sociais. O sujeito passa a revelar – em todas as suas expressões – os aspectos históricos, as relações sociais, sua singularidade, os significados sociais e os sentidos subjetivos. Ao tratar de escolha profissional é comumente associada à concepção de vocação,

ao realizar essa associação anula-se a condição de sujeito ativo. O ato de escolher é uma das expressões únicas, singulares, sociais e históricas do sujeito, que revela sua subjetividade. Todas as escolhas implicam conflito, perdas, alguma tensão para o indivíduo, por isso é necessário considerar as condições subjetivas no momento da escolha, as consequências dessa escolha, as condições sociais em que a escolha se dá, entre outros fatores. Esse processo de escolha profissional só vai se completar quando a pessoa atribuir sentido a algo do mundo social como possível de satisfazer suas necessidades (Aguiar, 2006). Cabe destacar que as profissionais participantes explicaram que tiveram grande influência da família para realização dessa escolha. Para a médica Bárbara isso aconteceu desde a infância:

[...]De acordo com a minha mãe, desde criança eu falava que seria médica. Não tenho lembranças dessas falas, mas desde que recordo sempre quis ser médica. Acabei prestando vestibular e passei. Durante o curso nunca tive dúvidas sobre minha decisão, porém tive muitas dúvidas sobre a área a seguir. Inicialmente pensava em pediatria, depois desisti por me envolver e sofrer em demasia perante óbitos de crianças. Ao fim, sempre gostei muito de pacientes graves, da medicina que salva vidas, que se depara com situações críticas e que exige um raciocínio rápido e certo. Acredito que minha escolha em terapia intensiva foi por esse lado crítico dos pacientes de UTI e também relacionado a uma perda que tive na UTI (meu avô) quando eu terminava a faculdade de medicina, onde tive a certeza do completo despreparo da equipe que o atendia, tanto tecnicamente quanto espiritualmente e desejava ser melhor que aquilo [...]

Para a médica Florzinha, a influência na escolha profissional teve origem devido ao acompanhar a trajetória de estudos do irmão para prestar o vestibular em medicina, para florzinha a escolha seria transmitida por outro membro da família, como o irmão, por exemplo:

[...] Na minha família não tem médicos além de mim e meu irmão. Escolhi medicina porque acho que foi a área que me identifiquei e por influência do meu irmão que é mais velho. Fizemos o vestibular e passamos no mesmo ano em medicina [...]

Para outras profissionais participantes a influência da família aconteceu no momento em que membros da família adoeceram precisando assim de cuidado especializado de um profissional de saúde, como o enfermeiro Michael e a auxiliar de enfermagem Julia Coelho, respectivamente:

[...] O curso de farmácia, foi o meu primeiro curso de interesse na área da saúde, pois um avô que teve um câncer terminal e ficou em cuidados paliativos, pude observar que ninguém da minha família era formado não tinha nenhum tio ou primo que fosse formado voltado para a área da saúde e isso me chamou bastante a atenção [...] – Michael

[...]A minha irmã mais velha tinha acabado de passar por uma doença, ficou de cama, teve câncer na coluna cervical e ficou de cama precisou ser cuidada

e eu tinha 15 anos, cuidei muito dela, ela sempre foi como uma mãe para mim, sempre me ajudou muito. [...] – Julia Coelho

As profissionais destacaram que para além da influência da família, as dificuldades financeiras para realização dos estudos estiveram presentes no momento da escolha profissional. Como o caso da auxiliar de enfermagem Julia Coelho que obteve auxílio financeiro da família, por outro lado o enfermeiro Michael que tinha a necessidade de conciliar estudos e trabalho para contribuir com a família, como o caso da técnica de enfermagem Ana:

[...] Eu acho que não foi uma opção o curso de auxiliar de enfermagem, acho que as pessoas viram o que eu não via. Ganhei meu curso de auxiliar de enfermagem da minha madrinha que tinha condições melhores do que da minha mãe na época [...] – Julia Coelho

[...] Meu pai além da exigência de fazer uma faculdade exigia que eu arrumasse um emprego e fui trabalhar em telemarketing. Por isso, vi que eu não tinha maturidade para aquele curso, porque fazer uma faculdade requer muita dedicação e devido as dificuldades larguei mão do curso e fui trabalhar [...] – Michael

[...] Eu escolhi o curso de técnica de enfermagem, na verdade foi meio confuso no começo porque eu queria fazer jornalismo, eu já fiz teatro e estava nessa área da televisão, mas na época por questão financeira e trabalho, não conseguia conciliar tudo [...] – Ana

Esse processo de escolha profissional por influência da família carrega significações como legados e mitos que fazem parte da história familiar, assim como os valores transmitidos pela família de acordo com a cultura em que essa família está inserida. Sendo assim, a influência da família na escolha profissional permite dar continuidade à identidade do contexto familiar que o sujeito está inserido. Portanto, ainda seja uma escolha individual, é necessário ter consciência de que o profissional recebeu várias influências, uma vez que o trabalho interfere na sociedade. Assim, a escolha profissional transforma, ao mesmo tempo, a si mesmo e a sociedade (Bock, 2002).

Dessa maneira Bock e Aguiar (1995) afirmaram que, para uma formação consciente é necessário ampliar o conhecimento de si como um ser particular, mas ao mesmo tempo histórico e social. Compreender como a sua identidade foi construída ao longo do tempo e das relações sociais, assim como, ter conhecimento crítico da realidade. Além desses elementos de formação e escolha profissional, as profissionais de saúde participantes destacaram que escolheram suas profissões e enfrentaram os desafios do combate ao vírus da COVID-19 devido ao desejo de cuidar, para Henrique: [...] *antes de pensar em querer ter uma profissão, em querer fazer um curso ou seguir alguma área, a minha vontade era cuidar das pessoas*

[...], já para Florence o ato de cuidar segue como uma forma de bem estar para sua vida profissional: [...] *eu me sinto bem em ajudar, tenho essa necessidade. Não sei explicar é uma coisa que me faz bem [...]* Para o enfermeiro Michael e a fisioterapeuta Helena, respectivamente, o ato de cuidar significa:

[...] Decidi fazer o curso de técnico de enfermagem, aprendi muito sobre a área da saúde, o cuidado com o próximo, ao longo dos anos decidi continuar estudando para aprender mais e aprimorar mais, prestar assistência com mais autonomia e poder participar de muitas discussões acerca de alguns casos clínicos [...] – Michael

[...] Não consigo me ver fora do ambiente hospitalar é o que eu sei fazer, é o que eu gosto de fazer [...] – Helena

Barros, Oliveira e Silva (2007) afirmam que, as dimensões históricas do cuidar, abrangem mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de desenvolvimento afetivo com o outro. Cuidar é uma atitude de responsabilização. É, portanto, assumir um ato como seu, tudo o que diz respeito a este sujeito me importa. O elemento principal do ato de cuidar é o fortalecimento dos laços entre o sujeito que busca o atendimento, do serviço de saúde e do profissional que o atende.

Por meio da discussão proposta neste núcleo de significação é válido destacar que nosso objetivo específico “conhecer as características da formação das profissionais de saúde participantes e as experiências com atendimentos hospitalares” foi alcançado. Este núcleo aponta-nos que para realizar a escolha profissional pela área da saúde é preciso, primeiramente, considerar a história dessas profissionais como um processo dialético, escolher a profissão é uma ação vinculada às necessidades. Durante a discussão deste núcleo, as profissionais atribuíram suas escolhas profissionais devido a necessidades no núcleo familiar de proporcionar cuidados especializados aos membros da família que sofriam por alguma patologia, a necessidade de continuar o legado da família de profissões na área da saúde, entre outros motivos. O significado para as profissionais nessa pesquisa pela escolha profissional foi o desejo de cuidar e proporcionar bem-estar e conforto a pessoas doentes. Para além da escolha profissional, este núcleo marcou a importante necessidade das profissionais por treinamentos para lidar com emergências.

4.3 Núcleo 2 – O combate ao vírus da COVID-19 e as implicações para a saúde das profissionais – *“o medo de me contaminar e de contaminar minha família, o medo de não conseguir ajudar os pacientes da melhor maneira possível”*.

A pandemia da COVID-19 resultou em um aumento no protagonismo da categoria das profissionais de saúde. Como mencionado no núcleo de significação anterior, isso exigiu que as profissionais adequassem às necessidades apresentadas tanto pelo sistema de saúde e quanto pela sociedade em si. No sentido de desconhecimento da doença, com estudos em andamento, a pandemia desestabilizou a atuação dessas profissionais de saúde devido à incertezas, insegurança quanto ao futuro, entre outros fatores. De acordo com Fonseca (2022), o trabalho no combate ao vírus da COVID-19, desencadeou desgastes físicos e emocionais nas profissionais de saúde, pois o contexto pandêmico exigiu resultados imediatos no processo de cuidar. Vale destacar também, o contínuo risco de contaminação e morte, em virtude da alta transmissão e letalidade do vírus.

O autor ainda explica que o sofrimento emocional desencadeado pela pandemia nas profissionais de saúde prejudicou diretamente a assistência prestada aos pacientes contaminados pela COVID-19, pois esses profissionais passavam por privação de sono em decorrência das múltiplas e extensas jornadas de trabalho, trabalhavam sob pressão com déficit de profissionais no serviço, com insuficiência de recursos materiais, superlotação dos leitos, entre outros fatores. A auxiliar de enfermagem Julia Coelho descreveu esse momento como: [...] *Era angustiante demais para gente [...]*. O sentimento mais comum identificado nos enunciados das participantes foi o medo. O medo para essas profissionais estava diretamente envolvido em situações fantasiadas ou reais, para Paula (2021), o medo é uma emoção que prepara o corpo para suportar pressões extremas e reagir em situações de ameaça, isto é, o medo cria reações capazes de permitir que o sujeito tenha ações que no seu cotidiano não seria possível, como no caso do enfrentamento ao vírus da COVID-19.

Para Julia Coelho e Monique, respectivamente, o medo influenciou diretamente o desempenho dessas profissionais durante a pandemia: [...] *o medo tomou conta da nossa cabeça, a gente fez o que era necessário, mas o medo tomou conta. [...]* – Julia Coelho e [...] *medo de não saber o que fazer, estar cuidando mas, não ver resultado de melhora [...]* – Monique. A fisioterapeuta Lara salientou que nunca havia sentido medo de atender pacientes com doenças contagiosas, porém devido a COVID-19 esses atendimentos tornaram-se um desafio e descreveu o estado emocional dos pacientes:

[...] Foi um desafio enorme, eu nunca tive medo de atender nenhum paciente, podia ter a doença que fosse, contagiosa, uma doença muito difícil, mas, com o covid foi um pouco diferente, foi a primeira vez que senti medo de entrar em uma sala de isolamento, os pacientes também estavam muito assustados, a questão da gente dar um apoio, lógico que não se compara com o apoio psicológico dos psicólogos mas, a gente tem que ser firme naquele momento para dar força para o paciente, mesmo a gente não tendo

tanta força. Todos os pacientes estavam ansiosos, assustados, todo mundo com medo de morrer por conta do diagnóstico [...] – Lara

Não obstante, a auxiliar de enfermagem Julia Coelho se lembrou das ações para evitar a contaminação e o quanto essa rotina de limpeza e higienização era exaustiva diante do contexto de emergência sanitária: [...] *O tempo todo passando álcool quando trocava as luvas a mão da gente ficava como se você ficasse na água muito tempo, amortecida e foi exaustivo [...].* Outro fator que influenciou no estado emocional das profissionais foi possibilidade de transmissão do vírus para os familiares, mesmo realizando os procedimentos de segurança e a rotina de higienização, esse aspecto foi citado por diferentes participantes, vale destacar assim que a maior preocupação dessas profissionais era com membros da família e não com eles mesmos, como ressaltou a enfermeira Roberta: [...] *Atuar na linha de frente me fazia sentir medo de levar a doença para meus familiares, porém nunca senti medo que algo acontecesse comigo [...].* A fisioterapeuta Luara afirmou que o medo das profissionais era “levar o vírus para casa”: [...] *Inúmeros trabalhadores que estavam na linha de frente sentiram medo de pegar e levar para casa esse vírus tão cruel, mas seguiam lá cuidando e acolhendo da melhor forma possível no meio de tanto caos [...].* Cabe salientar também que o sentido atribuído por pelas técnicas de enfermagem Florence e Ana, pela fisioterapeuta Helena, respectivamente, referentes ao medo de contaminar os familiares:

[...] Peguei a doença no começo, fiquei com muito medo achando que eu ia morrer porque nessa época era uma morte atrás da outra e cada vez que morria um era mais medo que a gente sentia, eu tinha medo de ir para casa, eu tinha medo de não voltar para casa, eu tinha medo de morrer, eu tinha medo de passar a doença para o meu marido e para os meus filhos e ser culpada [...] – Florence

[...] Quando eu comecei na uti do coronavírus era assustador, muito assustador na verdade, era medo continuo de contrair a doença, infectar outras pessoas ao meu redor, mesmo seguindo todos os cuidados [...] – Ana

[...] Fiquei com muito medo, queria ficar sozinha, queria que a minha esposa fosse embora de casa para eu não infectar ela, pensei até que ia ter que morar no hospital, que eu ia morrer e como iríamos fazer para cuidar das pessoas [...] – Helena

Por outro lado, essas profissionais de saúde envolvidas no combate a COVID-19, presentes tanto em serviços de saúde públicos, como em serviços privados exerceram sua força de trabalho ao extremo e enfrentaram diversos riscos. No entanto, durante as entrevistas os enunciados dessas profissionais destacaram comportamentos benevolentes e atenciosos para com os pacientes, buscando fornecer a melhor assistência apesar da situação desgastante que viveram e do sofrimento psíquico, conseguiram manter o compromisso de ofertar

acolhimento, cordialidade e trabalho humanizado, como referiu a médica Bárbara destacando que, mesmo diante do medo se preocupava com uma assistência de qualidade:

[...] Inicialmente um mar de incertezas e inseguranças sobre o que encontraríamos em cada paciente, o medo de me contaminar e de contaminar minha família, o medo de não conseguir ajudar os pacientes da melhor maneira possível [...] – Bárbara

Para o enfermeiro Michael e para a psicóloga Valéria, respectivamente, atuar no contexto pandêmico foi considerado como uma forma de privilégio, celebrando o recebimento da vacina contra o vírus e por conseguir participar do último momento daqueles pacientes que vieram a óbito ou de presenciar momentos de altas hospitalares:

[...] Posso dizer que, me senti com medo mas, ao mesmo tempo abençoado por ter tido o privilégio de ter tomado a vacina durante o tempo que eu trabalhei mas, batia ao mesmo tempo um medo de passar o vírus, ainda mais por estar trabalhando em um UTI onde os meus pacientes eram todos confirmados para covid [...] – Michael

[...] Eu pude ter a graça de segurar muitas mãos e estar com elas até o último suspiro e isso marcou a minha vida, isso me deixa muito feliz embora bastante emocionada. Me senti abençoada de poder ter feito isso por tantas pessoas e aquelas pessoas que receberam alta que foram amadas, queridas e cuidadas [...] – Valéria

Para a sociedade, de modo geral, incluindo as profissionais de saúde acostumadas a uma rotina social sentiram as consequências da interrupção dessa interação social. O fechamento de espaços de convivência, bem como a obrigatoriedade de ficar em casa, refletiu em sentimentos de ansiedade como apontaram as fisioterapeutas Lara e Helena, respectivamente:

[...] Um dos maiores desafios, foi lidar com esse medo porque o medo ele é saudável até certo ponto, mas eu sou ansiosa, faço tratamento psicológico para ansiedade então o medo virou um monstro bem grande para mim [...] – Lara

[...] Foi muito difícil, foi muito triste, passei muito ansiosa, não tinha o que fazer, você não podia passear, não podia fazer nada, tudo fechado, não podia fazer uma atividade física, foi muito difícil [...] – Helena

Por fim, esses diversos sentimentos relatados pelas profissionais, com o passar da pandemia foram acrescidos por incertezas e angústias referentes ao futuro, como a falta de materiais e medicamentos, a falta de recursos humanos devido à contaminação dessas profissionais e os ataques da sociedade por conta dos desfechos negativos, a médica Bárbara responsável pela UTI COVID-19 destacou esse período:

[...] Conforme fomos adentrando no cenário caótico que a COVID-19 trouxe, os medos e inseguranças foram ganhando outros nomes e outras proporções. Já não tínhamos medo do que a patologia causaria nos pacientes,

sabíamos do agravo e como encontraríamos os casos mais severos, porém outros medos vieram: medo de como estaríamos no dia seguinte: teríamos equipamentos? Leitos? Colegas para passar o plantão ? equipe multiprofissional para atender os pacientes? Sedativos? Antibióticos? quantos óbitos naquele dia? Quantas situações inevitáveis? Quantas evitáveis?, e em contrapartida parte da população cética, ou nos culpando pelos desfechos negativos, mesmo que fossemos os que corriam o risco de morrer tentando ajudar [...] – Bárbara

Os questionamentos e reflexões da médica Bárbara foram pertinentes para o momento vivido e corroboram com a literatura acerca da temática, pois muitos dos questionamentos aconteceram no decorrer do enfrentamento à doença, a médica demonstrou ainda preocupações técnicas para a atuação da equipe, nessa fala anteriormente destacada, esse enunciado da participante reflete a responsabilidade da atuação médica diante do contexto de emergência sanitária e o medo sentido ao longo do cotidiano de enfrentamento ao vírus.

O medo é considerado como uma emoção de choque por conta da percepção de perigo eminente, podendo auxiliar na preservação da vida do sujeito. Do ponto de vista o medo age como uma forma de defesa do organismo, que capacita o sujeito para luta ou fuga imediata. De acordo com a perspectiva sócio-histórica o medo tende a provocar efeitos diversos dependendo da sua história e experiências anteriores vivenciadas pelo sujeito, por isso, o sentido de uma experiência emocional requer uma averiguação da cultura e do contexto histórico. Portanto, o medo, embora com o mesmo nome em várias culturas, sofre variações em relação à época em que se refere. Não se trata somente de uma reação emocional, cercada de regras. Trata-se de um sentimento, que vai sendo construído historicamente, aprendido e ensinado de maneiras diferentes, dependendo da época (Lobo; Neves; Alencar, 2013).

Como discutido no item 2.2.4 e em direção ao nosso terceiro objetivo específico desta pesquisa “Elencar os efeitos da pandemia sobre a saúde física e mental das profissionais de saúde” o enfrentamento a pandemia da COVID-19 implicou em diversas consequências para as profissionais de saúde. Apesar da carga de trabalho das equipes de saúde ser considerada historicamente sobrecarregada, houve uma intensificação devido ao momento de crise imposto pela pandemia da COVID-19 (Bitencourt; Andrade, 2021).

Essa consequência de sobrecarga de trabalho pode ocasionar problemas de ordem física, como por exemplo, no caso dos fisioterapeutas problemas na coluna devido as profissionais auxiliarem os pacientes a reposicionar os pacientes em leitos, para as enfermeiras, por exemplo, ficar muito tempo em pé fornecendo os cuidados, além de dores musculares em situações de paradas cardiorrespiratórias, pois necessitavam realizar esforço físico e repetitivo(Bitencourt; Andrade, 2021). Para além dos problemas de ordem física, os

problemas de ordem psíquica como o estresse, humor deprimido e ansioso, como o caso da médica Florzinha que afirmou realizar tratamento psicológico para sintomas de ansiedade antes do início da pandemia e conseqüentemente, no decorrer do enfrentamento ao vírus desencadeou a necessidade do uso de medicamentos psicofármacos como um completo para o tratamento. Para a fisioterapeuta Helena, o isolamento social, o fechamento de lugares de convívio social como academias e parques ascendeu também sintomas de ansiedade. Os diferentes sentimentos das profissionais refletiram na forma como interpretaram e vivenciaram o contexto pandêmico na “linha de frente” do combate ao vírus.

4.4 Núcleo 3 – A Guerra invisível: Desafios do enfrentamento a pandemia COVID-19 – *“a gente começou a fazer hora extra porque a gente não tinha funcionário, os amigos começaram a ficar doentes”.*

Durante a pandemia, o Brasil tornou-se o epicentro da COVID-19 na América Latina, o país registrou cerca de 37 milhões de brasileiros contaminados pelo vírus, totalizando aproximadamente 700 mil mortes decorrentes da doença em 2023. As autoridades mundiais sustentaram o princípio de que as profissionais de saúde estavam em situação de gravíssima vulnerabilidade, devido à precariedade do sistema de saúde, a falta de infraestrutura para o atendimento, falta de medicamentos, falta de EPI, sobrecarga de trabalho, a falta de capacitação para o combate à pandemia, entre outros fatores (Falcão, 2020).

O Brasil já sofria com a maioria desses problemas citados, tanto nos serviços de saúde públicos como nos serviços privados, porém durante o período pandêmico ficou evidente que a situação se agravou. A técnica de enfermagem Monique afirmou que nesse período tinha muitos desafios: [...] *Desafios todos os dias, todos os plantões, todos os momentos a gente tinha desafios [...]*. Um dos desafios, como mencionou a auxiliar de enfermagem Julia Coelho foi à divisão dos leitos para COVID-19, a forma como a gestão do hospital dimensionava as profissionais e as características do primeiro setor destinado a COVID-19:

[...] Depois desse paciente, as coisas tomaram uma proporção enorme. Começou a fechar as clínicas, sorteio de pessoas que iriam descer (referência a localização física do setor covid), até então eu não sai no sorteio para descer para o covid, mas um dia a minha enfermeira veio e pediu para eu descer porque eu sabia mexer com bombas de infusão e eles tinham contratado pessoas, técnicos que não sabiam mexer, eles precisavam aprender, então eu desci para a UTI. Uma ala de 40 leitos que viraram acho que 60 leitos, de um lado eram pacientes a máscara não reinalante, do outro os pacientes que seriam entubados, essa foi a primeira ala de covid que abriu lá [...] – Julia Coelho

Além das ações administrativas do hospital, Julia Coelho ressaltou que o setor COVID-19 era similar a outro hospital, pois tinha seu próprio setor de emergência, clínica médica e UTI, devido a doença ser considerada contagiosa era necessário a criação desses setores, como a auxiliar de enfermagem citou acima. Julia Coelho, então descreveu as diferenças de atuação nesses setores e os desafios, uma vez que, atuou nos cuidados do primeiro paciente contaminado pela COVID-19 que o hospital recebeu. As significações atribuídas nos diferentes setores apontaram que para além da falta de insumos e infraestrutura, ficou marcada as questões de ordem psicológica:

[...] Lembro-me de ter olhado para as minhas mãos com 2 luvas e tremendo, respirei fundo e disse a mim mesma que precisava fazer aquilo e que depois a gente via como ficava, porque em uma emergência você não pensa em você, você pensa no outro ali [...] – Julia Coelho

[...] Acho que a clínica foi o mais exaustivo psicologicamente, muitas histórias que ouvíamos e o pior as pessoas muitas morreram ali porque não acreditaram na doença, morreram pela ansiedade, elas não acreditaram no tratamento que a gente estava oferecendo [...] – Julia Coelho

[...] O bom da UTI, os pacientes chegavam para nós entubados, a gente não ouvia as histórias tristes, a gente não ouvia que aquela senhora que estava ali de apenas 35 anos tinha filhos em casa, porque a clínica é angustiante por isso, você ficava sabendo o que essa pessoa estava deixando [...] – Julia Coelho

Outro fator de grande relevância apontado pelas profissionais foi à sobrecarga de trabalho. Segundo os resultados da pesquisa realizada pela FIOCRUZ (2021) no Brasil, a pandemia alterou de modo significativo a vida de 95% dessas profissionais. Os dados apontam que quase 50% admitiram sobrecarga de trabalho, com jornadas além das 40 horas semanais. Como mencionado na construção deste estudo até o momento, a carga de trabalho das equipes de saúde se constitui de maneira histórica, uma vez que, a precarização dos serviços de saúde e baixos salários estão mais evidentes.

De acordo com a médica Florzinha, as profissionais assumiam mais de um setor, devido à escassez de recursos humanos [...] *faltava muito profissional então acabou que a gente trabalhou sobrecarregado atendia em dois setores ao mesmo tempo porque não tinha gente [...]*. A médica responsável pela UTI COVID-19, Bárbara, descreveu: [...] *Como disse, foi um período de extrema fadiga e trabalho intenso. Parecia que para cada situação que conseguíssemos resolver, mais dez situações impossíveis viriam na sequência para nos testar e nos fazer superar mais limites [...]*. Bárbara referiu que a escassez de profissionais qualificados para a equipe multiprofissional e a falta de recursos tecnológicos prejudica a medicina baseada em evidências, isto é, uma medicina baseada em cuidados integrados, assim

como, a valorização das profissionais e a diferença salarial, a técnica de enfermagem Ana e o enfermeiro Michael apontaram que a falta de recursos humanos para as emergências acontecia conforme a pandemia avançava:

[...] É um desafio ter uma equipe de ponta, com pessoas capacitadas, com recurso técnico ao dispor, e isso é outra questão que acredito ser ainda muito desafiadora em nossa realidade: nos falta muitos recursos tecnológicos no atendimento ao paciente, nos faltam subsídios para uma medicina baseada em evidência. Falta também a valorização de profissionais formados na área, temos o mesmo salário que um recém-formado sem nenhuma formação, lidamos com situações ímpares diariamente, somos porta-vozes de notícias tristes, e mesmo assim profundamente desvalorizados [...] – Bárbara

[...] Diversas paradas cardíacas, mais de uma parada ao mesmo tempo, aguentar o tempo de massagem até tinha o número x de técnicos, número x de enfermeiros e médicos, mas assim sobrecarregava muito porque era uma parada cardíaca atrás da outra, então suportar o tempo de massagem, participar das intubações auxiliando médico, fisioterapeutas [...] – Ana

[...] Durante a pandemia foram coisas assim que eu nunca havia visto durante todos os anos que eu trabalhei nesse hospital, falta de recursos humanos, os colegas que adoeciam com a doença e precisavam se afastar, a gente teve que trabalhar sobrecarregados, a falta de material, as bombas de infusões eram utilizadas e não tinha equipamentos suficientes para atender a alta demanda de pacientes complexos [...] – Michael

Cabe destacar também que para a mão de obra recém-formada houve oportunidades como lembrou o enfermeiro Michael, pois na falta de mão de obra especializada e treinada, fez com que as profissionais recém-formadas tiveram a chance de iniciar sua carreira apesar do momento de crise e de assumir tamanha responsabilidade pelo combate ao vírus. O enfermeiro Michael destacou o fator positivo e negativo dessa realidade:

[...] Graças a deus para a área da saúde, durante a pandemia houveram muitas oportunidades, inclusive ficou até escasso funcionários qualificados então recém formados se formando estavam tendo a oportunidade de contratação mesmo sem experiência, até nessa situação foi meio complicado treinar novos profissionais para uma situação onde eles já deveriam estar capacitados para realizar o cuidado [...] – Michael

A precariedade das condições de trabalho, o aumento da demanda de cuidado para a COVID-19, a nova realidade dos serviços de saúde apontou para a necessidade de atualização das profissionais com novos protocolos de atendimentos, solicitação de exames, controle da disseminação do vírus, entre outros. Os hospitais procuraram realizar treinamentos, buscando identificar o momento em que ocorria a contaminação das profissionais, assim como para a atualização das profissionais sobre os assuntos pertinentes à COVID-19 (Guinâncio et. al, 2020). Como lembrou a fisioterapeuta Lara:

[...] O hospital ofereceu bastante treinamento e atualização para gente, me senti mais segura, então com o decorrer do tempo, com a pandemia indo e os estudos avançando, me senti mais segura para atender e mais segura para aquela missão que eu sempre tive como fisioterapeuta de dar o meu melhor para os pacientes [...] – Lara

As profissionais participantes destacaram também outras dificuldades no enfrentamento ao vírus da COVID-19 que tiveram influência direta na sua atuação, como por exemplo, a falta de medicamentos de acordo com a auxiliar de enfermagem Julia Coelho e pela falta de segurança segundo a enfermeira Roberta, respectivamente:

[...] Passamos também pela escassez da medicação, Como deixar o paciente dormindo se não tinha medicação? Naquele momento eu achei que, o melhor para eles seria morrer, foi na época que eu comecei a rezar pela morte deles e foi difícil porque como católica que sou, eu rezo muito pela vida, pela saúde e tive que rezar pela morte de muitos, a gente teve que precisar conter alguns pacientes que estavam entubados.. porque quando eles começavam a acordar eles queriam tirar o tubo e o desespero deles era muito [...] – Julia Coelho

[...] Os grandes desafios da minha profissão é obter respeito de outras categorias, falta de segurança, conseguir trabalhar com um dimensionamento adequado, ter profissionais com boa formação e comprometimento na equipe de enfermagem, falta de materiais e equipamentos o que nos faz sempre improvisar e o acúmulo de funções [...] – Roberta

A fala de Julia Coelho apontou que a dimensão espiritual foi atribuída como significativa ao sofrimento causado pela COVID-19 e como meio de esperança frente às variações do estado de saúde. As crenças auxiliam as pessoas a lidar com diferentes situações, podendo proporcionar-lhes sentimentos de autoconfiança, adaptação, firmeza e aceitação. A oração e o conforto emocional promovem melhora da saúde e as crenças religiosas podem alterar a percepção da doença. A oração está associada à bem-estar pessoal, redução dos níveis de estresse, depressão, ansiedade, angústia, entre outros aspectos psicológicos (Penha; Silva, 2012).

Pela fala da enfermeira Roberta, vale lembrar que, de acordo com a Constituição Federal Brasileira de 1988 e a Convenção nº 155, da OIT é de obrigação da unidade adquirir os equipamentos e EPIs, necessários para a saúde e segurança das profissionais, independente do vínculo empregatício, sendo público ou privado, as profissionais têm direito a um ambiente de trabalho adequado, inclusive em atuações em tempos de pandemia (Falcão, 2020). Além disso, cabe salientar que o novo coronavírus é classificado como agente biológico de classe de risco 3 - transmissão de alto risco individual e moderado risco para a comunidade, segundo a Classificação de Risco dos Agentes Biológicos do Ministério da Saúde (Brasil, 2017). Sendo assim, todos os resíduos provenientes de contato com possíveis infectados com o novo

coronavírus devem ser enquadrados na categoria A1- agentes biológicos com alto risco de infecção, conforme Resolução RDC/Anvisa nº 222 de 2018 (Brasil, 2018).

A resposta brasileira à disseminação da doença foi construída com base em critérios econômicos, desconsiderando dados científicos e epidemiológicos, sendo assim os recursos estatais seriam dirigidos para a recuperação da economia ao invés de destinar esses recursos em defesa da vida para serviços de saúde. Esse contexto deu espaço para os brasileiros, questionarem a veracidade do vírus, agravando a situação pela falta de compreensão e seguimento das orientações recomendadas pelas autoridades de saúde prejudicando a contenção do vírus (Souza, 2023). O enfermeiro Michael refletiu que em determinado momento duvidou da veracidade do vírus:

[...] Sobre a pandemia me senti assim, a princípio antes de entrar na UTI covid eu tinha dúvidas ainda se de fato era tudo aquilo que as pessoas falavam, as vezes eu pensava que era um pouco de drama, que as vezes era questões políticas e tal, e eu pensava “será de fato tudo isso?” [...] – Michael

As profissionais de saúde duvidaram da veracidade do vírus, devido ao posicionamento do presidente, anteriormente discutido no item 2.2.3 desta pesquisa. Além disso, as profissionais de saúde participantes destacaram que o comportamento negacionista dos pacientes foi um impedimento na contenção da doença, assim como destacou o auxiliar de enfermagem Henrique: *[...] por exemplo que no Brasil mesmo praticamente 90% da população não levou as normas de segurança a sério por isso que o caos aqui foi muito maior. [...]*. Já a psicóloga Karen lembrou frases reproduzidas por pacientes que foram similares as declarações do presidente, como evidenciou o quadro 1 deste estudo. A fisioterapeuta Lara alertou sobre a necessidade de escutar os especialistas e seguir as orientações das autoridades em saúde:

[...] Infelizmente atendi muitas pessoas que só se deram conta da gravidade do COVID-19 quando estavam internados, muitos pacientes que já tinham idade para tomar a primeira dose, mas não se vacinaram. Frases como “tinha medo de virar jacaré”, “não sou cobaia” ou “não tomei a vacina, pois ela é um plano para dizimar a população” eram corriqueiras entre os pacientes, e infelizmente muitos foram a óbito por conta deste discurso negligente. Alguns se arrependiam desse comportamento, mas infelizmente já era tarde demais para voltar e contar seu relato [...] – Karen

[...] se um mecânico, me alerta-se de coisas que eu não conheço eu iria ouvir, então eu estava lá, dentro do olho do furacão atendendo e vendo um monte de gente morrer, trabalhando com aquilo e as pessoas ignorando toda a minha vivência e toda a minha experiência, todo meu conhecimento [...] – Lara

As profissionais seguiram destacando que a política nacional de enfrentamento ao COVID-19 teve influência direta do então presidente, como explicou a técnica de enfermagem Ana e a afirmação da psicóloga Karen do impacto direto das declarações do presidente, respectivamente:

[...] vivemos em comunidade, ninguém vive sozinho, inclusive durante o isolamento a gente não viu isso, algumas pessoas, famílias sim, se isolaram e se cuidaram, tomaram todo o cuidado de higiene e máscara, mas tem gente até hoje que fala que isso foi uma “gripezinha” que a pandemia não existiu, que isso é coisa que inventaram, são pessoas leigas, são até alguns que tem conhecimento mas que não querem acreditar na realidade [...] – Ana

[...] Sem dúvidas o governo vigente naquele momento foi um grande desafio para as profissionais da saúde em geral, o discurso do presidente Bolsonaro impactou diretamente na forma da população lidar com os cuidados e processar as informações [...] – Karen

As declarações negacionistas, o isolamento social, adesão à campanha de vacinação, desemprego, o retorno do Brasil ao mapa da fome contribuíram progressivamente para a produção do desastre sanitário vivido no país. Outro fator de destaque para o enfrentamento a COVID-19 foi o modo como a mídia propagou informações gerando insegurança e incertezas para o futuro da população. As redes sociais como um veículo de informações rápidas e acessíveis foram também cenários propícios para conteúdos descontextualizados e desinformativos (Reis, 2022). Vale esclarecer que a divulgação dos dados foi importante para que a população tivesse dimensão da pandemia. Assim como apontou a técnica de enfermagem Ana:

[...] Na pandemia foi bem difícil, a gente via na televisão, noticiários que me marcaram muito foram na Itália, aquela questão dos hospitais lotados, parecia um campo de guerra, faltava material, as pessoas com aquelas roupas todas e a gente achava que não ia acontecer aqui e aconteceu [...] – Ana

Nesse cenário de desinformação, a negação da doença fez com que houvesse um atraso das autoridades brasileiras na adesão de medidas de precaução contra o vírus. A população confusa, uma vez que as informações, no decorrer da pandemia não eram claras, favoreceu a desinformação. A palavra “morte” é associada a sentimentos negativos e perdas, para profissionais de saúde que são treinados para salvar vidas, sentem-se fracassados com a perda de seus pacientes, isto é, as profissionais estão preocupadas em alcançar a cura e, quando não conseguem obtê-la, sentem-se fracassados e impotentes (Siqueira; Zilli; Griebeler, 2019). No caso do enfrentamento a COVID-19, a médica Florzinha explicou que: *[...] você acaba se acostumando com tantas mortes, tantas pessoas ruins, as vezes eu queria ajudar muito os pacientes e acabava que não conseguia [...]*. Já para o enfermeiro Michael, a

quantidade de mortes comparadas a outros setores do hospital seria nunca antes vislumbrada por ele [...] *Ter oportunidade de trabalhar dentro da UTI COVID-19 mesmo tendo experiência de ter trabalhado na UTI geral, eu nunca vi tanta morte quanto houve durante essa fase até a liberação das vacinas [...].* A fisioterapeuta Helena buscou as melhores práticas com a equipe multiprofissional, no entanto, sem obter sucesso de cura:

[...] Foi muito difícil, aquela responsabilidade, você segurar na mão da pessoa e falar “não, vai dar tudo certo vamos lá” e a pessoa olhar no fundo dos seus olhos e falar assim “me promete que você vai cuidar de mim e não vai me deixar morrer” e eu não podia fazer nada o meu melhor eu estava fazendo com a equipe toda, com a equipe médica, com a equipe da enfermagem, com a nutrição, com os psicólogos, com todo mundo, o nosso melhor a gente estava fazendo e a gente não podia ajudar [...] – Helena

Segundo Siqueira, Zilli e Griebeler (2019), dependendo do tipo de morte ou do estado de saúde do paciente, as profissionais tendem a diferenciar seu significado. Quando o paciente apresenta situações de sofrimento, sem qualidade de vida, as profissionais aceitam de forma mais branda a morte. Entretanto, quando o paciente é jovem e morre abruptamente, o sofrimento gerado nas profissionais é extremamente excessivo. Nesse sentido, o processo de morte e morrer dos pacientes contaminados pela COVID-19 sofreu influência da comoção, por ser vivida em larga escala no mundo. Por isso, as profissionais não estavam preparadas para lidar com o processo de morte e morrer desses pacientes. O contexto pandêmico para as profissionais de saúde foi comparado a uma situação de guerra devido a todas as dificuldades destacadas acima (Silva et. al, 2022). O auxiliar de enfermagem Henrique e a técnica de enfermagem Ana refletiram sobre esse contexto:

[...] Tinham dias que eu chegava em casa e pensava “será que um dia vai acabar?”, “será que está acabando?”, “será que vai melhorar?”, “será que vai ter alta ou óbito?”, porque assim estar dentro de uma uti covid, quando deu o pico mais alto da variante delta, foi muito pesado, o número de óbito em 24 horas era alto, número de internação aumentando, hospital lotado, pronto socorro lotado, os médicos cansados, colegas cansados, profissionais internando, parentes internando, pessoas conhecidas internando, psicologicamente ficamos bem abalados [...] – Ana

[...] A pandemia não podemos ver a olho nu, mas enfrentamos uma guerra contra ela e eu não falaria que nós ganhamos, eu colocaria como nós perdemos, porque se tivéssemos levado muito mais a sério com muito mais protocolos, com muito mais obediência, ai sim nós teríamos ganho [...] – Henrique

Para Henrique e Ana, a pandemia foi marcada por momentos de incertezas para o futuro de modo coletivo, as falas refletiram a preocupação da forma como seria o convívio em sociedade pós-pandemia e destacando novamente a dificuldade de adesão da população as medidas de proteção contra o vírus da COVID-19. Cabe destacar que, a OMS declarou no dia

05 de maio de 2023 o fim da emergência em saúde pública, isto é, fim da pandemia. No entanto, a OMS destacou que mesmo com o fim da pandemia, o vírus não será extinto, sendo necessária a adesão à vacinação como meio de proteção.

As falas das profissionais anteriormente destacadas elucidam também que para além dos desafios elencados durante o enfrentamento ao vírus da COVID-19, auxiliou-nos a alcançar nosso objetivo específico “identificar os desafios percebidos pelas profissionais de saúde em sua atuação junto a pessoas infectadas pelo vírus da COVID-19” e, certamente, observar que os enunciados das profissionais são similares e complementares apontando não somente as dificuldades de cada especialidade, mas as dificuldades coletivas da equipe multiprofissional.

4.5 Núcleo 4 – A pandemia da humanização: a atuação das profissionais no combate ao COVID-19 – *“Eu gostaria que as famílias soubessem disso, a gente ouve dizer “eles morreram só” não... não morreram só. Nós estávamos ali segurando a mão daqueles que sofriam”.*

De acordo com Heller (1970), a vida cotidiana é a vida do homem inteiro, o homem participa na vida cotidiana com todos os aspectos de sua individualidade, de sua personalidade. Nela, colocam-se “em funcionamento” todos os seus sentidos, todas as suas capacidades intelectuais, suas habilidades manipulativas, seus sentimentos, paixões, ideias, ideologias. A autora explica que a organização do trabalho e da vida privada, os lazeres e o descanso, a atividade social sistematizada são partes orgânicas da vida cotidiana. O homem nasce inserido em sua cotidianidade. O amadurecimento do homem significa, em qualquer sociedade, que o indivíduo adquire todas as habilidades imprescindíveis para a vida cotidiana da sociedade.

Refletindo a vida cotidiana baseado em Heller (1970) e no contexto pandêmico da COVID-19, o processo de hospitalização revelou que o paciente internado em decorrência da doença se encontrava privado de suas atividades cotidianas e do conforto do lar, sendo submetido a rotinas restritivas, impostas por pessoas desconhecidas, especificamente na pandemia, o paciente não tinha acesso a ver nem mesmo o rosto das profissionais que forneciam assistência provocando nos pacientes e em seus familiares sentimentos de vulnerabilidade devido a possibilidade de finitude da vida (Figueira,2022).

Por isso, as restrições impostas pela pandemia da COVID-19 demonstraram a necessidade de humanização durante todo o processo de adoecimento e hospitalização. Em decorrência a essa realidade foram tomadas medidas para mudanças na rotina hospitalar que

afetou diretamente os protocolos de humanização e acolhimento, levando em conta a segurança coletiva dos hospitais e unidades de saúde. Devido as mudanças nos protocolos de acolhimento e humanização, foi preciso que o paciente contaminado fosse isolado sem direito a visitas, essa rotina fazia com que o profissional de saúde fosse a sua única companhia. As profissionais de saúde seguiam demonstrando grande empatia e humanidade com as necessidades desses pacientes.

Outro construto de destaque é a alteridade. A alteridade é a representação do outro dentro de nós e a capacidade de conviver com o outro diferente, de se proporcionar um olhar interior a partir das diferenças. Significa que eu reconheço “o outro” também como sujeito de iguais direitos. É exatamente essa constatação das diferenças que gera a alteridade. Isto significa que uma assistência de qualidade, considera que precisa ser extensiva aos familiares. A representação do outro como alter vai além de vê-lo como um indivíduo capaz de chorar, sorrir e ter suas próprias vontades, mas é preciso também compreendê-lo em seu contexto histórico, familiar e cultural. Portanto, o cuidado humanizado, inclui respeito, carinho, diálogo, privacidade e atenção à família (Puggina; Silva, 2005). A enfermeira Roberta apontou elementos importantes em relação a humanização frente a essa dificuldade imposta pelo vírus da COVID-19:

[...] Comprometimento, atenção constante com a condição do paciente, disposição para atuar nas intercorrências e emergências, apoio ao paciente muitas vezes ouvindo suas queixas, seus relatos de medo muitas vezes fazendo uma oração junto com o paciente antes da intubação, segurar sua mão no momento de fazer a sedação precedente a intubação, tentar facilitar o acesso seguro da família ao paciente doente [...] – Roberta

De acordo com a Souza (2021), a humanização é um conjunto que engloba, o ambiente físico, o cuidado dos pacientes e seus familiares e as relações entre a equipe de saúde. As interações dentro da UTI, emergência ou em qualquer setor do hospital, considera o sujeito como um todo. A técnica de enfermagem Monique apontou o apoio psicológico como estratégia de humanização adotada pela instituição que trabalhou [...] *Olha, as ações que fizeram a diferença no coronavírus, muito o apoio psicológico [...]*, assim como para a técnica de enfermagem Florence a humanização também esteve relacionada diretamente ao apoio psicológico e a coragem durante sua atuação [...] *Eu acredito que eu faço a diferença na minha profissão por eu ter coragem, ter humanização, olhar no olho da pessoa para falar com ela [...]*, para Julia Coelho que destacou a importância de ser a companhia do paciente isolado, e por fim, para a fisioterapeuta Luara a atuação de combate ao vírus da COVID-19 a fez se sentir útil:

[...]Eu gostaria que as famílias soubessem disso... a gente ouviu dizer “eles morreram só” não... não morreram só. Nós estávamos ali segurando a mão daqueles que sofriam, segurando a mão daqueles que choravam na hora da intubação, desesperados pedindo para não morrer, a gente apertou aquelas mãos, a gente acolheu aquela pessoa e rezamos por elas [...] - Julia Coelho

[...] Me senti útil mais do que nunca! Saber que não só minha formação estava ajudando essas pessoas a se recuperarem, mais sim o fato de poder estar presente num momento em que nem sequer a família poderia ficar ao lado desse ente querido [...] – Luara

Vale salientar que, de acordo com Mello e Teo (2019), a partir da década de 1990, os psicólogos passaram a se inserir na área da saúde pública, devido a busca por um modelo de atendimento diferente ao clínico tradicional, no entanto, os espaços da saúde pública são ainda ocupados de forma tímida pelas profissionais de psicologia. Como visto anteriormente nos enunciados das profissionais, a psicóloga Karen destacou que durante o período de pandemia, esses profissionais de saúde mental ganharam destaque: [...] *o trabalho do profissional de saúde mental por muitos anos não foi dado sua devida importância, principalmente no ambiente hospitalar e a pandemia nos proporcionou uma grande visibilidade [...]*. Além do apoio psicológico, outro recurso utilizado durante a pandemia para promover a humanização pelas profissionais de saúde mental, foram os vídeos chamadas (ligações em formato de vídeo, realizadas por meio de tablets e celulares) como estratégia de aproximação entre profissionais, pacientes e familiares. A fisioterapeuta Helena destacou que mesmo sendo um recurso muito utilizado como forma de aproximação, em determinados momentos fragilizava os pacientes, familiares, como também a própria equipe:

[...] A parte que mais destruíamos era não ter visita, a gente chamava os psicólogos porque eles iam fazer a vídeo chamada antes da intubação, o paciente mal conseguia respirar, mal conseguia fazer e aí passava senha do banco, como se fosse um adeus mesmo porque não tinha visita [...] – Helena

Corroborando com Souza (2021), cabe destacar novamente que o cenário pandêmico precisou de intervenções relacionadas à humanização devido à crise na saúde promovida pela COVID-19 que evidenciou limitações na forma de assistência prestada aos pacientes. Nessa perspectiva, o acolhimento tornou-se essencial no cuidado em saúde, uma vez que favorece a criação de vínculos de confiança. Desde 2004, a Política Nacional de Humanização (PNH), ressalta e defende a necessidade de um atendimento resolutivo e acolhedor, garantindo aos pacientes seus direitos, estimulando a educação permanente das profissionais, bem como a participação da gestão no apoio a assistência fornecida. Verifica-se assim que, as profissionais procuraram cada vez mais estabelecer um rendimento adequado nos tratamentos aplicados junto aos pacientes contaminados pelo vírus da COVID-19. Sendo assim, a humanização

aposta na potência do coletivo, na importância da construção de redes de cuidados compartilhados (Ramos et. al, 2021).

[...] Eu ficava muito ali atrás dos médicos, brigando para não deixar nenhum paciente na mão, essa contribuição que eu talvez possa ter realizado durante a pandemia, de não ficar simplesmente no meu papel de gestor da unidade mas, junto ao paciente verificando a melhor clínica, o que eu pudesse fazer ali eu estava presente, seja quando minha equipe não estavam dando conta de preparar um medicamento, de tentar adaptar cortinas para manter o paciente que estava acordado mais confortável e não ver aquele que estava intubado para diminuir a questão do sofrimento deles até pelo fato deles estarem naquele momento de solidão na qual os familiares não poderiam visita-los [...] – Michael

Para a fisioterapeuta Helena, a atuação humanizada se deu através do objetivo de reabilitar o paciente, isto é, devolver a vida funcional que esse paciente tinha antes da contaminação pelo vírus da COVID-19. A profissional Helena destaca que mesmo o paciente sobrevivendo a doença, teria de lidar com as consequências do excesso de medicamentos, tempo prolongado de hospitalização e falta de mobilidade:

[...] Acho que a maior diferença que eu faço na vida das pessoas que contraiu o corona é o pós, a pessoa ficou viva, ok? Mas e agora? Ela não mexe, ela não anda, ela ficou acamada e devolver essa pessoa para a sociedade de modo funcional [...] – Helena

Por fim, as médicas Florzinha e Bárbara demonstraram a importância de lidar com a diversidade no SUS para que tivesse êxito no enfrentamento a COVID-19, as médicas destacam tamanha precariedade no sistema de saúde, fazendo um comparativo das adversidades vividas durante o período de pandemia:

[...] Eu acho que isso é muito importante, essa carga pesada já que a gente tinha no hospital municipal, dos problemas, da sobrecarga de trabalho, de emergência mesmo, de ver de tudo, ver vários tipos de doenças, os casos mais bizarros possíveis, fez com que a gente atuasse melhor e tivesse menos medo do covid, eu acho. [...] – Florzinha

[...] Somos nós que cuidamos de pessoas em seus momentos mais vulneráveis, em seu momento mais delicado, e ainda assim, sem recursos, sem equipe adequada, sem valorização, tentamos (eu tento), dar o meu melhor, e esse é para mim um grande desafio. Mesmo que tudo seja a favor para não nos dedicarmos, para desanimarmos, que ainda assim, encontremos dentro de nós o melhor motivo para seguirmos [...] – Bárbara

O SUS contou com 329.854 estabelecimentos de saúde, ambulatoriais e/ou hospitalares, além de 447.510 leitos, dos quais 34.318 dedicados à UTI para o atendimento de pacientes em estado crítico (Brasil, 2021a). O SUS empregou diretamente, mais de 3,5 milhões de profissionais da saúde, médicas de diversas especialidades, enfermeiras, fisioterapeutas e psicólogas, bem como técnicas e auxiliares de enfermagem, entre outras

profissionais. Além disso, o SUS atuou em todos os 5.570 municípios das cinco regiões do país e com essa força de trabalho enfrentou a pandemia da COVID-19. No caso da pandemia de COVID-19, evidentemente todos os sistemas estão submetidos a um imenso estresse, pois as sociedades cobravam respostas em uma velocidade nunca demandada. Frente à condição social de não haver possibilidade terapêutica medicamentosa e não se dispor de quantidade suficiente de leitos para terapia intensiva, independentemente de se tratar de hospitais públicos ou privados. A pandemia amplificou as importantes desigualdades no acesso, cobertura e utilização de serviços de saúde no Brasil especialmente no acesso à atenção especializada e hospitalar no SUS (Bousquat; Akerman; Mendes; Louvison; Frazão; Narvai, 2021).

Como destacado pelas médicas, as adversidades enfrentadas foram múltiplas. Essas dificuldades apontaram para a dimensão humana dessas profissionais, a preocupação com outros sujeitos, o movimento de colocar-se no lugar dos pacientes infectados pelo vírus, a sensibilidade de perceber para além de si mesmas as emoções dos pacientes e colegas. O cotidiano de combate ao vírus da COVID-19 das profissionais de saúde implicou em lidar com sofrimentos e patologias gerando desgaste emocional e perda da humanização retirando dessas profissionais o sentido de sua atuação que tinham a finalidade de cuidar e proporcionar conforto e bem-estar. Embora fosse possível observar essa realidade, à medida que a pandemia avançava, as participantes relataram a preocupação que tinham em exercer a sua função de maneira humanizada. Apesar do contexto de emergência sanitária, a pandemia proporcionou as profissionais desta pesquisa o resgate das dimensões humanas, se responsabilizando pelos pacientes de modo ético e reconhecendo o outro como iguais a si próprios.

4.6 Núcleo 5 – O que aprendemos com a pandemia? – “A pandemia foi de longe a fase mais desafiadora da minha vida profissional até o momento”.

A pandemia da COVID-19 emergiu como um fenômeno complexo e incerto para todas as pessoas configurou-se como o maior desafio sanitário desse século, pois provocou nas pessoas transformações inerentes às suas subjetividades, nos seus modos de relação com as pessoas e com o mundo circundante. Houve a elaboração de novos sentidos e significados desses sujeitos para consigo mesmo, com a família e amigos, a sociedade, as relações de trabalho e com o contexto político (Sousa, 2021).

Os sentidos e significados atribuídos pelas profissionais de saúde durante a pandemia da COVID-19 revelaram que a partir delas próprias com as mudanças nas atividades

cotidianas, dos sentimentos e do abrir-se à novas possibilidades gerou impactos psicossociais, criação de estratégias de enfrentamento e de cuidado nesse período. As incertezas provocaram inquietações que estimularam a autoproteção com ações individuais e pensando no próximo, ações coletivas. Desse modo, as profissionais refletiram, olharam para si próprios e para as condições da vida, buscando o cuidado biopsicossocial, com evidentes transformações na identidade (Sousa, 2021). Nesse contexto, o enfermeiro Michael refletiu sobre a necessidade de pensar de modo coletivo, ter empatia com o próximo e destacou a nova realidade do mercado de trabalho, já para a fisioterapeuta Helena revelou a importância dos recursos humanos ao invés dos recursos materiais:

[...] A pandemia acredito que foi um aprendizado para todas as pessoas darem mais valor na questão do amor ao próximo, de estarem presentes, acho que as pessoas vivem hoje num mundo que estão muito distantes umas das outras na questão de preocupação com o próximo. Valorizar o hoje, valorizar as pessoas que a gente ama. A pandemia foi uma aprendizagem para muitas empresas que quebraram, o comércio, a necessidade de planejamento financeiro [...] – Michael

[...] A pandemia ela deixou bem claro que não é só ter e conquistar coisas materiais porque o material fica, e o resto? O resto vai embora, isso me deixou mais forte, foi o que eu aprendi [...] – Helena

Por isso, devido a essa realidade, pode-se compreender que os sentimentos das profissionais de saúde foram ambivalentes, considerando que a percepção foi de um futuro incerto procurando ter esperança na normalidade (Nasi, 2021). Em contrapartida, os sentidos de alteridade que essas profissionais de saúde demonstram para com a sociedade, com seus colegas de trabalho e suas famílias refletem a responsabilidade ética dessa categoria profissional. Diante desse cenário, Namura (2004) explica que superar o dualismo razão e emoção e formar o conceito de “sentido” para ressaltar aquilo que é especificamente humano no sujeito, sua capacidade de criação e autoprodução nos seus modos e condições de existência.

O contexto vivido pelas profissionais de saúde no enfrentamento a pandemia da COVID-19, a interação com os pacientes, com os colegas de trabalho diante da adversidade demonstrou crescimento pessoal e profissional conforme os relatos das entrevistadas, como a médica Florzinha destacou que [...] *por outro lado foi muito importante para o crescimento profissional, aquela coisa, chorando mais a gente vai, mas foi rico para a experiência profissional e principalmente no que se trata a emergência [...]*, já a psicóloga Valéria que apontou como os pacientes estavam pós hospitalização, já a fisioterapeuta Lara comparou o

aprendizado prático de dois anos de pandemia com os cinco anos de graduação, respectivamente:

[...] As pessoas que saíram daquilo tudo, o sentimento era de gratidão, por ter estado ao lado daquela pessoa, por ter escutado as dores e dificuldades, por ter abraço com o olhar aqueles pacientes que não conseguiam nem falar que estavam traqueostomizados, as vezes até desacordados, entubados, o conforto, o amparo emocional me faziam sentir uma pessoa de bem, de Deus [...] – Valéria

[...] Falando de uma forma profissional, a pandemia me fez crescer muito, eu cresci profissionalmente 5 anos em 2, então aprendi muito da parte técnico científica, a lidar com pressão no plantão, a ter vários pacientes passando mal ao mesmo tempo, a ter que contar com a equipe, eu precisar da equipe e a equipe precisar de mim. Aprendi muito, tive o privilégio de ter fisioterapeutas mais experientes, de ter fisioterapeutas doutores super capacitados para me ajudar e me orientar [...] – Lara

Cabe ressaltar que, no núcleo de significação 3, foi discutido a importância da dimensão espiritual como estratégia de enfrentamento para o sofrimento psíquico das profissionais da “linha de frente” da pandemia. Seguindo com a discussão deste núcleo, Vygotsky (2004) afirma que o sentido é sempre uma formação dinâmica, fluida e complexa. O autor afirma que o sentido é a soma de todos os eventos psicológicos que a palavra desperta na consciência. A ação e o pensamento são motivados por aspectos emocionais, os quais são caracterizados pela conexão entre processos psicológicos e as relações (Alves, 2010). Isto é, considera que os sentidos mudam de acordo com a vida do sujeito e traduzem a relação do sujeito com os fenômenos objetivos conscientizados. Além disso, é o sentido que se exprime na significação, e não o contrário; é o sentido que se concretiza nas significações. Já o significado é somente uma zona de sentido que a palavra adquire no contexto da narrativa do sujeito sendo considerado exato e uniforme. Por isso, os significados são produtos históricos e as relações sociais neles se refletem, desenvolvem-se e se modificam de acordo com o desenvolvimento.

A psicóloga Karen descreveu esse contexto pandêmico como [...] *Senti que trabalhei em um momento histórico para a humanidade, que será eternizada nos livros de história [...]*, já para a técnica de enfermagem Florence foi difícil atribuir significado diante do contexto de crise [...] *O significado da pandemia parece que foi um pesadelo que acabou e serviu para gente valorizar mais a família e para gente ver o quanto a vida é frágil [...]*, para a fisioterapeuta Helena ressaltou atribuir valor a vida em questões subjetivas ao invés de questões materiais, assim como para a psicóloga Valéria e por fim para a técnica de enfermagem Ana o significado é de aprendizado coletivo e de empatia aos outros:

[...] Apesar de ter sido uma época muito triste, acho que me fortaleceu muito, aprendi muito, então dou valor a tudo na vida, a tudo pelo simples fato de você conseguir inspirar e insuflar seus pulmões de ar sozinho, agradecer porque consigo andar sozinha, agradecer pela sua família que é um dos bens mais preciosos que a gente tem é a nossa família sabe e dar valor e poder estar junto com eles [...] – Helena

[...] O que tem valor na vida sabe? O quanto a vida humana deixou de ter valor e o quanto as coisas foram substituídas, o quanto adquirir coisas se tornou mais importante do que o valor das pessoas, o afeto, o carinho, o diálogo. Atribuo esse significado ao coronavírus que ele veio para trazer luz, de sentido de vida, esse o significado que eu atribuo a percepção do sentido da vida que se perdeu dentro de muitas famílias e indivíduos[...] – Valéria

[...] A pandemia eu acho que significou muito aprendizado para muita gente, pelo menos para aqueles que se importam com outras pessoas, independente de ser familiar ou não, porque uma coisa que a gente viu muito foi famílias inteiras devastadas [...] – Ana

A psicóloga Valéria ainda refletiu que a pandemia deixou consequências para as pessoas fazendo-as lembrar da finitude da vida:

[...] O coronavirus chegou para nos lembrar da nossa finitude, porque ele matou as pessoas muito rápido, ele adoeceu as pessoas muito rápido, ele trouxe a compreensão para as pessoas embora tenhamos variadas outras doenças que nos abatem tanto quanto, mas a maneira como ele se apresentou, a quantidade de pessoas que ele atingiu de uma só vez, isso em um só momento, fez com que as pessoas compreendesse a finitude da vida, tocasse o sofrimento de forma muito abrupta, de uma maneira muito incisiva [...] – Valéria

E a médica Florzinha lembrou que recebeu presentes e afeto dos pacientes que venceram a doença, lembrando a dificuldade do trabalho, mas o sucesso ao final:

[...] E outra que foi muito boa, era uma paciente jovem, que tinha acho que filhinho pequeno em casa, trinta e poucos anos, ela não queria ser entubada de jeito nenhum foi um tempão da gente conversando com ela, a psicóloga conversou e por fim a gente entubou ela e ela sobreviveu, e depois ela voltou com um bolo e agradeceu a gente com toda a família dela junto para gente conhecer, agradeceu e tudo, e trouxe o bolo para gente comer.[...] – Florzinha

Para Vygotsky (2004) o homem, no conjunto de suas relações sociais, está sempre em movimento e, assim, constituindo sempre novas experiências, novos modos de ser. Podemos assim considerar que esse movimento de constituição dessas profissionais e da realidade foi sempre mediado por crises, avanços e retrocessos, para compreender o comportamento das profissionais foi necessário levar em consideração essas mediações que constituiu sua subjetividade. Portanto, a subjetividade carrega as marcas da história pessoal, social e cultural, dos tempos históricos vividos.

4.7 Análise internúcleos

Após a interpretação intranúcleos passamos para a análise internúcleos que se consiste em articular temas abordados pelas profissionais que revelam a constituição da subjetividade das profissionais em um contexto de crise, como no caso da temática desta pesquisa, a pandemia da COVID-19. Na perspectiva sócio-histórica, a compreensão de qualquer fenômeno somente pode acontecer em sua totalidade, em seu contexto histórico e social. Os fenômenos sociais sempre se dão em movimento, de forma dialética. Assim como, as ações preventivas à contaminação pelo novo coronavírus dependiam de cada um de modo individual e de todos de maneira coletiva. Em um primeiro momento sem compreender a dimensão da pandemia, a reação das profissionais e da sociedade em geral foi de incredulidade e negação.

Na constituição histórica e social, nunca se supôs que um vírus com potencial letal pudesse afetar a todas e todos independente de aspectos econômicos, sociais, políticos, entre outros. A incerteza, presente na experiência de combate a COVID-19 desencadeou contraditórios modos de viver para as profissionais. Por não ser visto, o vírus foi temido por alguns e negado por outros. Como enfrentar um vírus inofensivo para algumas pessoas e altamente destrutivo para outras? O possível coletivamente, como forma de enfrentamento da doença foi o isolamento social/individual. Por meio da negação o sujeito não aderiu ao isolamento social. Quando respeitava à dignidade humana, no reconhecimento de si mesmo no outro, o sentimento de medo dominava e nesse caso acontecia à adesão ao isolamento social.

Todo esse cenário pandêmico impactou e produziu de modos silenciosos adoecimentos. O Brasil, especificamente, atravessou um momento político complexo, usou práticas autoritárias travestidas de democráticas, carregadas de negação da ciência, desmontando políticas públicas. Para as profissionais que enfrentaram diretamente o vírus existiam desafios todos os dias, sendo esse momento comparado a uma guerra, pelo isolamento social, pela sobrecarga de trabalho, jornadas extensas, falta de recursos humanos e infraestrutura, a condição de atuação desenvolveu nas profissionais angústias e incertezas, ansiedades, estresse, solidão, cansaço e desesperança. Além das consequências para a saúde dessas profissionais, o contexto pandêmico produziu outras formas de sociabilidade, mediadas pela virtualidade das relações, pelo medo do outro, pelo medo de si e do futuro. Essa nova forma de constituição da subjetividade marcou as vivências concretas no mundo pandêmico, se entrelaçou com sentimentos de solidariedade, fraternidade e de reconhecimento do outro como igual.

Por fim, a experiência de combate ao vírus da COVID-19 carregou um conjunto de elementos que, historicamente, constituiu a subjetividade das profissionais participantes deste estudo. Em outras palavras, os diversos elementos desta pesquisa são dialeticamente articulados e se configuravam como sentidos constituídos pela participante, não somente com a reflexão sobre suas ações profissionais, mas com o conjunto de experiências profissionais que caracterizou a sua dimensão histórica e subjetiva. Cabe aqui destacar que, as entrevistas não tinham a finalidade de levar as profissionais à produção de novos sentidos, mas existia a intenção de contribuir com a sua mobilização, colocando-as na condição de refletir sobre as suas ações profissionais no enfrentamento ao vírus.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As considerações finais desta pesquisa, embora signifique a interrupção de sua escrita, não encerra as suas questões, mas convoca-nos a pensar em seus desdobramentos. Compreendendo que, as reflexões críticas construídas, no decorrer das discussões deste estudo, denunciaram importantes questões sociais e anunciaram possibilidades de transformação. O primeiro ponto a ser destacado sem receio de repetição são justamente os desafios enfrentados ao longo do combate a COVID-19 pelas profissionais de saúde. De acordo com as participantes, a pandemia acentuou a precariedade nos serviços de saúde, como a sobrecarga de trabalho, jornadas extensas de trabalho, a falta de infraestrutura nas instituições hospitalares, falta de insumos, falta de investimento, a falta de reconhecimento das categorias profissionais, a falta de ações efetivas de enfrentamento ao vírus por parte do governo federal, comportamentos negacionistas, entre outros fatores. Esses desafios apontam para significações que evidenciam o SUS enquanto política pública presente, apesar de todo o cenário de fragilização, desfinanciamento e desmonte. Neste estudo compreendemos que as políticas públicas podem ser espaços de transformação social e a dimensão subjetiva, pode ter contribuições importantes na criação de estratégias para o enfrentamento da doença.

Cabe destacar também o expressivo aumento do desemprego e da desigualdade social demonstrou que os mais pobres foram os que mais sofreram com a pandemia, sem garantia de renda e direito à saúde. Vale destacar que, segundo o IBGE (2020) existia no Brasil mais de 52 milhões de pessoas em situação de pobreza e mais de 13 milhões em situação de extrema pobreza, sendo o Brasil um dos maiores produtores e exportadores de alimentos do mundo, por pior que seja esse contexto, com o advento da pandemia essa realidade piorou. O Brasil voltou a ocupar lugar no Mapa da Fome estabelecido pela ONU, sendo que em 2013 havia deixado essa posição. O IBGE destacou que, em 2019, no Brasil tinha cerca de 12,6 milhões de desempregados e mais de 38 milhões de trabalhadores informais em condições precárias de trabalho e sem seguridade social.

O segundo ponto de destaque foi à formação das profissionais de saúde. A escolha pela categoria da saúde para as diferentes especialidades entrevistadas revelou como significado a necessidade de cuidar. Pela perspectiva sócio-histórica, as escolhas profissionais são realizadas baseadas nas experiências, necessidades do sujeito, formação de sua identidade e o contexto social e histórico que o sujeito vive. As profissionais participantes desta pesquisa referiram que a escolha surgiu da necessidade de cuidar de membros familiares que adoeceram e para manter o legado de outros familiares na área da saúde.

Diante desse cenário, escutar as significações construídas pelas profissionais de saúde que atuaram diretamente no combate ao vírus da COVID-19 proporcionou reflexões acerca do processo dialético de construção da subjetividade dessas participantes em um contexto crise. Realizar uma leitura sócio-histórica dessa realidade foi necessário reconhecer que não se tratou de processos naturais e universais, mas sim, de processos mediados por um contexto social, histórico, político e cultural. Com base nesta pesquisa é importante reiterar que as significações construídas pelas participantes não contemplaram a complexidade das vivências de todas as profissionais que não atuaram no setor COVID-19, exceto pela carga de trabalho da equipe de enfermagem que salientamos ser histórica as jornadas de trabalho com duplo vínculo e a sobrecarga de trabalho que é considerada extensa mesmo sem um contexto de emergência, como a pandemia da COVID-19.

A pandemia da COVID-19 representou um fenômeno emblemático acerca dessas questões, às significações apresentadas pelas participantes da pesquisa apontaram que pandemias não surgem ao acaso, mas como resultado do desequilíbrio ecológico, causado pela produção destrutiva. O contexto pandêmico revelou o conceito de saúde única, uma saúde que reconhece as saúdes humana, animal e do ambiente como elementos intimamente ligados. A pandemia mudou a forma de sociabilidade com a quarentena, novos hábitos de consumo, relações de trabalho, tecnologias, entre outros aspectos.

Os sentimentos das participantes nos levam a compreender os sentidos atribuídos a experiência de atuar diretamente no combate ao vírus da COVID-19. O sentimento predominante foi o medo, para algumas profissionais o medo de contaminar os familiares que estavam em isolamento social em suas residências, para outras o medo de morrer e para outras o medo do futuro. Além do medo, foram mencionados sentimentos como angústias, incertezas, tristeza, desesperança, sintomas de ansiedade e estresse. Por outro lado, algumas profissionais refletiram que a atuação no enfrentamento ao vírus foi um privilégio, mesmo com todos os riscos. Apesar de a pandemia ter sido vivida como um evento estressante elencar as implicações para a saúde dessas profissionais participantes direcionou-nos a ter subsídios necessários para o cuidado as profissionais.

Saliento que as participantes devido à realidade de trabalho nos serviços de saúde, precisam lidar com o sofrimento, a vulnerabilidade para proporcionar conforto e bem-estar aos pacientes, essa situação no decorrer do dia a dia fez com que perdessem a capacidade de humanizar o cuidado e atenção aos sujeitos doentes. A pandemia, nesta situação, funcionou como uma forma de resgatar essa capacidade de atenção ao próximo diante da adversidade, despertando comoção nas profissionais, pois devido ao isolamento social, visitas foram

proibidas para evitar a contaminação pelo vírus. Toda a experiência vivida pelas profissionais que atuaram na “linha de frente” de combate ao vírus proporcionou a oportunidade de crescimento pessoal e profissional. Crescimento pessoal, pois aprenderam a valorizar as pessoas que os cercam e crescimento profissional, pois aprenderam a atuar em situações de crise, assim como, valorizar a atuação em equipe multiprofissional e desenvolver técnicas efetivas de combate à doença.

A partir desses resultados, consideramos que foi possível responder aos nossos objetivos específicos de pesquisa, a saber: 1) Conhecer as características da formação das profissionais de saúde participantes e as experiências com atendimentos hospitalares; 2) Identificar os desafios percebidos pelas profissionais de saúde em sua atuação junto a pessoas infectadas pelo vírus da COVID-19; 3) Elencar os efeitos da pandemia sobre a saúde física e mental das profissionais de saúde.

Quanto aos limites do nosso estudo, deparamo-nos com algumas questões, relacionadas às próprias limitações da pandemia. Como por exemplo, uma dimensão importante da pesquisa qualitativa foi prejudicada em virtude da necessidade de distanciamento social enquanto medida de prevenção a COVID-19, questão que impossibilitou uma maior vinculação da pesquisadora com as participantes. Também enfrentamos algumas lacunas com relação à análise dos dados, como por exemplo, a dimensão da espiritual/religiosa que, embora tenha sido registrada nos enunciados das participantes, não foi possível sistematizar dados suficientes para discutir suas significações. Outro limite da pesquisa a ser assinalado se refere à necessidade de uma discussão aprofundada acerca da dimensão de gênero, uma vez que a maior parte das profissionais da saúde são mulheres.

Perceber a complexidade dos desafios anteriormente destacados e orientados por um olhar crítico é necessário reconhecer as limitações da escuta e das análises, a pesquisa buscou construir um diálogo com as participantes enquanto interlocutoras da pesquisa, partilhando os questionamentos, reflexões e inquietações que pautaram a construção do estudo, procurando realizar uma troca de significações. Assim, as participantes foram incentivadas a partir de suas experiências acadêmicas e práticas que construíram ao longo de seus percursos, a tecer críticas, no entanto, foi observado que as profissionais apontaram enunciados comuns, isto é, soluções e saídas para os problemas elencados a partir do senso comum devido a realidade em que estão inseridas, inclusive, cabe destacar que as profissionais que possuíam ensino superior, apresentaram as mesmas soluções.

Por fim, destaco que a força deste estudo reside não somente em narrar à história dessas profissionais, mas sim, na possibilidade de, promover reflexões, transformações nas práticas de cuidados, apontando para atuações compromissadas socialmente, independente da especialidade dessas profissionais. Para além das contribuições, ressalto também os desdobramentos para novos estudos, como por exemplo, a questão de gênero nas profissões relacionadas a saúde, a questão da espiritualidade/religiosidade como estratégia de enfrentamento para emergências e a novas percepções sobre a psicologia social e do trabalho.

REFERÊNCIAS

- ABRÃO J. História, Memória e Comportamento Sociais em Tempos de COVID-19. **História em Revista, Pelotas**, 2020; 2: p.209 -229. Acesso em: Maio/2023.
- AGUIAR, W. M. J. Reflexões a partir da Psicologia Sócio-Histórica Sobre a Categoria “Consciência”. **Cadernos de Pesquisa**. n. 110, p. 125-142, julho/2001.
- _____. A Pesquisa Junto a Professores: fundamentos teóricos e metodológicos. In: (Org.). Sentidos e Significados do Professor na Perspectiva Sócio-Histórica: relatos de pesquisa. São Paulo: **Casa do Psicólogo**, 2006.
- _____. A escolha na orientação profissional: contribuições da psicologia sócio-histórica. *Psic. da Ed.*, São Paulo, 23, 2º sem. de 2006, pp. 11-25. Acesso em: jun/2023.
- AGUIAR, W. M. J. OZELLA, S. Núcleos de Significação Como Instrumento Para a Apreensão da Constituição dos Sentidos. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2006, 26 (2), p. 222-245.
- _____. Apreensão dos sentidos: aprimorando a proposta dos núcleos de significação. **Rev. Brasileira de Estudos Pedagógicos**, Brasília, v. 94, n. 236, p. 299-322, jan./abr. 2013.
- AGUIAR, W. M. J.; SOARES, J. R.; MACHADO, V. C. Núcleos de significação: uma proposta histórico dialética de apreensão das significações. **Cadernos de Pesquisa, São Paulo, Fundação Carlos Chagas**, v. 45, n. 155, p. 56-75, mar. 2015. Acesso em: out/2021.
- ALBUQUERQUE, E. M. Avaliação da técnica de amostragem “Respondent-driven Sampling” na estimação de prevalências de Doenças Transmissíveis em populações organizadas em redes complexas. 2009. 99f. **Dissertação (Mestrado em Saúde) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca Fiocruz**, Rio de Janeiro, 2009. Acesso em: Out 2022.
- ALBUQUERQUE B, et al. Nota Técnica no 04. **Reflexões sobre o comportamento da epidemia da COVID-19 segundo as regiões de saúde do Estado do Amazonas** [Internet]. COVID-19 I, editor. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2021. Acesso em: set/2021.
- ALVES, S. C. A formação do conceito de consciência em Vygotsky e suas contribuições à Psicologia. **Arquivos Brasileiros de Psicologia [en linea]**. 2010, p.13-22. Mar. 2023.
- AMAZONAS. **Relatório diário do monitoramento do COVID-19 no Amazonas**. Disponível em: <<http://www.transparencia.am.gov.br/COVID-19/monitoramento-COVID-19/#painel-de-monitoramento-COVID-19>>. Acesso em set/2020.
- ARAÚJO, D; MIRANDA, M. C. G; BRASIL, S. L. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Bahia, v. 31, n. 1, p. 20-31, 1 jun. 2007. Mensal. Acesso em: fev. 2023.
- BARBOSA, D. J.; PEREIRA GOMES, M.; TOSOLI GOMES, A. M. Fatores de estresse nas profissionais de enfermagem no combate à pandemia da COVID-19: síntese de evidências. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 31, n. Suppl1, p. 31-47, 2020.

BARRETO, I. C. H. C; COSTA FILHO, R. V; RAMOS, R. F.; OLIVEIRA, L. G; MARTINS, N. R. A. V.; CAVALCANTE, F. V.; ANDRADE, L. O. M.; SANTOS, L M. P. Colapso na Saúde em Manaus: o fardo de não aderir às medidas não farmacológicas de redução da transmissão da COVID-19. **Scielo Preprints**, v. 1, p. 3-20, 18 fev. 2021. Mensal. Acesso em: set/2021.

BARROS, S; OLIVEIRA, M. A. F. D; SILVA, A. L. A. E. Práticas inovadoras para o cuidado em saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, 2007 41(spe), p. 815–819, dez. 2007. Acesso em mar. 2023.

BARROSO, B. I. L.. A saúde do trabalhador em tempos de COVID-19: reflexões sobre saúde, segurança e terapia ocupacional. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional [online]**. v. 28, n. 3 p. 1093-1102. Jul/2020. Acesso em: ago/2021.

BITENCOURT, S. M.; ANDRADE, C. B. Trabalhadoras da saúde face à pandemia: por uma análise sociológica do trabalho de cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 1013–1022, mar. 2021. Acesso em: jun/2023.

BOCK, S. D. Orientação profissional: a abordagem sócio-histórica. 2. ed. **São Paulo: Cortez**, 2002. Acesso em mar. 2023.

BOCK, A. M. B. A Psicologia Sócio-Histórica: uma perspectiva crítica em Psicologia. In: BOCK, A. M. B.; GONÇALVES, M. da G. M.; FURTADO, O. (orgs.) **Psicologia Sóciohistórica: uma perspectiva crítica em Psicologia**. 6 ed. São Paulo: Editora Cortez, 2015. p. 21-46.

BOCK, A. M. B.; AGUIAR, W. M. J. Por uma prática promotora de saúde em orientação vocacional. In: BOCK, Ana M. B. et al. (Org.). A escolha profissional em questão. **São Paulo: Casa do Psicólogo**, 1995. p. 9-23.

BOCK, A. M. B., FURTADO, O. e TEIXEIRA, M. L. T. Psicologias: uma introdução ao estudo de psicologia. São Paulo: **Saraiva**, 1999.

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação – uma introdução à teoria e aos métodos**. Trad.: Maria João Alvarez, Sara Bahia dos Santos e Telmo Mourinho Baptista. Portugal: Porto Editora, 1994.

BOUSQUAT, A, AKERMAN, M, MENDES, A, LOUVISON, M., FRAZÃO, P, NARVAI, P. C. Pandemia de covid-19: o SUS mais necessário do que nunca. **Revista USP**, [S. l.], v. 1, n. 128, p. 13-26, 2021. Acesso em: jun/2023.

BRASIL, Ministério da Economia. Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada. **Nota técnica Mapeamento das profissionais de saúde no Brasil: alguns apontamentos em vista da crise sanitária da COVID-19** N°30 [Internet]. Brasília: Ministério da Economia; 2020. Acesso em: maio/2021.

_____, Ministério da saúde. **Saúde mental e atenção psicossocial na COVID-19: a quarentena na COVID-19: orientações e estratégias de cuidado**. 2020

_____. Censo Demográfico 2010, Características da população e dos domicílios resultados do universo. Rio de Janeiro: **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)**, 2011. Acesso em: Ago/2021.

_____. Ministério da Saúde. **Painel coronavírus: COVID-19**. 9 ago. 2020. Acesso em: out/2021.

_____. Portaria MS n. 2.349, de 14 de setembro de 2017. **Aprova a Classificação de Risco dos Agentes Biológicos elaborada em 2017, pela Comissão de Biossegurança em Saúde (CBS), do Ministério da Saúde**. Acesso em: maio/2023.

_____. Resolução MS/ANVISA RDC n. 222, de 28 de março de 2018. **Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências**. Brasília, DF. Acesso em: maio/2023.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 510, de 7 de abril de 2016. **Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em ciências humanas e sociais**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, set/2022.

_____. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde**, 2021a. Página inicial. Acesso em: jun/2023.

CALMON T.V.L. As condições objetivas para o enfrentamento ao COVID-19: abismo social brasileiro, o racismo. **NAU Soc [Internet]**. 2020 Abril 30;11(20):131. Acesso em: Set/2021.

CASTRO, E. S. M.; OLIVEIRA, F. C. S.; VIANA, M. R. P. Ações do Enfermeiro Urgente no Combate ao COVID-19. **Investigação, Sociedade e Desenvolvimento**, [S. l.], v. 10, n. 6, Acesso em: maio/2023.

CATUNDA, M.; ALBUQUERQUE, L. N.; BERNARDI, C.; PORTO, A.; NARDINO, F.; LIMA, M. E.; ARAÚJO, V. Humanização no hospital: atuações da psicologia na COVID-19. **Cadernos ESP**, [S. l.], v. 14, n. 1, p. 143–147, 2020.. Acesso em: out/2021.

CLOT, Y. A Função Psicológica do Trabalho. Petrópolis, RJ: **Vozes**, 2006.

COSTA, S. S. Pandemia e desemprego no Brasil. **Revista de Administração Pública [online]**. 2020, v. 54, n. 4, Acesso em: out/2021. p. 969-978.

COTTA, R. M. M. Pobreza, injustiça, e desigualdade social: repensando a formação de profissionais de saúde. **Rev. Bras. de Edu. Med.**, v. 31, 2007 31(3), p. 278–286, set. 2007. Acesso em: Fev. 2023.

CUNHA, M. L, PEREIRA L. A. S, SILVA J. S. Prevenção relacionada à exposição ocupacional: COVID-19. **Rev Enferm UERJ**. v. 28, p. 1-6. 2020. Acesso em: out/2021.

DOMINGUES, C. M. A. S. Desafios para a realização da campanha de vacinação contra a COVID-19 no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 1, p. 1-5, 2021. Acesso em: maio/2023.

FALCÃO, V. Os desafios da enfermagem no enfrentamento a COVID-19. Recife: **Redeps**, v. 5, n. 13, 1 maio 2020. Mensal. Acesso em: fev. 2023.

FERNANDEZ, M; LOTTA, G; OLIVEIRA, G. S. S. O. Por Trás da Máscara: Percepções dos Médicos que Atuam na Linha de Frente da Pandemia de COVID-19 no Estado de São Paulo. São Paulo: **Instituto de Estudos Para Políticas de Saúde (IEPS)**. Nota Técnica n. 12, 2020. Acesso em: maio/2023.

FIGUEIRA, D. A. M. Acolhimento hospitalar em tempos de pandemia de COVID-19: relato de experiência. **Rev. Eletro. Acer. Saú.**, v. 15, n. 1, p. 1-7, 25 jan. 2022. Acesso em fev. 2023.

FONSECA, D. C. Ser e estar em um mundo pandêmico: marcas da COVID-19 na subjetividade. **Rev. Inter. de Dir. Hum.**, Bauru, v. 8, n. 2, p. 111–120, 2020. Acesso em: Abr. 2022.

FONSECA, M. C. Sentimentos de profissionais de saúde durante a pandemia da COVID-19. **Editora Científica Digital**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 174-186, jan. 2022. Acesso em fev. 2023.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro. **O impacto da pandemia entre profissionais de saúde**, Rio de Janeiro: Fiocruz; Mar/2021. Acesso em: out/2021.

_____. Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro. **Diálogos sobre acessibilidade, inclusão e distanciamento social: territórios existenciais na pandemia**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2020. Acesso em Maio/2023.

_____. Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro. **Pesquisa traça perfil de médicos e profissionais de enfermagem mortos por Covid-19**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2023. Acesso em jun/2023.

GACHARA, G. (2016). Genoma inteiro caracterização dos vírus da gripe humana A (H1N1) isolados do Quênia durante o ano de 2009, pandemia. **Infeção, genética e evolução**, 40, 98-103.

GASTALDI, A. C. Fisioterapia e os desafios da Covid-19. **Fisioterapia e Pesquisa [online]**. 2021, v. 28, n. 1. Acesso em: maio/2023.

GIL, M. E., BERTUZZI, L. D. Desafios para a psicologia no cuidado com o cuidador. **Revista Bioética [Internet]**. 2006;14(1):49-59. Acesso em set/2021.

GOIS, L. C. A importância da humanização em tempos de pandemia. **Investigação, Sociedade e Desenvolvimento**, [S. l.], v. 11, n. 4, pág. 1-9, 2022. Acesso em mar. 2023.

GONÇALVES, M. da G. M. A Psicologia como ciência do sujeito e da subjetividade: a historicidade como noção básica. In: BOCK, A. M. B.; GONÇALVES, M. da G. M.; FURTADO, O. (org.) **Psicologia Sócio-histórica: uma perspectiva crítica em Psicologia**. 6. ed. São Paulo: Editora Cortez, 2015. p. 47-66.

GONÇALVES, M. da G. M.; BOCK, A. M. B. A importância da ruptura epistemológica - Nosso caminho com Silvia Lane. In: SAWAIA, B. B., PURIN, G.T. (org.) **Silvia Lane: uma obra em movimento**. São Paulo: EDUC, 2018. p. 135-158.

GONZÁLEZ REY, F. Sujeito e Subjetividade: uma aproximação histórico-cultural. São Paulo: **Pioneira Thomson Learning**, 2003.

_____. O Social na Psicologia e a Psicologia Social: a emergência do sujeito. Petrópolis, RJ: **Voices**, 2004.

_____. Pesquisa Qualitativa e Subjetividade: os processos de construção da informação. São Paulo: **Pioneira Thomson Learning**, 2005.

GUINÂNCIO, J.C, et. al. COVID - 19: Desafios diários e estratégias de enfrentamento diante do isolamento social. **Investigação, Sociedade e Desenvolvimento**. v. 9, n. 8, p. 1-17, 2020. Acesso em fev. 2023.

HARVEY, D. Política anticapitalista em tempos de COVID-19. In: DAVIS, Mike, et.al (Orgs.). **Coronavírus e a luta de classes**. Brasil: Terra sem Amos, 2020. p.13-24.

HELLER, Agnes. O cotidiano e a história. **São Paulo: Paz e Terra**, 1970.

JUSTO-HENRIQUES, S. Contribuição da psicologia da saúde na promoção do comportamento salutogênico pandêmico. **Psicologia, Saúde & Doença**, [S.L.], v. 21, n. 02, p. 297-310, jun. 2020. Acesso em: out/2021.

LEVIEN, S.; ROSSKOPF, D. H. COVID-19 no Brasil: um olhar social sobre a pandemia. **Revista Thema**, [S. l.], v. 20, p. 1-16, 2021. V20.Especial.2021.1-16.1811.

LIMA, B; CARDIM, M. E. Chega a 25 o número de militares nomeados no Ministério da Saúde. **Correio Braziliense**, Brasília, 5 jun. 2020. Acesso em: out/2021.

LIMA, M.F.M, SILVA, P.S.F, MEDEIROS, G.G. A enfermagem diante do enfrentamento da pandemia da covid-19 e a qualidade de vida no trabalho. **REVISA**. 2022; 11(1): 16-25. Acesso em: Maio/2023.

LOBO, K. R. G, NEVES, F. P. B, ALENCAR, M. C. B. Reflexões sobre o Medo: Aspectos históricos e contextuais. **Id online revista de psicologia**. v. 7, n. 20, 2013, p. 07-30. Acesso em: jun/2023.

LUKÁCS, G. Introdução a uma Estética Marxista. Rio de Janeiro: **Civilização Brasileira**, 1978.

_____. Ontologia do Ser Social: os princípios ontológicos fundamentais de Marx. São Paulo: **Ciências Humanas**, 1979.

MAGALHAES, J. H. G. Vygotsky e Moscovici sobre a Constituição do Sujeito. **Psicol. pesq.** [online]. 2014, v.8, n.2, p. 241-251. Acesso em mar. 2023.

MARX, K. Manuscritos Econômico-Filosóficos e Outros Textos Escolhidos. São Paulo: **Abril Cultural**, 1978. (Coleção Os Pensadores).

_____. A Ideologia Alemã. São Paulo: **Boitempo**, 2007.

MARQUES, L. Capitalismo e Colapso Ambiental. SP: Editora da Unicamp, 2016. 2ª. Edição.

MARQUES, L. A pandemia incide no ano mais importante da história da humanidade. Serão as próximas zoonoses gestadas no Brasil? Seção: **Ciência, Saúde e Sociedade: COVID-19, UNICAMP**, Campinas, 05 de maio de 2020.

MARTINS, B.P. et. al. Sedação utilizada no tratamento de COVID-19 em pacientes adultos em terapia intensiva: revisão sistemática / Sedação utilizada no tratamento de COVID-19 em pacientes adultos em terapia intensiva: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Desenvolvimento**, [S. l.] , v. 8, n. 2, pág. 11596–11618, 2022. Acesso em: 11 mai. 2023.

MEDEIROS, E. A. S. A luta das profissionais de saúde no enfrentamento da COVID-19. **Acta Paul Enferm**, v. 33, maio. 2020. Acesso em: set/2021.

MELLO, R. A; TEO, C. R. P. A. Psicologia: entre a Atuação e a Formação para o Sistema Único de Saúde. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 39, 2019, p. 1-16, 2019. Acesso em mar 2023.

MENDES, C.. Pandemias e comércio internacional. **Pontes**, v.5, n.3, p.8, 2018. Acesso em: set/2021.

MINAYO, M. C. de L. (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2010.

MINISTERO DELLA SALUTE (ITA). Nuevo coronavirus. News e media – Notizie. **Nuovo Coronavirus, consiglio dei ministri dichiara stato d'emergenza**. [Internet]. 2020 [acesso em: set/2021].

NAMURA, M. R. Por que Vygotsky se centra no sentido: uma breve incursão pela história do sentido na psicologia. **Psicologia da Educação**, 19, 91-117. 2004.

NASI, C. Significados das vivências de profissionais de enfermagem no contexto da pandemia da COVID-19. **Rev Rene (Online)**, Brasil, v. 1, n. 1, p. 1-9, 1 jan. 2021. Mensal. Acesso em mar. 2023.

OLIVEIRA, A.C. Desafios da enfermagem frente ao enfrentamento da pandemia da COVID-19. **Rev Min Enferm**. 2020. Acesso em: Maio/2023.

PAIANO, M., JAQUES, A. E, NACAMURA, P. A., SALCI, M. A., RADOVANOVIC, C. A. T., CARREIRA L. Saúde mental de profissionais de saúde na China durante a nova pandemia de coronavírus: uma revisão integrativa. **Rev Bras Enferm**. 2020;73(Suppl 2). Acesso em: out/2021.

- PAULA, A. C. R. D. Reações e sentimentos das profissionais de saúde no atendimento a pacientes internados com suspeita de COVID-19. **Rev. Gaú. de Enf.**, v. 42, 2021 42(spe), p. 1-7, 2021.
- PENHA, R.M, SILVA, M.J.P. Significado de espiritualidade para a enfermagem em cuidados intensivos. *Texto Contexto – Enferm.* V.2, 2012. p. 127-140. Acesso em: jun/2023.
- PEREIRA, E.R. et. al. Importância da fisioterapia frente a pandemia provocada pelo novo Coronavírus / importância da fisioterapia frente à pandemia causada pelo novo Coronavírus. **Revista Brasileira de Desenvolvimento**, [S. l.] , v. 7, n. 1, pág. 9020–9030, 2021. Acesso em: maio/2023.
- PUGGINA, A. C. G.; SILVA, M. J. P. D.A. A alteridade nas relações de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 5, p. 573–759, set. 2005. Acesso em: maio/2023.
- RAMOS, A C. et. al. A arte de humanizar em tempos de pandemia: a experiência da sesab na produção do acolhimento. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 45, n. 2, p. 201-216, 25 out. 2021. Mensal. Acesso em mar 2023.
- REIS, A. F.. Da bio à necropolítica: a política de saúde, narrativas e ações do neoliberalismo do governo Bolsonaro e seus impactos junto aos idosos na pandemia de Covid-19. **Revista Katálysis**, v. 25, n. 2, p. 392–403, maio 2022. Acesso em Maio/2023.
- RIBOLI, E.; ARTHUR, J. P.; MANTOVANI, M. F. NO EPICENTRO DA EPIDEMIA: um olhar sobre a COVID-19 na Itália. **Cogitare Enfermagem**, [S.L.], v. 25, n. 25, p. 1-7, 13 maio 2020. Mensal. Acesso em: set/2021.
- SAIDEL, M. G. B.; LIMA, M. H. M.; CAMPOS, C. J. G.; LOYOLA, C. M. D.; ESPIRIDIÃO, E.; RODRIGUES, J.. Intervenções em saúde mental para profissionais de saúde frente a pandemia de Coronavírus. **Revista Enfermagem Uerj**, v. 28, p. 1-6, 21 maio 2020. Acesso em: out/2021.
- SÃO JOSÉ DOS CAMPOS, Prefeitura Municipal de. Secretaria de Saúde. **Balanco dos boletins epidemiológicos sobre o coronavírus**. São José dos Campos, 2021. Disponível em: <<https://www.sjc.sp.gov.br/servicos/saude/covid/boletim-epidemiologico>>. Acesso em: set/2021.
- SANTOS, D. A.; SILVA, L. B. Relações entre trabalho e gênero na pandemia do Covid-19: o invisível salta aos olhos. **Oikos: Família e Sociedade em Debate**, v. 32, n. 1, p.10-34, 2021. Acesso em: jun/2023.
- SILVA, A. R et. al. Sentimentos vivenciados pelas profissionais de saúde diante da COVID-19. **Investigação, Sociedade e Desenvolvimento**, v. 11, n. 7, pág. 1-11, 2022. Acesso em: mar. 2023.
- SILVA, L. S. et al. Condições de trabalho e falta de informações sobre o impacto da COVID-19 entre trabalhadores da saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional [online]**. 2020, v. 45, e24. Acesso em: out/2021.

SIQUEIRA, J; ZILLI, F; GRIEBELER, S. Profissionais de saúde e o processo de morte e morrer de pacientes: uma revisão integrativa. **Pessoa e Bioética**, [S. l.], v. 22, p. 288–302, 2019. Acesso em fev. 2023.

SODRÉ, F. Epidemia de COVID-19: questões críticas para a gestão da saúde pública no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde [online]**. 2020, v. 18, n. 3. Acesso em out/2021.

SOUSA, A. R.. Sentidos e significados atribuídos por homens ao vivido na pandemia da COVID-19. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, 2021 55, p. 1-8, 2021. Acesso em fev. 2023.

SOUZA, D. O. As dimensões da precarização do trabalho em face da pandemia de Covid-19. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 19, 2021. Acesso em jun/2023.

SOUZA, E. G. Humanização em tempo de pandemia:. In: DUARTE, A. E. B. Pandemia caminhos para aprendizagem. **São Carlos: Pedro e João**, 2021. Cap. 13. p. 1-226. Acesso em mar 2023.

SOUZA, R. O. A saúde no Brasil recente: elementos da política de (não) enfrentamento à COVID-19. **Humanidades e Inovação**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 35, p. 37-52, 1 jun. 2023. Mensal. Acesso em: mar. 2023.

SOUZA, L. E. P. F.; BUSS, P. M.. Desafios globais para o acesso equitativo à vacinação contra a COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 37, n. 9, p. 1-5, 2021. Mensal. FapUNIFESP (SciELO). Acesso em: set/2021.

SOUTO, L. R. F.; TRAVASSOS, C. Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia da COVID-19: construindo uma autoridade sanitária democrática. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 44, n. 126, p. 587-589, set. 2020. Acesso em: out/2021.

SCHMIDT, B. et al. Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). **Estudos de Psicologia (Campinas) [online]**. 2020, v. 37. Acesso em: out/2021.

VIEIRA, L. M. J. et. al. A esperança venceu o medo: Psicologia hospitalar na crise do COVID-19. **Cadernos ESP - Revista Científica da Escola de Saúde Pública do Ceará, [S. l.]**, v. 14, n. 1, p. 100–108, 2020.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas, Campinas**, v. 22, n. 44, p. 203-220, 2014. Acesso em: Out. 2022.

VYGOTSKY, Lev S. A Formação Social da Mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

_____, L. S. O desenvolvimento psicológico na infância. São Paulo: **Martins Fontes**. 1998.

_____. A Construção do Pensamento e da Linguagem. São Paulo: **Martins Fontes**, 2001.

_____. Teoria e Método em Psicologia. São Paulo: **Martins Fontes**, 2004.

ZANGIROLAMI-RAIMUNDO, J; ECHEIMBERG, J. O.; LEONE, C. Research methodology topics: cross-sectional studies. **Journal Of Human Growth And Development**, [S.L.], v. 28, n. 3, p. 356-360, 28 nov. 2018.

ZHOU et. al. Um surto de pneumonia associado a um novo coronavírus de provável origem em morcego. **Nature**, p.1-4, 2020. Acesso: set/2021.

ZWIELEWSKI et. al. Protocolos de tratamento psicológico em pandemias: as demandas de saúde mental produzidas pela covid19. **Journal Debates in Psychiatry – RDP**, v.10, p. 1-8, 2020. Acesso em: ago/2020.

WU, et. al. Principais características e lições do surto da doença de coronavírus 2019 (COVID-19) na China: resumo de um relatório de 72.314 casos do Centro Chinês de Controle e Prevenção de Doenças. **Jama**, 2020. Acesso: set/2021.

APÊNDICE A

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: SIGNIFICAÇÕES SOBRE A PANDEMIA COVID-19: Um estudo com profissionais de saúde de São José dos Campos - SP

Pesquisador: THAIS CAROLINE ALVES DE OLIVEIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 62612322.9.0000.5501

Instituição Proponente: Universidade de Taubaté

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.761.215

Apresentação do Projeto:

As informações enumeradas nos seguintes campos: apresentação da emenda do projeto, objetivo de pesquisa, avaliação dos riscos e benefícios foram extraídas do arquivo PB_INFORMACOES BASICAS do projeto "SIGNIFICAÇÕES SOBRE A PANDEMIA COVID-19: Um estudo com profissionais de saúde de São José dos Campos - SP"

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar as significações sobre a pandemia (COVID-19) constituídas por profissionais de saúde que atuaram/atuam diretamente no enfrentamento novo coronavírus.

Objetivo Secundário:

Conhecer as características da formação das profissionais de saúde participantes e as experiências com atendimentos de síndromes respiratórias agudas e/ou crônicas;

Identificar os desafios percebidos pelas profissionais de saúde em sua atuação junto a pessoas infectadas pelo vírus da COVID-19;

Compreender os efeitos da pandemia sobre a saúde física e mental das profissionais de saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Toda pesquisa segundo a resolução 510/16 apresenta riscos e os mesmos foram detalhados e esclarecido como serão minimizados, bem como deve ser citado os benefícios diretos aos participantes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma emenda em virtude da alteração do local da pesquisa e por conseguinte dos critérios de inclusão do estudo. A pesquisadora principal argumenta a necessidade de mudança no critério de recrutamento da amostra, delineando nova técnica. Também salienta para não haver óbices éticos as profissionais de saúde participantes não serão de um local específico, bem como o local da entrevista será público a escolha do participante.

Todavia, todos os preceitos éticos serão resguardados e não se descaracterizou a pesquisa já aprovada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados em consonância com as normas e resoluções da CONEP. Apresenta novo cronograma de coleta.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Emenda aprovada

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Taubaté, em reunião realizada no dia 11/11/2022, e no uso das competências definidas na Resolução CNS/MS 510/16, considerou a Emenda do Projeto de Pesquisa: APROVADO.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_2047813_E1.pdf	08/11/2022 20:41:42		Aceito
Outros	Emenda_assinada.pdf	08/11/2022 20:27:37	THAIS CAROLINE ALVES DE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_versao_final.doc	08/11/2022 19:42:01	THAIS CAROLINE ALVES DE OLIVEIRA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	08/11/2022 19:41:22	THAIS CAROLINE ALVES DE	Aceito
TCLE / Termos de	termo_de_consentimento_assinado_c	26/08/2022	THAIS CAROLINE	Aceito

Assentimento / Justificativa deAusência	erto.pdf	19:19:47	ALVES DE OLIVEIR A	Aceito
Outros	termo_de_compromisso_pesquisad ora_ assinado.pdf	23/08/202 2 18:43:28	THAIS CAROLINE ALVES DE	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_assinada.pdf	23/08/202 2 18:42:31	THAIS CAROLINE ALVES DE	Aceito
Outros	APENDICE_A_Roteiro_de_entrevist a.do cx	17/08/202 2 20:27:18	THAIS CAROLINE ALVES DE	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	17/08/202 2 20:27:03	THAIS CAROLINE ALVES DE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

TAUBATE, 17 de Novembro de 2022

Assinado por:

Wendry Maria Paixão Pereira
(Coordenador(a))

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) da pesquisa **“Significações sobre a pandemia COVID-19: Um estudo com profissionais de saúde de São José dos Campos – SP”** sob a responsabilidade da pesquisadora **Thaís Caroline Alves de Oliveira**. Nesta pesquisa pretendemos conhecer as significações sobre pandemia COVID-19 para as profissionais de saúde da cidade de São José dos Campos.

Há benefícios e riscos decorrentes de sua participação na pesquisa.

Os benefícios indiretos consistem em que esse estudo poderá trazer informações importantes relacionadas a reflexões acerca da pandemia da COVID-19, para estudos posteriores em diferentes áreas atribuindo caráter interdisciplinar proposto nessa pesquisa. Sendo assim, as participantes serão beneficiadas com uma reflexão a respeito de sua prática profissional, em um ambiente seguro, de forma a contribuir com a construção de conhecimento dentro de sua área. A pesquisa, então, prevê riscos mínimos, uma vez que poderá haver certo desconforto ou insegurança, alterações dos níveis psicoemocionais e/ou comportamentais diante alguma pergunta ou mesmo quando lhe for pedida alguma informação pessoal por parte da pesquisadora durante a entrevista.

Entretanto para minimizar possíveis desconfortos durante sua participação nesta pesquisa, foram tomados cuidados na elaboração dos questionários, além de garantir que seja realizada de forma individual, em local de fácil acesso.

Além disso, caso deseje, fica garantido aas participantes abandonar a pesquisa a qualquer momento, bem como também a solicitação para que sejam ocultados da pesquisa quaisquer dados fornecidos durante a coleta. Caso haja algum dano aa participante será garantido procedimentos que visem à reparação e o direito à indenização. Para participar deste estudo o Sr.(a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira.

Rubricas:

pesquisador responsável _____ participante _____ 1/3

O Sr.(a) receberá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para recusar-se a participar e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pela pesquisadora, 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 em nenhuma fase da pesquisa e nem em publicação que possa resultar. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com a pesquisadora responsável por um período de 5 (cinco) anos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pela pesquisadora responsável, e a outra será fornecida ao senhor(a). Para qualquer outra informação o(a) Sr.(a) poderá entrar em contato com a pesquisadora pelo telefone (12) 98800-6319 (inclusive ligações à cobrar) ou pelo e-mail psicologa.thaiscaroline@gmail.com

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, o(a) Sr.(a) poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade. Segue abaixo os dados, em caso de consulta:

- Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UNITAU na Rua Visconde do Rio Branco, 210 – centro – Taubaté, telefone (12) 3635-1233, e-mail: cep@unitau.br

A pesquisadora responsável declara que a pesquisa segue a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que determina diretrizes éticas específicas para as ciências humanas e sociais.

Pesquisador responsável _____

Rubricas:

pesquisador responsável _____ participante _____ 2/3

Consentimento pós-informação

Eu, _____, portador do documento de identidade _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa “Nesta pesquisa pretendemos conhecer as significações sobre pandemia COVID-19 para as profissionais de saúde da cidade de São José dos Campos”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações sobre a pesquisa e me retirar da mesma sem prejuízo ou penalidade.

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

São José dos Campos, _____ de _____ de 2022.

Assinatura do(a) participante

APÊNDICE C

Roteiro para Entrevista

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

- 1) Fale-me um pouco sobre a sua trajetória profissional.
- 2) Conte-me um pouco sobre sua opção profissional pela área da saúde (Especificar o tipo da profissão).
- 3) Como você se sentiu/sente atuando no enfrentamento à pandemia?
- 4) Fale-me dos desafios na sua atuação profissional.
- 5) Quais ações você acredita realizar na sua atuação profissional que fizeram/fazem a diferença no enfrentamento ao coronavírus?
- 6)Quais os significados que você atribui a pandemia?

APÊNDICE D
NÚCLEOS DE SIGNIFICAÇÕES

Núcleo de significação 1 – A formação do profissional de saúde: um caminho para o cuidado – “antes de eu pensar em querer ter uma profissão, em querer fazer um curso ou seguir alguma área, a minha vontade era cuidar das pessoas”.	
Indicadores	Pré-indicadores
Trajetória profissional	[...] sou auxiliar de enfermagem desde 2002, trabalhei durante 9 anos no hospital na rede privada na clínica médica, clínica cirúrgica, parei por 5 anos para cuidar da vida pessoal e em 2019 comecei a trabalhar no hospital municipal e desde 2019 estou trabalhando no hospital municipal [...] – Julia Coelho
	[...]Sou médica desde 2014, me formei em uma faculdade no Oeste de Santa Catarina, assim que me formei fui trabalhar por quase dois anos para pagar as dívidas que meu pai tinha feito para que eu pudesse concluir a faculdade [...] – Barbara
	[...]sou técnica de enfermagem.. estou na área da enfermagem há 10 anos né.. me formei.. na verdade eu fiz é.. gestão em RH (recursos humanos) daí eu vi que não era o que eu gostava e fui fazer o técnico de enfermagem, super me encontrei [...] – Monique
	[...]quando eu estava finalizando o... auxiliar né.. eu fiz estágio em uma clínica para dependentes químicos e antes mesmo que eu finalizasse o estágio, o dono da clínica me chamou para trabalhar, fiquei nessa clínica por uns dois anos né.. e ai depois.. é... como era uma coisa muito rotineira, não tinha como crescer, aprender outras coisas né.. daí eu fui para hospitais, sempre na área de clínica médica, clínica cirúrgica, emergência, UTI [...] – Monique
	[...]Bom, minha trajetória.. eu fui formado na área da enfermagem em 2011, atuo desde essa data, já trabalhei em asilo, postos de saúde e.. hospitais [...] – Henrique
	[...]Minha trajetória foi em alguns lugares mais longas em outros mais curtas, mas sempre com aperfeiçoamento das habilidades e aprendizagem de novas técnicas.[...] – Henrique
	[...]No setor do covid, trabalhei 1 ano e 5 meses, mas já trabalhava no hospital a 3 anos e 8 meses. [...] – Henrique
	[...]eu comecei na área de enfermagem há 16 anos.. e.. antes, antes de tudo, eu era patinadora né.. eu trabalhava no Carrefour (rede de supermercados) e lá eu resolvi fazer o meu curso de enfermagem durante a minha jornada de trabalho lá quando eu entrei porque eu me identifico muito em trabalhar com o público, trabalhar com pessoas [...] – Florence
	[...]eu sou técnica de enfermagem, porém tenho vários cursinhos né.. eu sou instrumentadora cirúrgica, eu sou da área de enfermagem do trabalho eu posso trabalhar em fábrica e ambulatório [...] – Florence
	[...]Eu me formei como técnica de enfermagem em 2015, comecei a trabalhar na época na empresa Nefromed, uma clínica de hemodiálise, hoje conhecida como Davita, trabalhava com pacientes renais crônicos, depois de lá eu sai, quando iniciou o covid para trabalhar no hospital municipal em São José dos Campos, trabalhei durante o enfrentamento do coronavírus lá na UTI covid, foi um grande aprendizado para mim [...] –

Ana
[...]comecei a fazer o auxiliar de enfermagem, comecei de baixo, ai depois fiz o técnico e mesmo depois que me formei ainda fiquei com um certo medo de atuar na área eu entrei comecei a atuar depois de 1 ano e 3 meses, quase 1 ano e meio de formada [...] – Ana
[...] Sou medica formada pela universidade federal do amazonas de 2016. Fiz residência de clinica medica no hospital municipal de 2018 a 2020. Antes disso atuei na atenção básica por 5 meses e fiz plantões em perdoes mg por 1 ano. Desde 2020 trabalho no box de emergência do hospital municipal [...] – Florzinha
[...] Minha trajetória profissional.. bem, hoje eu sou formada como fisioterapeuta é.. sempre fui apaixonada por hospital, minha paixão começou quando eu ainda fazia o técnico de enfermagem né.. gosto muito de UTI e sou técnica de enfermagem também [...] – Helena
[...] trabalhei durante 7 anos no hospital Santa Casa, fiz a minha faculdade, fiz a minha pós graduação em fisioterapia intensiva e hoje eu atuo no hospital municipal da vila industrial, no momento na UTI do pronto socorro [...] – Helena
[...]eu me formei trabalhei com medicina do trabalho em algumas empresas e.. em alguns hospitais.. em hospitais eu trabalhei como clínica e etc [...] – Med 2
[...] eu sou fisioterapeuta formada pela faculdade Anhanguera aqui de São José dos Campos desde 2014, eu sempre tive muito interesse e muita aptidão para atender no espaço hospitalar, em 2017 eu consegui começar a minha pós graduação em fisioterapia de uti neo natal, pediátrica e desde 2017 eu trabalho em hospital, seja em hospital de convênio, seja hospital do SUS mas ai a vida foi me levando para atender os adultos e agora em 2022 eu estou terminando outra pós graduação em uti adulto [...] – Lara
[...]sou profissional da área da saúde atualmente desde 2001 comecei como auxiliar em enfermagem, em 2004 passei a atuar como Técnica em Enfermagem pois trabalhava no setor de unidade de terapia intensiva adulto, em 2009 decidi iniciar a graduação em enfermagem passando a exercer a função no ano de 2013 [...] – Roberta
[...]Me formei em 2017 na Mackenzie, durante a graduação fiz iniciação científica, estágio na área da Psicologia Hospitalar e Social. Sempre tive aptidão por esses campos, mas acabei seguindo a hospitalar, pois tinha mais área de atuação dentro do mercado de trabalho [...] – Karen
[...] Eu sou psicóloga clínica, empreendedora, trabalho com a psicologia clinica a 7 anos, eu sigo a linha cognitivo comportamental, consultório sempre cheio graças a Deus, e.. eu atuo desde 2015 com atendimentos online e tenho pacientes de dentro e fora do país, então hoje eu tenho pacientes na França, nos Estados Unidos, nos estados aqui de dentro do país, então Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais, atendo pacientes ai geograficamente de lugares bastante diferentes [...] – Valéria
[...] já atuei como psicóloga hospitalar em hospitais daqui de São José dos Campos, então dentro de UTIs, dentro de clinicas médicas, trabalhando ali sofrimento, trabalhando ali gerenciamento de crise, trabalhando mediação de conflito, trabalhando sofrimento diante da morte, trabalhando o luto [...] – Valéria
[...] eu já fui enfermeira também já trabalhei em muitos campos na área da

	<p>enfermagem [...] – Valéria</p> <p>[...]Me formei em 2015 e me especializei na área cardio respiratória hospitalar. Desde então trabalhava somente em rede privada, e em 2020 com a pandemia tive a oportunidade de ingressar em um serviço público [...] – Luara</p>
Desejo de cuidar	[...]antes de eu pensar em querer ter uma profissão, em querer fazer um curso ou seguir alguma área, a minha vontade era cuidar das pessoas [...] – Henrique
	[...]eu me sinto bem em ajudar é.. eu tenho necessidade.. para mim é.. serve muito como um.. não sei explicar.. é uma coisa que me faz bem [...] – Florence
	[...]ai eu decidi então fazer curso técnico de enfermagem, ai eu me encontrei trabalhando.. aprendi muito sobre a área da saúde, o cuidado com o próximo né.. propriamente dito a arte do cuidar e.. por ai, ao longo dos anos eu decidi continuar estudando e aprender mais e aprimorar mais o conhecimento até para eu poder é.. prestar assistência com mais autonomia, mais conhecimento técnico e poder participar de muitas discussões acerca de alguns casos clínicos [...] – Michael
	[...]Sempre tive vontade de trabalhar com a população em situação de vulnerabilidade social, levar a Psicologia até eles é de suma importância. O SUS foi o meio mais conveniente que encontrei. Acolher o sofrimento, validar, fazer encaminhamento, Psicoeducação e a parceria com a Assistência Social me faz querer continuar, é muito gratificante saber que eu posso fortalecer a rede com meu trabalho, junto com outras profissionais da saúde [...] – Karen
	[...]Escolhi fisioterapia porque sempre achei incrível você conhecer um paciente que encontra-se de alguma forma debilitado e devolvê-lo para sua família reabilitado uma forma muito recompensadora de viver e exercer a profissão [...] – Luara
	[...] a área da saúde não é novidade para mim é o que me deixa em paz, é o que me traz felicidade em trabalhar mesmo, eu percebi em algum momento que dor física não era a dor que eu queria curar e ai eu compreendi que era dor psíquica, era mente humana [...] – Valéria
	[...]sou apaixonada e não consigo me ver fora do hospital, fora do ambiente hospitalar, para mim eu poder estar dentro do hospital e ajudando as pessoas com o mínimo de.. poder.. confortar em momentos tão difíceis, para mim já vale entendeu, para mim o mínimo já é muito, para as pessoas que estão na cama, que não podem respirar sozinhos, que não podem comer sozinhos, que não podem se movimentar sozinhos, eu pelo fato de eu pegar na mão deles e nem que seja trocar só mão ou a perninha de lugar para mim já é gratificante, é o que eu sei fazer, é o que eu gosto de fazer [...] – Helena
Oportunidades na área da saúde	[...]Minha opção pela área da saúde, na verdade não foi muito uma opção né, tudo que aparecia.. as oportunidades sempre foram na área da saúde e.. até tentei alguma coisa de RH depois que eu me formei mas, não era a menina dos meus olhos e ai eu me identifiquei muito com a enfermagem né.. desde o primeiro emprego sempre foi a área da enfermagem e.. eu acredito que estava certo, que era destino [...] – Monique
Escolha da profissão na	[...] desde criança eu ia no otorrino e dai.. é.. sempre tive muito contato com otorrino ai na faculdade eu comecei a perceber que eu gostava de

infância	focar mais em certas áreas do corpo ao invés de ser.. é.. uma coisa total, tipo corpo humano todo, então eu percebi que eu gostava de fazer procedimentos, coisas mais resolutivas.. é por isso que eu optei por fazer otorrino, que é algo que eu gosto. [...] – Noele
	[...]De acordo com minha mãe, desde criança eu falava que seria médica. Nem tenho lembranças dessas falas, mas desde que recordo sempre quis ser médica. Acabei prestando vestibular e no segundo ano passei. Durante o curso nunca tive dúvidas sobre minha decisão, porém tive muitas dúvidas sobre a área a seguir. Inicialmente pensava muito em pediatria, depois desisti por me envolver e sofrer em demasia perante óbitos de crianças.Ao fim, sempre gostei muito de pacientes graves, da medicina que salva vidas, que se depara com situações críticas e que exige um raciocínio rápido e certo. Acredito que minha escolha em terapia intensiva foi por esse lado crítico dos pacientes de UTI e também relacionado a uma perda que tive na UTI (meu avô) quando eu terminava a faculdade de medicina, onde tive a certeza do completo despreparo da equipe que o atendia, tanto tecnicamente quanto espiritualmente, e desejava ser melhor que aquilo [...] – Barbara
	[...] Desde criança eu falava para minha mãe que eu queria ser médica e trabalhar no hospital, então quando eu estava na escola eu comecei a aprender sobre o corpo humano, como funciona o corpo humano eu fiquei encantada, o jeito que funciona, o jeito que tudo se conecta e eu sempre quis trabalhar na área da saúde [...] – Lara
Influencia da Família na escolha da profissão	[...]eu acho que não foi uma opção o (curso) auxiliar de enfermagem, eu acho que as pessoas viram o que eu não via. Eu ganhei meu curso de auxiliar de enfermagem da minha madrinha que tinha condições melhores do que da minha mãe na época [...] – Julia Coelho
	[...] Na minha família não tem médicos além de mim e meu irmão. Escolhi medicina porque acho que foi a área que me identifiquei e por influencia do meu irmão que é mais velho e começou a prestar vestibular 5 anos antes de mim. Mas passamos no mesmo ano em medicina [...] - Florzinha
Membro da família doente, necessidade de cuidados especializados	[...]a minha irmã mais velha tinha acabado de passar por uma doença, ficou de cama, ela teve um câncer na coluna cervical e ela ficou de cama precisou ser cuidada e eu tinha 15 anos, 14 anos se não me engano, eu cuidei muito dela, que a irmã mais velha sempre foi como uma mãe para mim, sempre foi quem ajudou muito minha mãe em casa e os meus padrinhos que tinham uma condição financeira melhor viram que o curso de auxiliar de enfermagem, era uma profissão que eles poderiam me ajudar e acharam que eu tinha o dom para isso [...] – Julia Coelho
	[...]curso de farmácia, foi o meu primeiro curso de interesse na área da saúde foi devido.. é.. um avô que teve um câncer terminal e ficou em cuidados paliativos em casa aí eu pude observar que ninguém da minha família era formado não tinha nenhum tio ou primo que fosse formado voltado para a área da saúde e isso me chamou bastante a atenção [...] – Michael
Profissionais de saúde são escolhidos para cuidar	[...]o cuidar do outro para mim nunca foi exaustivo né.. é.. vc cuida porque um dia você vai ser cuidada também e fazer pelo outro ali que tá precisando para mim sempre uma... uma.. Dádiva, nunca vi como um trabalho ruim, nunca.. e acho que, hoje eu vejo que as pessoas são escolhidas para esse trabalho [...] – Julia Coelho

	[...]Eu acho que não foi muito bem eu que só escolhi a enfermagem né, área da saúde, foi a área da saúde que me escolheu [...] – Henrique
Objetivo profissional	[...]meu objetivo sempre foi entrar no hospital municipal, só que por insegurança eu não tentei antes, mas quando eu passei pelo pio XII eu me senti preparada [...] – Florence
Desafio da maternidade	[...]da cirurgia plástica eu fiquei grávida no meu primeiro filho e eu não sabia, eu tava grávida, fiz um acordo lá com o médico para ele me mandar embora e me contratar de novo, aí nesse meio tempo a gravidez veio e ele não quis me contratar mesmo prometendo que iria [...] – Florence
Valorização da educação técnica	[...]antes mesmo de.. seguir a área da saúde né, enfermagem eu lá na minha adolescência eu nunca pensei em ser enfermeiro, eu me espelhava na minha irmã que teve oportunidade de estudar no SENAI (Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial) [...] – Michael
Dificuldade de manter o curso devido a questões financeiras	[...]meu pai além da faculdade exigia que eu arrumasse um emprego e tal.. e fui trabalhar em telemarketing nisso eu vi que eu não tinha maturidade para aquele curso, porque fazer uma faculdade requer muita dedicação e.. devido as dificuldades de acompanhar a matéria, larguei mão do curso.. fui trabalhar [...] – Michael
	[...]com aquela coisa em mente que queria fazer um curso na área da saúde.. falei “ah! Vou tentar fazer um curso técnico de farmácia antes e depois eu parto para faculdade de farmácia novamente” aí pelo que eu ganhava nesse tempo e o preço dos cursos eu via que talvez iria ficar pesado e eu não teria condições de fazer.. prestei o processo seletivo para enfermagem.. técnico de enfermagem, pensei “aqui vou aprender um pouco sobre medicação” e depois na faculdade iria ser mais tranquilo [...] – Michael
	[...]Eu escolhi técnica de enfermagem, na verdade foi meio confuso no começo porque eu queria fazer jornalismo, eu já fiz teatro e estava nessa área da televisão essa coisa toda, mas eu comecei a fazer a faculdade de enfermagem, fiz um semestre e na época por questão financeira e trabalho, não conseguia conciliar tudo [...] – Ana
Mudança de profissão	[...].. a minha opção profissional pela área da saúde, a minha profissão hoje é trabalhar somente como fisioterapeuta intensivista dentro do hospital, eu optei por isso porque o meu contato com o hospital sempre foi grande desde a minha outra profissão antiga como técnica né [...] – Helena
	[...] foi muito difícil migrar de uma profissão para outra, embora as duas sejam no hospital, mas é muito difícil porque são duas profissões muito importantes porém totalmente diferentes, em relação a atuação [...] – Helena
	[...] foi muito duro chegar até aqui, muitas noites sem dormir, muito estudo é.. muitos plantões como técnica para eu poder prover a tão sonhada faculdade e a pós graduação[...] – Helena
Característica para ser médico	[...] Eu meio que sempre entendi que eu queria medicina, como médica eu entendo que a gente precisa ter um pouco de sangue frio, e na área da saúde, de modo geral [...] – Noele
	[...]eu caí direto no covid, tipo foi a onde eu aprendi medicina de verdade né..[...] – Noele
	[...]eu aprendi na prática, colocando a mão na massa (risos) como dizem né [...] – Noele
	[...]Após esses dois anos, fui cursar a primeira residência médica no estado

	<p>do Rio Grande do Sul, meu estado natal. Sempre digo que a residência de Clínica Médica foi um divisor de águas em meu caminho. Estive entre os melhores mestres, entre os melhores colegas e amigos que poderia ter, e cresci exponencialmente em conhecimento, humanidade, agilidade, além de abrir meus olhos para uma medicina correta. Graças a esse período de 2 anos, moldei-me uma médica melhor e pude decidir o que faria na sequência (próxima residência) [...] – Barbara</p> <p>[...] no hospital municipal.. lá que eu aprendi realmente o que é ser médica.. é.. e apesar de todos os trancos é.. eu acho que é isso que me faz crescer na minha profissão sabe.. é o sofrimento faz a gente se virar melhor [...] – Florzinha</p>
Realização profissional	[...] eu sou muito realizada com a minha profissão, gosto muito de ser fisioterapeuta não sei o que seria de mim em outra profissão e quero cada vez mais estudar para valorizar essa profissão que cresceu bastante principalmente na pandemia [...] – Lara
Dever profissional	[...] quando começaram os casos de covid na China, quando eu vi que estava para explodir no mundo inteiro, eu fiquei muito nervosa, eu chorava bastante, eu achava que iria morrer e eu sabia que não poderia recuar, a minha família pediu muito para eu não trabalhar em nenhum hospital, a minha mãe ficou super preocupada, mas eu sabia do meu compromisso, eu sabia da importância da minha profissão, eu acho que eu nunca vou esquecer o primeiro paciente que eu vi, foi muito impactante [...] – Lara
Área da saúde para ver a transformação na vida das pessoas	<p>[...] a área da saúde não é novidade para mim é o que me deixa em paz, é o que me traz felicidade em trabalhar mesmo, eu percebi em algum momento que dor física não era a dor que eu queria curar e aí eu compreendi que era dor psíquica, era mente humana [...] – Valéria</p> <p>[...] a área da saúde ela me ganha muito porque eu sinto que estou fazendo a diferença na vida das pessoas, que eu estou tornando a vida delas melhores, que eu estou transformando a vida das pessoas na auto compreensão, a lidar com o sofrimento, a ter ferramentas para lidar com o luto, com as inseguranças, com o medo, então ajudar as pessoas a aumentar o nível de consciência delas, área da saúde ajuda muito a isso né [...] – Valéria</p>
Escolha pela área da saúde percepção de facilidade	[...]A escolha pela profissão inicialmente foi por pensar que era algo “fácil” (não precisava de nenhum talento) puro engano, com o passar do tempo fui vendo quão complexa e exigente é está profissão sentindo necessidade de estudar e me especializar cada vez mais [...] – Roberta
Início da carreira	[...]Neste período fiz minha primeira especialização em Medicina da Família e comunidade. Foi uma época muito intensa, de muito aprendizado principalmente sobre as lacunas que a faculdade não preenche, mas hoje olhando minha trajetória, acredito que a adversidade me tornou mais humana e mais humilde. Trabalhei em Pronto Socorro, em Unidade básica de saúde e em uma empresa privada na época fazendo a parte de clínica geral e medicina do trabalho [...] – Barbara
Formação e prática para um momento histórico	[...]Atuar nessa pandemia foi muito desafiador, foi.. diferente de tudo que eu já passei nesses 10 anos de profissão [...] – Monique
O juramento da graduação	[...] Sobre a pandemia, eu sempre falei para o meu marido que eu nunca que eu pensei na minha vida que o juramento que eu fiz na minha

	formatura, me formando fisioterapeuta falando que eu trabalharia em epidemia e pandemia isso seria verdade [...] – Lara
--	---

Núcleo de significação 2 – O combate ao vírus da COVID-19 e as implicações para a saúde das profissionais – “o medo de me contaminar e de contaminar minha família, o medo de não conseguir ajudar os pacientes da melhor maneira possível”.	
Indicadores	Pré-indicadores
O medo do desconhecido	[...]o medo tomou da nossa cabeça, a gente fez o que é necessário, mas o medo toma conta. [...] – Julia Coelho
	[...]medo.. é.. você não saber o que fazer.. você se perguntar, se o que está fazendo está certo.. é você estar cuidando mas você não está vendo resultado [...] – Monique
	[...]você não sabe o que vai acontecer [...] – Monique
	[...]eu saia da minha casa, eu falava “bom gente, eu to saindo mas não sei se eu volto” [...] – Monique
	[...]E ai em março/ abril veio a pandemia né.. começou o covid veio com tudo e foi assim uma mistura de medo, de vontade de desistir... ai todo mundo né.. eu acho que passou isso pela cabeça né.. “eu não quero mais trabalhar” porque eu tenho criança em casa né, então para mim foi um pouco.. eu fiquei assim.. com muito medo, muito medo né [...] – Florence
	[...]eu peguei a doença no começo, fiquei com muito medo achando que eu ia morrer porque nessa época, no começo, era uma morte atrás da outra e.. cada vez que morria um era mais medo que a gente sentia, eu tinha medo de ir para casa, eu tinha medo de não voltar para casa, eu tinha medo de morrer, eu tinha medo de passar a doença para o meu marido e para os meus filhos e ser a culpada né [...] – Florence
	[...]E ao mesmo tempo com medo do novo, porque tudo era estudo e mais estudo uma doença nova , com um acometimento imenso [...] – Luara
	[...]inúmeros trabalhadores estavam na linha de frente com medo de pegar e levar para casa esse vírus tão cruel. Mais seguiam lá cuidando e acolhendo da melhor forma possível no meio de tanto caos [...] – Luara
	[...]eu fiquei com muito medo, queria ficar sozinha, queria... que a minha esposa fosse embora de casa para eu não infectar ela, não ia poder ver minha mãe, uma loucura.. pensei até que ia ter que morar no hospital, que eu ia morrer, como iríamos fazer para cuidar das pessoas e.. em fim.. foi difícil [...] – Helena
	[...]A pandemia.. Bom, no inicio foi muito difícil, uma loucura, ninguém sabia muito bem como que ia ser [...] – Helena
[...] Foi um desafio enorme, eu nunca tive medo de atender nenhum paciente, podia ter a doença que fosse, contagiosa, uma doença muito difícil, mas eu sempre tive a obstinação de dar o meu melhor para aquele paciente naquele momento e com o covid foi um pouco diferente, foi a primeira vez que eu senti medo de entrar em uma sala de isolamento, os pacientes também estavam muito assustados, então eu senti muito assim, a questão da gente dar um apoio, lógico que não se compara com o apoio psicológico dos psicólogos dão, mas a gente tem que ser firme naquele momento para dar força para o paciente, mesmo a gente não tendo tanta força, então todos os pacientes estavam ansiosos, muitos pacientes assustados, estava todo mundo com medo de morrer por conta do diagnostico[...] – Lara	

	<p>[...] um dos maiores desafios, foi lidar com esse medo porque o medo ele é saudável até um certo ponto, mas eu sou ansiosa, faço tratamento psicológico para ansiedade então o medo virou um monstro bem grande para mim, então lidar com o meu medo [...] – Lara</p> <p>[...] quando eu comecei mesmo na uti do coronavírus, me paramentar para entrar em uma uti daquele jeito, era assustador no começo, muito assustador na verdade, era medo continuo de contrair a doença, infectar outras pessoas ao meu redor mesmo com todos os cuidados [...] – Ana</p> <p>[...]Atuar na linha de frente me fazia sentir medo de levar a doença para meus familiares, porém nunca senti medo que algo acontecesse comigo [...] – Roberta</p> <p>[...]Após formar mudei de cidade, e junto com a mudança tivemos a pandemia de Covid 19. Inicialmente tive muito medo, pois ninguém sabia do que se tratava, e minha especialidade estava diretamente ligada aos cuidados dos pacientes mais graves. Tive a oportunidade de ser responsável tecnicamente de uma unidade de terapia intensiva, foi algo que me trouxe muitos desafios [...] – Barbara</p> <p>[...]Inicialmente um mar de incertezas e inseguranças sobre o que encontraríamos em cada paciente, o medo de me contaminar e de contaminar minha família, o medo de não conseguir ajudar os pacientes da melhor maneira possível [...] – Barbara</p>
Sensação de estar contaminado com o vírus	<p>[...]A gente deixou o paciente na UTI com o pessoal preparado também, tudo com as roupas necessárias e na hora que eu voltei, as minhas amigas estavam com roupa, com a minha roupa para eu trocar, jogaram muito álcool em mim e eu me lembro daquela sensação de que eu estava contaminada, eu estava suja, então essa angustia, chorei muito nesse primeiro dia no chuveiro lá do hospital sai com o cabelo todo molhado e cheio de álcool, porque o medo acho que ele toma conta né [...] – Julia Coelho</p> <p>[...]a gente o tempo todo passando álcool e passando álcool quando trocava as luvas a mão da gente ficava totalmente é.. como se você ficasse na água muito tempo, amortecida até.. e foi exaustivo [...] – Julia Coelho</p>
Religiosidade no combate ao vírus	<p>[...]Eu senti que Deus me colocou ali para ajudar aqueles que estavam passando por aquilo, porque eles não conseguiam nem beber água sozinhos, nem comer sozinhos com aquela mascara [...] – Julia Coelho</p> <p>[...]sou católica, acredito muito na... em servir a Deus, em servir ao pobres, em servir aos doentes, acho que tudo que sou como enfermeira e auxiliar vem devido também a fé que eu tenho, porque quando se fala em enfermagem por amor não é amor pela profissão em si mas é amar ao próximo, eu acredito muito nisso e.. vc.. cuidar do próximo tem muito a ver não só com a profissão, mas com o que você é e o que você acredita [...] – Julia Coelho</p>
Percepção do cotidiano da pandemia	<p>[...]foi devastador para gente[...]</p> <p>[...]aquilo era angustiante demais para gente [...]</p>
Valorização profissional	<p>[...]Como eu me senti atuando na pandemia.... Olha na verdade, eu me senti bem.. (silêncio longo) valorizado como profissional da saúde por poder cuidar das pessoas, bem no meio de uma pandemia, bem alta e em algo bem grave do jeito que foi [...] – Henrique</p>
Início ao fim	<p>[...]foi muito.. desafiador também para mim o covid, eu trabalhei do início até o fim, até o ultimo setor que existiu o covid eu estava lá, atuando na UTI</p>

	né [...] – Florence
Diversos sentimentos diante do combate ao vírus	[...]é.. eu posso dizer assim que eu me senti ao mesmo tempo com medo mais ao mesmo tempo abençoado por ter tido o privilégio de ter tomado a vacinação durante o tempo que eu trabalhei né, as primeiras doses e tals, mas batia ao mesmo tempo um medo de é.. estar com a minha família e o risco de passar o vírus.. estar com o covid e passar para eles esse covid, contaminá-los né com a doença, ainda mais por estar trabalhando em um UTI onde os meus pacientes eram todos confirmados para covid [...] – Michael
Pandemia como experiência estressante	[...] quanto a pandemia foi uma experiência é.. (silêncio longo).. digo.. acho que.. ela foi relevante em dois sentidos, teve o lado negativo que foi extremamente estressante, foi bem difícil, era todo dia dando várias notícias de óbito [...] – Florzinha
Sentimento de impotência	[...]eu me sentia totalmente impotente perante os pacientes, perante a doença e você vê muita gente morrer, muitos familiares tristes, muitas pessoas chorando [...] – Helena
O isolamento social	[...]foi muito difícil, foi muito triste para mim, uma época da vida que.. (silêncio longo).. passei muito ansiosa, não tinha o que fazer né, você não podia passear, não podia fazer nada, tudo fechado, não podia fazer uma atividade física, foi muito difícil [...] – Helena
Sentimento de tristeza	[...]Bom, de significados da pandemia.. foi uma época muito triste e muito difícil, muita tristeza.. foi uma época de muita tristeza [...] – Helena
Consequência da pandemia para o contexto psicológico	[...]tinham dias que eu ficava bem.. é... mas tinha dias que dava muita tristeza, mas percebi que isso me fez ficar mais dura, mas fria [...]
Privilégio de atuar na pandemia	[...] Eu me senti privilegiada, eu senti que eu era o amparo, que eu era o abraço no olhar quando eu não podia tocar, eu senti o acolhimento o amparo a vida, a esperança sabe, as minhas palavras, as minhas ações, a maneira como eu me comportava dentro daquela UTI, dentro daqueles quartos, daquelas enfermarias, diante daquele leito, daquele leito de sofrimento então eu sentia que eu era a esperança, o amparo, a segurança, a companhia sabe, o acalento, quando eu trazia uma palavra [...] – Valéria
	[...] me senti abençoada de poder ter feito isso por tantas pessoas que não morreram sozinhas e aquelas pessoas que receberam alta que foram amadas, queridas e cuidadas [...] – Valéria
	[...] eu pude ter a graça de segurar muitas mãos e estar com elas até o ultimo suspiro e isso marcou a minha vida, isso me deixa muito feliz embora bastante emocionada [...] – Valéria
O que iria acontecer?	[...]conforme fomos adentrando no cenário caótico que a Covid 19 trouxe, os medos e inseguranças foram ganhando outros nomes e outras proporções. Já não tínhamos medo do que a patologia causaria nos pacientes, sabíamos do agravo e como encontraríamos os casos mais severos, porém outros medos vieram: medo de como estaríamos no dia seguinte: teríamos equipamentos? Leitos? Colegas para passar o plantão ? equipe multiprofissional para atender os pacientes? Sedativos? Antibióticos? quantos obitos naquele dia? Quantas situações inevitáveis? Quantas evitáveis?, e em contrapartida parte da população cética, ou nos culpando pelos desfechos negativos, mesmo que fossemos os que corriam o risco de morrer tentando ajudar [...] – Barbara

Núcleo de significação 3 – A Guerra invisível: Desafios do enfrentamento a pandemia COVID-19 – “a gente começou até fazer hora extra porque a gente não tinha funcionário, os amigos começaram a ficar doentes”.	
Indicadores	Pré-indicadores
A guerra contra o vírus	[...]o desespero de você entrar nessa ala era enorme, você vê as pessoas passando.. tanta falta de ar.. (silêncio longo).. pessoas segurando na sua mão.. e aquela roupa era quente, você suave.. e você tinha que fazer as coisas, naquele momento eu me senti a pessoa que.. foi jogada para a guerra, porque foi isso que a gente viu [...] – Julia Coelho
	[...]uma guerra com o que você não pode ver [...] – Henrique
	[...]a pandemia não podemos ver a olho nu né, mas enfrentamos uma guerra contra ela e eu não falaria que nós ganhamos, eu colocaria como nós perdemos, porque se tivéssemos levado essa pandemia muito mais a sério com muito mais protocolos, com muito mais obediência, ai sim nós teríamos ganho [...] – Henrique
Desafios do cotidiano de combate ao vírus	[...]desafios todos os dias, todos os plantões, todos os momentos a gente tinha desafios [...] – Monique
	[...]trabalhar na área da saúde, uma UTI, uma clínica médica, é desafiador.. você acha que o paciente está bem, que o paciente vai de alta, ai o paciente piora, rebaixa e vai a óbito.. então (silêncio longo).. é sempre um desafio a cada plantão [...] – Monique
	[...]pacientes que durante a intubação falava “você pode só segurar a minha mão”, nossa! Isso era para gente.. desafiador [...] – Monique
	[...]O desafio que eu tenho profissionalmente é continuar evoluindo, continuar a aprender, trabalhar com os melhores [...] – Henrique
A segunda onda, variante delta	[...]eu acho que na segunda onda da pandemia foi o pior para mim [...] – Helena
Percepção do que os pacientes sentiram	[...]eu acho que isso foi muito difícil, essa ansiedade deles de não ter uma televisão, uma musiquinha que fosse e aquela falta de ar, aquele pensamento que ia morrer, então foi muito angustiante. [...] – Julia Coelho
	[...]Escuta ativa, acolhimento e a oportunidade de ressignificar a própria vida eram instrumentos catártico para os pacientes. A internação é um momento muito compadecido, cuja monotonia e a pausa desse ambiente é como um convite para entrar em contato com conflitos pessoais que muitas vezes passam despercebidos no cotidiano [...] – Karen
	[...]Os pacientes que se permitiam reconhecer e conversar sobre suas dores, e tinham a oportunidade de alta, saíam do hospital com o desejo de recomeçar, e reacender essa chama era um grande motivador para enfrentar a linha de frente [...] – Karen
O hospital e a dificuldade de trabalho	[...] é difícil de entrar no hospital, não é tão fácil assim, as portas não são tão abertas assim, é um ambiente muito concorrido para entrar no hospital, acho que isso foi um dos meus maiores desafios e aprender mesmo o que é fisioterapia intensiva [...] – Helena
O pós combate ao vírus	[...]Com o passar de alguns meses, eu acho que devido a tanta massagem cardíaca que a gente fazia, eu não sei.. eu comecei a desenvolver a noite uma crise de pânico eu diria, eu acordava com dores no peito e parecia que tinha gente fazendo massagem cardíaca em mim de tanta dor que eu sentia, eu sabia que isso era muscular, a minha cabeça sabia que era muscular [...] –

	Julia Coelho
O primeiro paciente	[...]Eu me lembro do primeiro paciente que chegou para nós na vila com suspeita do covid, eu estava trabalhando na sala de trauma é uma sala que só tem dois leitos e decidiram fazer nessa sala, a gente não tinha muita opção [...] – Julia Coelho
	[...]foi mais ou menos dia 6 a 8 de março de 2020, eu me lembro que eu tinha acabado de voltar do almoço mandaram eu colocar uma roupa, ia ficar somente um enfermeiro e um médico lá dentro e só tinha 3 roupas daquelas que parecida de astronauta, mandaram eu colocar 2 mascaras além da... (silêncio).. a mascara maior e mais 2 menores, 2 luvas e me enfiaram lá dentro [...] – Julia Coelho
	[...]Para mim que usava óculos, aquele desespero a hora que o paciente chegou naquela sala, com uma falta de ar horrorosa e ainda desesperado, ansioso, por.. claro ter ouvido falar que a tomo (exame de tomografia) era sugestiva e que ele iria ser entubado para preservar os pulmões, naquele momento eu precisava pulsionar 2 acessos nele e eu tremia muito, o desespero estava na cara do enfermeiro, o médico que estava com a gente lá, tudo era muito novo.. né.. ia colher todos os exames e iniciar com.. com as bombas de medicação e a gente como auxiliar, a gente tinha que fazer tudo isso.[...] – Julia Coelho
	[...]o paciente foi entubado, foi passado sonda, ai começaram a preparar para descer ele para uma UTI (Unidade de Terapia Intensiva), ficar em isolamento, a gente não tinha nada ali ainda, nada pronto no hospital. Me lembro de descer com esse paciente , e aquela sensação de que você... ta levando algo tóxico, essa foi a sensação. [...] – Julia Coelho
O Hospital	[...]Depois desse paciente, as coisas se tornaram uma proporção enorme. Começou a se fechar as clínicas, foi começado a fazer, sorteio de pessoas que iriam descer, até então eu não sai no sorteio para descer para o covid, mas um dia a minha enfermeira veio e pediu para eu descer porque eu sabia mexer com bombas de infusão e eles tinham contratado pessoas, técnicos que não sabiam mexer, eles precisavam aprender, então eu descí para a UTI. Uma ala de 40 leitos que viraram acho que 60 leitos.. (silêncio longo)... de um lado eram pacientes a mascara não reinalante, do outro os pacientes que seriam entubados, essa foi a primeira ala de covid que abriu lá [...] – Julia Coelho
	[...] o hospital ofereceu bastante treinamento e atualização para gente eu me senti mais segura, então com o decorrer do tempo, com a pandemia indo e os estudos avançando, eu me senti mais segura para atender e mais segura para aquela missão que eu sempre tive como fisioterapeuta de dar o meu melhor para os pacientes [...] – Lara
A emergência	[...]Eu me lembro de ter olhado para as minhas mãos com 2 luvas e tremendo, eu respirei fundo e disse a mim mesma que precisava fazer aquilo e que depois a gente via como ficava, porque em uma emergência você não pensa em você, você pensa no outro ali [...] – Julia Coelho
A clínica médica	[...]acho que a clinica foi o mais exaustivo psicologicamente... muita história que você ouvia e o pior... você.. as pessoas muitas morreram ali por.. porque não acreditaram na doença, morreram pela ansiedade, elas não acreditaram no tratamento que a gente estava oferecendo [...] – Julia Coelho
A Unidade de Terapia	[...]o bom da UTI.. os pacientes chegavam para nós entubados, a gente não ouvia as histórias tristes, a gente não ouvia que aquela senhora que estava ali

Intensiva (UTI)	de apenas 35 anos tinha filhos em casa, porque a clínica é angustiante por isso, você ficava sabendo o que essa pessoa estava deixando.. (silêncio longo).. e você sentir que poderia ser você ali [...] – Julia Coelho
A sobrecarga de trabalho	[...]a gente começou até fazer hora extra porque a gente não tinha funcionário, os amigos começaram a ficar doentes [...] – Julia Coelho
	[...]as dores nos braços eram enormes de tanta massagem cardíaca que a gente fazia [...] – Julia Coelho
	[...]diversas paradas cardíacas, mais de uma parada ao mesmo tempo, aguentar o tempo de massagem até tinha o número x de técnicos, número x de enfermeiros e médicos, mas assim sobrecarregava muito porque as vezes era uma parada cardíaca atrás da outra, vários ao mesmo tempo então suportar o tempo de massagem, participar das intubações auxiliando médico, fisioterapeutas [...] – Ana
	[...]a gente ficava sobrecarregado por conta de afastamento e atestados [...] – Ana
	[...] durante a pandemia foram coisas assim que eu nunca havia visto durante todos os anos que eu trabalhei nesse hospital, eu vi assim.. falta de recursos humanos quanto aos colegas que adoeciam com a doença e precisavam se afastar, ai muita das vezes a gente teve que trabalhar com situações que assim sobrecarregados né, a falta de material muitas das vezes assim.. as bombas de infusões era utilizadas e não tinha equipamentos suficientes para atender a alta demanda de pacientes complexos [...] – Michael
	[...]eu via situações que eu tive que sair de um setor covid, de uma enfermaria covid e pegar uma bomba do outro setor que assim.. as pressas correndo sem pedir o consentimento da outra enfermeira para usar em um paciente meu que já estava sendo intubado e precisava urgentemente de entrar com drogas vasoativas para manter os sinais vitais dele estáveis [...] – Michael
	[...]Terminando a Clínica Médica, fiz prova para Terapia Intensiva na maior cidade de SC e voltei para o estado onde fiz faculdade para mais 2 anos de trajetória. O início da residência foi muito difícil, nesta área que escolhi não temos dias fáceis, entrei em uma rotina de plantões contínuos e ainda mais sobrecarga de trabalhos e estudo, associado a doentes extremamente criticos e noticias complexas que exigiam muito de mim. Fui aprendendo e adaptando, fui a única residente no meu ano, o que me exigiu trabalho dobrado, mas acredito que Deus me preparava [...] – Barbara
	[...]Como disse, foi um período de extrema fadiga e trabalho intenso. Parecia que para cada situação que conseguíssemos resolver, mais 10 situações impossíveis viriam na sequência para nos testar e nos fazer superar mais limites [...] – Barbara
	[...] a exaustão porque tinha muitos colegas que viravam plantões e plantões a rodo, então ter que aprender a lidar com colegas que estavam dormindo pouco, estressados, com medo, a equipe toda tentava se fortalecer, foi muito desafiador, todo mundo estressado, todo mundo com medo, todo mundo lidando com o novo, então foi um jogo de cintura, você ter que se colocar um pouquinho no lugar do outro [...] – Lara
	[...] faltava muito profissional também então acaba que a gente trabalhou sobrecarregado atendia em dois setores ao mesmo tempo porque não tinha gente [...] – Florzinha
[...]é bom.. você se sente ajudando ao próximo, ajudando aquele que tá ali,	

	<p>mas você começa a sentir dores no seu corpo. Tinha plantões que eu saia dali tão carregada de tanta morte que eu sentia como se tivesse um peso nas minhas costas, porque eu sabia que no outro dia eu teria que voltar para trabalhar [...] – Julia Coelho</p>
A dificuldade da equipe	<p>[...]Passamos também pela escassez da medicação, não tinha (silêncio longo). Como deixar o paciente dormindo se não tinha medicação? Naquele momento eu achei que, o melhor para eles seria morrer, foi na época que eu comecei a rezar pela morte deles e foi difícil porque como católica que sou, eu rezo muito pela vida, pela saúde e tive que rezar pela morte de muitos, a gente teve que precisar conter alguns pacientes que estavam entubados.. porque quando eles começavam a acordar eles queriam tirar o tubo e o desespero deles era muito [...] – Julia Coelho</p>
	<p>[...]a gente que vê de dentro a gente tentava se cuidar ao máximo porque pessoas saudáveis adoeciam, pessoas com comorbidades adoeciam, velhos ou novos, independente de qualquer coisa tinha muita gente internada, muita gente entubada, os médicos faziam de tudo para tentar salvar a vida das pessoas, foi muito conturbado, tanto no começo, no meio, no final, e por mais que a gente tentasse era pesado e cansativo, mentalmente, fisicamente [...] – Ana</p>
	<p>[...]lidar com a equipe também porque o pessoal ficava cansado, estressado e assim todo mundo tentava se ajudar, dava conta do paciente, da medicação, atrasava as coisas e nada ia dando certo, não dá nem para citar tudo porque é muita coisa [...] – Ana</p>
	<p>[...]Os grandes desafios da minha profissão é obter respeito de outras categorias, falta de segurança, conseguir trabalhar com um dimensionamento adequado, ter profissionais com boa formação e comprometimento na equipe de enfermagem, falta de materiais e equipamentos o que nos faz sempre improvisar e o acúmulo de funções [...] – Roberta</p>
	<p>[...] no hospital a gente não trabalha sozinho, não existe um hospital só de médicos, não existe um hospital só de enfermeiros, não existe um hospital só de fisioterapeuta, não existe um hospital só de psicólogos, então lidar com a equipe também foi um desafio grande, porque tinha opiniões diferentes, pesquisas diferentes, existe sim uma hierarquia que a gente tem que respeitar mesmo não concordando, pensar que estava todo mundo lá dando o seu máximo [...] – Lara</p>
Dificuldade de fazer integração com a equipe	<p>[...]Jeu entrei na vila industrial em 2020 e janeiro de 2020, no setor de UTI que eu não tinha experiência nenhuma, foi um desafio para mim, em uma área que eu não conhecia, sofri um pouquinho, pouquinho não.. bastante (risos), como todo funcionário novo sofre né, com a discriminação dos próprios funcionários do lugar.. do hospital.. sofri com as próprias enfermeiras que dizia “nossa, como você está aqui sendo que não sabe nada” [...] – Florence</p>
	<p>[...]tem o preconceito também da gente mesmo perguntar, eu fui insistente, eu perguntava, foi muito difícil para mim, eu ia embora quase todo dia chorando, triste.. em fim.. mas foi um.. uma coisa que eu superei também [...] – Florence</p>
	<p>[...]aguentei firme essa pressão ai do começo e até as pessoas me conhecerem e saber quem eu era, porque até então a pessoa não te conhece e te trata como se fosse nada ou ninguém [...] – Florence</p>

	[...]a gente precisa ter um jogo de cintura e tem que ser uma pessoa que se da bem com todos ali profissionalmente, se não em nenhum lugar você fica [...] – Florence
Mão de obra recém formada	[...]graças a deus para a área da saúde, durante a pandemia houve muitas oportunidades, inclusive ficou até escasso durante um tempo pelo que eu via dos meus gestores mão qualificada então eles estavam assim.. recém formados se formando e já estavam tendo a oportunidade de contratação mesmo sem experiência.. e.. até nessa situação foi meio complicado as vezes de também ter essa parte de não somente fazer mas de treinar novos profissionais para uma situação onde eles já deveriam estar capacitados para realizar o cuidado [...] – Michael
Política nacional de enfrentamento ao covid	[...]vivemos em comunidade, ninguém vive sozinho, inclusive durante o isolamento a gente não viu isso, algumas pessoas, famílias sim, se isolaram e se cuidaram, tomaram todo o cuidado de higiene e mascara, mas tem gente até hoje que fala que isso foi uma “gripezinha” que a pandemia não existiu, que isso é coisa que inventaram, são pessoas leigas, são até alguns que tem conhecimento mas que não querem acreditar na realidade [...] – Ana
	[...]Sem dúvidas o governo vigente naquele momento foi um grande desafio para as profissionais da saúde em geral, o discurso do presidente Bolsonaro impactou diretamente na forma da população lidar com os cuidados e processar as informações [...] – Karen
	[...]Sou meio dividida nesta questão, não acredito que a pandemia deixou as pessoas melhores e mais unidas, muito pelo contrário, foi um divisor de águas para a sociedade. Mercado de trabalho escasso, competitividade, até mesmo dentro do hospital criavam um clima insalubre para convivência de muitos profissionais. O discurso de empatia e “vamos criar um mundo melhor” caía por água abaixo quando entrava em contato com a realidade [...] – Karen
Dúvida da veracidade do vírus	[...]Sobre a pandemia eu me senti assim, a principio antes de entrar na UTI covid eu tinha dúvidas ainda se de fato era tudo aquilo que as pessoas falavam, as vezes eu pensava que era um pouco de drama, que as vezes era questões políticas e tal, e eu pensava “será de fato tudo isso?” [...] – Michael
A negação dos pacientes	[...]Infelizmente atendi muitas pessoas que só se deram conta da gravidade do COVID-19 quando estavam internados, muitos pacientes que já tinham idade para tomar a primeira dose, mas não se vacinaram. Frases como “tinha medo de virar jacaré”, “não sou cobaia” ou “não tomei a vacina, pois ela é um plano para dizimar a população” eram corriqueiras entre os pacientes, e infelizmente muitos deles foram a óbito por conta deste discurso negligente. Alguns se arrependiam desse comportamento, mas infelizmente já era tarde demais para voltar e contar seu relato [...] – Karen
	[...]tinha uns pacientes que estava para sair, estavam no oxigênio a 1 litro por minuto ou 2 litros por minuto, ai começava a sair da cama sem permissão, começava a fazer as coisas que não devia, ai você via que eles iam regredindo e a doença ia tomando conta e daqui a pouco eles não queriam pronar mais porque não acreditavam mais naquilo só porque eles acharam que eles estavam bons e de repente ficaram ruim, mas não conseguiam ver a onde eles tinham errado [...] – Julia Coelho
	[...] Trabalhei isso com a terapia que eu não tenho controle da vida de ninguém, mas partia meu coração ver as pessoas que eu mais amava falando que era invenção, que não precisava usar mascara, que eu estava sendo

	<p>exagerada, que eu era “maria covid” porque eu sempre alertava as pessoas que eu amava, tipo “gente, o bicho ta pegando, evita sair de casa, se sair coloca a mascara”, eu reforçava sempre os cuidados para as pessoas que eu amava e nem todo mundo aceitava esse meu cuidado [...] – Lara</p>
	<p>[...] se fosse uma pessoa sei lá.. um mecânico, me alertando de coisas que eu não conheço eu iria ouvir, então eu estava lá, dentro do olho do furacão atendendo e vendo um monte de gente morrer, trabalhando com aquilo e as pessoas ignorando toda a minha vivencia e toda a minha experiência, todo meu conhecimento, então eu aprendi a lidar com isso também [...] – Lara</p>
	<p>[...] Outra coisa que pegou muito para mim Lara, foi ver todo esse esforço que eu via dentro do hospital não só do hospital que eu trabalhava mas de todos os meus colegas fisioterapeutas que trabalhavam em outros hospitais que estavam lidando da mesma forma na pandemia, entubando paciente, perdendo paciente, na correria e ver as pessoas que eu mais amava vivendo como se a pandemia não existisse, isso pegou muito para mim [...] – Lara</p>
	<p>[...] ver as pessoas que eu amava muito literalmente nem ai para o que eu falava somente por conta de questões políticas, isso acabava com a minha cabeça [...] – Lara</p>
	<p>[...]eu me senti um pouco também triste porque eu vi que nem um ser humano por mais simples que seja realmente levou essa pandemia a sério [...] – Henrique</p>
	<p>[...]por exemplo que no Brasil mesmo praticamente 90% da população aqui não levou as normas de segurança a sério então o caos.. por isso que o caos aqui foi muito maior. [...] – Henrique</p>
A influência da Televisão	<p>[...]o medo das pessoas não querer ficar próximo da gente, porque você trabalhava com a morte era isso que se ouvia. Eu tentei me desligar de tudo que fosse de televisão, achei que assim eu iria preservar a minha cabeça e focar no que era necessário.. que era o hospital, cuidar daqueles que estavam ali, tudo era muito novo, não tinha o que ser feito, tinha que se trabalhar, tinha que ir lá e fazer, era ponto, era isso [...] – Julia Coelho</p>
	<p>[...]Na pandemia foi bem difícil, porque assim é.. a gente via na televisão, noticiários que me marcaram muito foram na Italia, aquela questão dos hospitais lotados, parecia um campo de guerra, faltava material, as pessoas com aquelas roupas todas e a gente achava que não ia acontecer aqui e aconteceu [...] – Ana</p>
As mortes	<p>[...]também levo comigo vários rostos.. (silêncio longo) de pessoas que morreram ali, eu lembro que eu comentei que eu nunca preparei tanto corpo em um ano do que eu preparei em 9 anos de rede privada [...] – Julia Coelho</p>
	<p>[...]ter oportunidade de trabalhar dentro da UTI covid mesmo tendo experiência de ter trabalhado na UTI geral, eu nunca vi tanta morte quanto.. houve durante essa fase sabe.. até a liberação das vacinas [...] – Michael</p>
	<p>[...]Muitas vidas foram perdidas e muitas famílias sofreram a dor da perda [...] – Luara</p>
	<p>[...]a dificuldade foi a parte emocional porque foi quando eu comecei a ver muitas pessoas jovens morrendo né.. e.. elas me pediam algo que era “por favor cuida de mim!” e “não me deixa morrer” e eu chegava dois dias depois no outro plantão e essa pessoa já não estava mais lá, ela já tinha ido a óbito, pessoas de 23 anos, de 20 anos, eu me recordo dos nomes ainda das pessoas que foram a óbito que morreram por conta do covid e.. eu acho que nunca mais vou esquecer [...] – Helena</p>

	<p>[...]foi muito difícil.. e ai você tem aquele peso, daquela responsabilidade, você segurar na mão da pessoa e falar “não, vai dar tudo certo vamos lá” e a pessoa olhar no fundo dos seus olhos e falar assim “me promete que você vai cuidar de mim e não vai me deixar morrer” e eu não podia fazer nada né.. assim.. o meu melhor eu estava fazendo com a equipe toda, com a equipe médica, com a equipe da enfermagem, com a nutrição, com os psicólogos, com todo mundo, o nosso melhor a gente tava fazendo e a gente não podia ajudar [...] – Helena</p> <p>[...]você acaba se acostumando com tantas mortes, tantas pessoas ruim, as vezes eu queria ajudar muito os pacientes e acaba que não conseguia ajudar né [...] – Florzinha</p> <p>[...]Óbito, o preparo do corpo, respeitando os óbitos, eu acho que assim foi bem desafiador os óbitos no geral [...] – Ana</p> <p>[...]Então foi o único momento ruim que eu tive que ver, é muito ruim, doloroso, ver uma pessoa chorando porque perdeu o seu filho [...] - Florence</p>
Impacto físico e psicológico	<p>[...]foi.. triste tanto psicologicamente quanto.. na verdade, costume dizer que não era um cansaço físico era um cansaço mental.. era.. dolorido, por mais que não fosse alguém da sua família [...] – Monique</p> <p>[...]Jeu tinha dias que eu chegava em casa e pensava “será que um dia vai acabar?”, “será que está acabando?”, “será que vai melhorar?”, “será que vai ter alta ou óbito?”, porque assim estar dentro de uma uti covid, quando deu o pico mais alto da variante delta, foi muito pesado, o número de óbito em 24 horas era alto, número de internação aumentando, hospital lotado, pronto socorro lotado, os médicos cansados, colegas cansados, profissionais internando, parentes internando, pessoas conhecidas internando, psicologicamente ficamos bem abalados [...] – Ana</p> <p>[...]Foram os momentos mais difíceis, dolorosos, tristes e exaustivos que vivi até hoje [...] – Roberta</p>
Dificuldade da equipe médica	<p>[...]Acredito que meu maior desafio na terapia intensiva é com as equipes heterogêneas, tanto a equipe medica quanto a equipe multiprofissional despreparada acabam gerando maior demanda aos que estão mais preparados e por fim invariavelmente déficits aos pacientes críticos [...] – Barbara</p> <p>[...]É um desafio ter uma equipe de ponta, com pessoas capacitadas, com recurso técnico ao dispor, e isso é outro questão que acredito ser ainda muito desafiadora em nossa realidade: nos falta muitos recursos tecnologicos no atendimento ao paciente, nos faltam subsidios para uma medicina baseada em evidencia [...] – Barbara</p> <p>[...]Falta também a valorização de profissionais formados na área, temos o mesmo salário que um recém formado sem nenhuma formação, lidamos com situações impares diariamente, somos porta-vozes dê notícias tristes, e mesmo assim profundamente desvalorizados [...] – Barbara</p>

Núcleo de significação 4 – A pandemia da humanização: a atuação das profissionais no combate ao COVID-19 – *“Eu gostaria que as famílias soubessem disso.. a gente ouve dizer “eles morreram só” não.. não morreram só. Nós estávamos ali segurando a mão daquele que sofria”.*

Indicadores

Pré-indicadores

Melhor tratamento para o paciente	[...]uma prona necessária, o paciente não falar muito, ele tentar que a gente fizesse tudo por ele, nem se alimentar os coitados podiam.. e foi na época que eu vi que eu era necessária ali dentro, já não era mais um castigo estar ali, mas foi.. era necessário [...] – Julia Coelho
“Enfermagem por amor”	[...]eu vi a enfermagem por amor, porque a gente sentiu pena, a gente sentiu dó de muitos que ali passaram. Claro que cada um a sua maneira teve também que se tratar.. para tirar do pensamento e das lembranças, os rostos.. hoje, se eu fecho os meus olhos, eu consigo lembrar de muitas histórias de pacientes [...] – Julia Coelho
	[...]Eu super me identifico trabalhando lá, não é por conta do salario como muita gente diz, mas no meu caso é por amor e por gostar mesmo de sentir prazer, eu tenho muito prazer no que eu faço [...] – Florence
	[...]eu era a funcionária nova que tinha na UTI, no inicio né.. então eu fui a funcionária teve.. tive que ir para o covid, porque ninguém queria, porque cada um arrumou uma desculpa, outros tinham doenças, outros tinham não sei o que.. eu me prontifiquei na cara e na coragem porque para estar na área de enfermagem precisa ser muito corajosa [...] – Florence
	[...]enfermagem é empatia, é se colocar no lugar do outro, posso dizer que foi a coisa mais difícil mesmo, foi triste.. foi terrível [...] – Monique
As famílias	[...]Eu gostaria que as famílias soubessem disso.. a gente ouve dizer “eles morreram só” não.. não morreram só. Nós estávamos ali segurando a mão daquele que sofria, segurando a mão daquele que chorava na hora da intubação, desesperados pedindo para não morrer, a gente apertou aquela mão.. a gente acolheu aquela pessoa e rezamos por ela e muitas e muita vezes no meio de uma parada cardíaca tirávamos até a mascara do rosto para que a gente tivesse mais folego, mais força, para não deixar que o paciente fosse [...] - Julia Coelho
A humanização	[...]a gente ficava vários paciente, muito sobrecarregado, mas naquele momento a gente parava e ia segurar a mão daquele paciente, isso fez toda a diferença [...] - Monique
	[...]uma mensagem de “vai dar tudo certo” [...] – Monique
O apoio psicológico	[...]Olha, as ações que fizeram a diferença no coronavírus.. ah, na verdade é assim, tinha os cuidados mais intensivos tudo mais tinha muito o apoio psicológico.. o apoio psicológico para aqueles pacientes que tava.. né.. é.. consciente, orientado era muito, muito apoio psicológico [...] – Monique
Fiz o que era competente da minha profissão	[...]no covid eu não fiz nada de diferente, simplesmente exerci minha função trabalhando [...] – Henrique
	[...]Eu poderia ter feito muita coisa a mais, mas me faltou confiança, Eu sentia que não era aceito e respeitado. [...] – Henrique
	[...]Me senti útil mais do que nunca! Saber que não só minha formação está ajudando essas pessoas a se recuperarem , mais sim o fato de poder estar presente num momento em que sequer a família poderia ficar ao lado desse ente querido [...] – Luara
Vantagens de trabalhar no setor covid	[...]a alegria que a gente tinha ali era comer, não sei se eu posso falar isso mas.. a forma de gratidão que as pessoas tinham com a gente era oferecendo comida (risos) e todo dia era um cardápio diferente [...] – Florence
A esperança no	[...]mas graças a deus a vacina chegou e foi um alívio para gente, ficamos

setor covid	muito confiantes [...] - Florence
Tratando covid como uma pneumonia	[...]vendo aquelas pessoas sofrendo quando ainda não tinha vacina, não tinha chance para ninguém.. quem vivia ali era sorte, porque nem os médicos tinham o tratamento.. não existe medicação né.. para tratar o covid.. era tratado como uma pneumonia.. eu acredito que em todos os lugares devem ter tratado assim, como pneumonia [...] – Florence
O tratamento da humanização	[...]Eu acredito que eu faço a diferença na minha profissão por eu ter.. as atitudes que eu te falei.. coragem, ser humana, ter humanização, olhar no olho da pessoa para falar com ela [...] – Florence
	[...]a maioria dos pacientes precisa, alguns.. alguns não.. a maioria ali o tratamento é conversar.. né.. você que é psicóloga é fundamental e a gente trabalhando junto com vocês, falar a mesma língua com os pacientes, se não não vai (risos).. é isso.. eu acho que é isso [...] – Florence
Diferença do trabalho de técnico de enfermagem e enfermeiro	[...]após me formar enfermeiro é.. tive a oportunidade de trabalhar na UTI, fui promovido no hospital na qual atualmente eu trabalho como enfermeiro junior e.. passei por muitas dificuldades porque até então eu não tinha muita experiência em UTI apesar de ter trabalhado durante anos como técnico de enfermagem no hospital eu trabalhei em clinica médica, clínica cirúrgica e.. um pouco no pronto socorro na parte de observação e a rotina é um pouco diferente. Ai, devido a necessidade eu procurei fazer um curso de especialização em pacientes críticos e estou eu hoje enfermeiro formado, especializado em cuidados críticos e.. trabalho no hospital geral, tanto em emergência quanto em UTI e tive ai durante a pandemia a experiência de trabalhar na UTI covid.[...] – Michael
Suporte do enfermeiro para equipe técnica	[...]É as ações.. bem.. como enfermeiro, como experiência de técnico de enfermagem eu buscava sempre estar bem presente com os pacientes, a beira leito, junto com a equipe técnica, se eles não estavam dando conta, muitas vezes eu tinha equipe que tinha apenas mulheres por isso em relação a força braçal que muitas vezes a gente precisa, a maioria dos pacientes é.. internados na UTI covid havia a necessidade de posiciona-los em prona com aqueles dispositivos, os pacientes obesos que eram difíceis de virar sem causar perda de algum dispositivos, eu estava lá na beira leito junto com eles, chamava médicos a todo tempo [...] – Michael
	[...]é.. quando eu via algum paciente instabilizar.. então eu ficava muito ali atrás dos médicos, brigando para não deixar nenhum paciente na mão.. então essa.. é a contribuição que eu talvez possa ter realizado durante o tempo.. de não ficar simplesmente no meu papel de gestor da unidade de.. de planejamento da assistência mais ali também junto ao paciente verificando a melhor.. a melhor clínica.. é.. o que eu pudesse fazer ali eu estava presente, seja quando minha equipe não estavam dando conta de preparar um medicamento, eu ia lá ajudava eles na preparação dos medicamentos, de troca, de sabe... puxar poltronas de tentar naquele paciente que estava melhor colocar ele para sentar, de tentar adaptar cortinas para manter o paciente que estava acordado mais confortável e não ver aquele que estava intubado para diminuir a questão do sofrimento deles até pelo fato deles estarem naquele momento de solidão na qual os familiares não poderiam visita-los né [...] – Michael
O cotidiano do	[...]O maior desafio foi aprender a ventilar esse pulmão tão inflamado e

fisioterapeuta	consumido e depois saber lidar com o fato de fazer de tudo e acabar virando óbito [...] – Luara
	[...]Digo pulmão inflamado, aquele pulmão do paciente infectado por COVID-19, ele inflama, ele fica machucado e o paciente não consegue respirar, por isso precisa do auxílio da ventilação mecânica. A Ventilação mecânica é usada no processo de entubar o paciente. E, era triste, porque o paciente ficava dias assim e não existia melhora [...] – Luara
	[...]Muito difícil e triste esse processo [...] – Luara
	[...]O reabilitar e entregar o paciente da mesma forma antes da doença ou o mais funcional possível faz a diferença para o cuidado no âmbito familiar, porque o fato de ficar sedado e imóvel por um período de dias deixou muitos com sequelas motoras importantes [...] – Luara
	[...] Bom uma das aptidões do fisioterapeuta que eu considero que eu acho que é o momento que eu mais gosto de atuar é a hora que a gente tira o paciente do ventilador mecânico, isso na covid foi muito raro, então na minha experiência, minha vivência de uti, tanto adulto, quanto uti pediátrica e neonatal, eu tive muito mais taxa de extubação com sucesso do que na covid, nesses dois anos de pandemia que eu trabalhei exclusivamente para covid eu conto nos dedos da mão quantos pacientes eu consegui extubar e ficaram bem, então acho que a parte da extubação é uma parte muito importante que faz muita diferença [...] – Lara
	[...]acho que a minha maior diferença que eu faço na vida das pessoas que contraiu o corona é o pós né.. porque a maioria das pessoas que tiveram que ficar intubadas é.. e as pessoas que sobreviveram tiveram que ser submetidas a intubação, ficar sedadas com neurobloqueador e ai depois a pessoa ficou viva, ok? Mas e agora? Ela não mexe, ela não anda, ela ficou acamada e ai a gente devolver essa pessoa para a sociedade de modo funcional [...] – Helena
Sistema Único de Saúde (SUS) e o enfrentamento ao covid	[...] eu acho que isso é muito importante, essa carga pesada já que a gente tinha no hospital municipal, dos problemas, em fim.. da sobrecarga de trabalho, de emergência mesmo, de ver de tudo, ver vários tipos de doenças, os casos mais bizarros possíveis, fez com que a gente atuasse melhor e tivesse menos medo do covid, eu acho. [...] – Florzinha
	[...]tipo lá no SUS que não deixavam a gente atuar de forma geral, era limitado, as vezes eu brigava com médicos mais experientes por conta de pacientes passando muito mal, e isso frustrava, me deixava triste [...] – Noele
	[...]esse aprendizado e experiência que a gente tinha no SUS fez a diferença para enfrentar o covid. [...] – Florzinha
A importância da ciência para auxiliar no combate ao vírus	[...] não ter respaldo científico para atender, ser tudo muito novo, então eu me senti muito assustada, eu me senti com muito medo [...] – Lara
	[...] foi muito isso, de eu ter que estudar, de eu ter que me atualizar e me preparar para dar meu melhor na parte técnico científica, mas também de eu ter que me reestruturar psicologicamente assim, eu fiz terapia durante a pandemia toda para poder ajudar, porque todos estavam assustados, todos os pacientes estavam assustados, ninguém queria morrer, ninguém queria ser entubado e bem impactante nessa questão pessoal de ter que dar o apoio a alguém, as vezes eu não dava conta precisava chamar alguém da equipe de psicologia mesmo, porque eu não sou preparada para isso, mas foi um desafio muito grande ter que lidar com os meus

	medos e o medo dos outros [...] – Lara
Responsabilidade da equipe	[...]Bem, teve duas situações que me marcaram muito.. a triste foi um paciente que eu precisei entubar na UTI é.. ele falou assim para mim.. eu expliquei para ele o que ia acontecer, qual era o procedimento, ele falou basicamente assim “doutora é o fim para mim?” foi assim bem marcante aquilo para mim, eu lembro do rostinho dele sabe, eu lembro dessa frase dele para mim. [...] – Florzinha
	[...]Comprometimento, atenção constante com a condição do paciente, disposição para atuar nas intercorrências e emergências, apoio ao paciente muitas vezes ouvindo suas queixas, seus relatos de medo muitas vezes fazendo uma oração junto com o paciente antes da intubação, segurar sua mão no momento de fazer a sedação precedente a intubação, tentar facilitar o acesso seguro da família ao paciente doente [...] – Roberta
O desejo de cuidar	[...]sou apaixonada e não consigo me ver fora do hospital, fora do ambiente hospitalar, para mim eu poder estar dentro do hospital e ajudando as pessoas com o mínimo de.. poder.. confortar em momentos tão difíceis, para mim já vale entendeu, para mim o mínimo já é muito, para as pessoas que estão na cama, que não podem respirar sozinhos, que não podem comer sozinhos, que não podem se movimentar sozinhos, eu pelo fato de eu pegar na mão deles e nem que seja trocar só mão ou a perninha de lugar para mim já é gratificante, é o que eu sei fazer, é o que eu gosto de fazer [...] – Helena
O papel do psicólogo	[...].. parte que mais destruí era a parte que não poderia ter visita e ai você.. a gente chamava os psicólogos porque eles iriam fazer a vídeo chamada antes da intubação, o paciente mal conseguia respirar, mal conseguia fazer e ai passava senha do banco, passava.. como se fosse um adeus mesmo porque não tinha visita, familiar não podia entrar e tinha que anunciar que ia ser intubado né [...] – Helena
	[...]o trabalho do profissional de saúde mental por muitos anos não foi dado sua devido importância, principalmente no ambiente hospitalar, e a pandemia nos proporcionou uma grande uma visibilidade [...] – Karen
	[...]Acho que contribui, mesmo com uma parcela ínfima, para assegurar a saúde mental de alguns pacientes e familiares que estavam imersos naquela hospital, minimizando o impacto da internação e diminuindo as chances de um luto complicado [...] – Karen
	[...] desmistificar, porque as pessoas ainda acham nos dias de hoje que psicólogo da conselho (risos) e a psicologia ela é muito mais do que elas acreditam ser [...] – Valéria
	[...] eu estava presente atuando de forma plena na pandemia eu pude ser esse acalento e essa segurança de que o desespero não faz parte do sofrimento, você pode escolher se desesperar ou você pode escolher viver o seu sofrimento [...] – Valéria
	[...] eu acredito que as atitudes que eu possa ter tomado na minha profissão, como profissional que faz a diferença ai no enfrentamento ao coronavirus é justamente ajudar as pessoas a lidar com o sofrimento e com a finitude [...] – Valéria
A certeza de uma boa atuação	[...]eu tive um paciente que eu lembro muito dele, ele me chamava de Jaspion, porque eu não dava moleza para ele, eu falava “vamos lá, vamos ficar de pé, vamos sentar”, eu sei que foi muito duro para ele, mas eu

	<p>fiquei muito grata porque eu tenho certeza que eu fiz a diferença na vida dele e que ele lembra de mim até hoje.. porque a gente conseguiu devolver ele, depois de uma intubação, depois de ele ficar traqueostomizado, depois a gente conseguiu devolver ele andando com ajuda, isso é muito grato.. não tem preço e eu tenho certeza que eu fiz a diferença na vida dele [...] – Helena</p>
	<p>[...]o carinho e o respeito por cada pessoa que eu cuidei e que eu cuidei até hoje, porque independente se por causa da pandemia foram a óbito, no meu caso eu com a minha religião sempre fazia uma oração, sempre trata muito qualquer pessoa com todo o respeito do mundo e sempre com carinho e compaixão ao próximo [...] – Ana</p>
	<p>[...]Somos nós que cuidamos de pessoas em seus momentos mais vulneráveis, em seu momento mais delicado, e ainda assim, sem recursos, sem equipe adequada, sem valorização, tentamos (eu tento), dar o meu melhor, e esse é para mim um grande desafio. Mesmo que tudo seja a favor para não nos dedicarmos, para desanimarmos, que ainda assim, encontremos dentro de nós o melhor motivo para seguirmos [...] – Barbara</p>
Importância da equipe multiprofissional	<p>[...]atuar como técnica de enfermagem, eu vi que dentro dos hospitais a gente vê um pouco de tudo, desde os pacientes quanto as profissionais que auxiliam médicos, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, a equipe multi no geral, a gente vê que tem brigas mas assim as pessoas se ajudam pelos pacientes e aquele medo que eu tinha passou [...] Ana</p>

Núcleo de significação 5 – O que aprendemos com a pandemia? – “A pandemia foi de longe a fase mais desafiadora da minha vida profissional até o momento”.	
Indicadores	Pré-indicadores
O olhar para si mesmo diante da dificuldade	<p>[...]Me lembro que no começo, todas as vezes que eu levantava, que eu olhava para a minha mão e que eu pensava em não pegar a doença e que eu pudesse ajudar, quem eu pudesse ajudar, que minha mão fosse certa no acesso venoso, porque a gente precisava pulsionar muitos e muitos pacientes e calibrosos ainda, porque entrava com medicação e drogas vasoativas, imagina com 2 luvas e você não tinha nem tato direito [...] – Julia Coelho</p>
	<p>[...]eu decidi também a começar a andar de bicicleta, eu precisava fazer algo para sair daquilo que estava acontecendo [...] – Julia Coelho</p>
	<p>[...]e tenho certeza que do mesmo jeito que me transformou como profissional, me transformou como pessoa também. [...] – Julia Coelho</p>
	<p>[...] foi uma época da minha vida que eu tive que fazer terapia, já tomava remédio para ansiedade tive que aumentar a medicação, é.. foi bem difícil [...] – Florzinha</p>
	<p>[...] Foi extremamente difícil e cansativo [...] – Noele</p>
	<p>[...]eu fiquei é um pouco dependente de tabagismo (risos) durante a pandemia porque foi uma válvula de escape [...] – Florence</p>
O que aprendemos com o covid	<p>[...]a gente aprendeu muito também, a gente aprendeu bastante [...] – Julia Coelho</p>
	<p>[...]Como disse, a gente aprendeu muito no covid.. a gente aprendeu muito com as intercorrências que a gente teve sobre as medicações.. é um aprendizado que eu vou levar para a vida com certeza, de você estar pronta</p>

	<p>para uma emergência, isso eu aprendi ali.. de você não entrar em desespero, eu também aprendi ali.. de você controlar os seus tremores e seus medos eu também aprendi ali.. então é um aprendizado enorme, enorme que vou levar para a vida. [...] – Julia Coelho</p> <p>[...] foi um momento de muito crescimento profissional e pessoal [...] – Lara</p>
O que é necessário para o mundo pós pandemia	<p>[...]É.. os valores.. eu acho que por causa dessa pandemia, a gente tem que ficar ainda mais humano né [...] – Monique</p> <p>[...]empatia, se colocar sempre no lugar do outro [...] – Monique</p> <p>[...]as pessoas precisam ser mais humildes, ajudar mais o próximo né [...] – Monique</p>
A pandemia da necessidade de humanização	<p>[...]a pandemia acredito que foi um aprendizado para todas as pessoas né.. em fim.. darem mais valor na questão do amor ao próximo né.. de estarem presentes.. eu acho que as pessoas vivem hoje num mundo que estão muito distante uma das outras na questão de preocupação com o próximo e.. até pela perda de.. não perdi familiares mas.. tive a perda de amigos que tiveram assim muita importância para mim durante a pandemia.. e eu acho que é isso, valorizar o hoje é.. valorizar as pessoas que a gente ama é.. a questão acho que foi uma aprendizagem para muitas empresas que quebraram ai.. o comercio, a necessidade de planejamento financeiro né [...] – Michael</p> <p>[...]essa pandemia veio pra mostrar que precisamos dar mais valor as famílias e para a saúde [...] – Luara</p> <p>[...] eu conseguia junto com a equipe, levar o paciente para ver o dia, tirar o paciente da cama, colocar o paciente de pé pela primeira vez, teve pacientes que eu colocava musica para dançar de pé para levantar um pouquinho, colocava na cadeira de rodas para tomar um sol, sentir um vento na cara, sentir o sol esquentar um pouquinho [...] – Lara</p> <p>[...] eu acho que esses pequenos detalhes, tirar o paciente da cama, por uma musica que o paciente gosta, eu acho que isso fez a diferença [...] – Lara</p> <p>[...] é muito importante tirar o paciente do leito para evitar fraqueza, imobilismo mas isso faz parte do cuidado com o ser humano, não só de um corpo, era o que eu mais gostava de fazer [...] – Lara</p>
Alta hospitalar <i>versus</i> Mortes	<p>[...]Era bom ver as pessoas saindo com saúde, melhores do que quando foram internadas, mas o ruim era presenciar a morte. [...] – Henrique</p> <p>[...] as pessoas que saíram daquilo tudo e o sentimento era de gratidão, por ter estado ao lado daquela pessoa, por ter ouvido aquelas dores e dificuldades, por ter abraço com o olhar aqueles pacientes que não conseguiam nem falar que estavam traqueostomizados, as vezes até desacordados, entubados, o conforto, o amparo emocional me faziam sentir uma pessoa de bem, de Deus mesmo sabe [...] – Valéria</p>
O que é importante valorizar	<p>[...]o significado da pandemia é.. eu ainda não define para falar verdade para você o significado disso, parece que foi um pesadelo que acabou né.. e serviu para gente valorizar mais a família e para gente ver como que.. a gente já sabe mas assim, a gente teve que passar por isso para ver o quanto a vida é frágil né.. e.. é isso [...] – Florence</p>
O crescimento profissional	<p>[...]por outro lado foi muito importante para o crescimento profissional, assim.. aquela coisa né.. chorando mais a gente vai né.. é mas foi rico para a experiência profissional e principalmente no que se trata a emergência né [...] – Florzinha</p>

	[...]A pandemia foi de longe a fase mais desafiadora da minha vida profissional até o momento [...] – Barbara
	[...] Falando de uma forma profissional, a pandemia me fez crescer muito, eu falo para todo mundo que me pergunta isso, eu cresci profissionalmente 5 anos em 2, então aprendi muito da parte técnico científica, a lidar com pressão no plantão, a ter vários pacientes passando mal ao mesmo tempo, a ter que contar com a equipe, eu precisar da equipe e a equipe precisar de mim [...] – Lara
	[...] da parte profissional, eu aprendi muito, tive o privilegio de ter fisioterapeutas mais experientes, de ter fisioterapeutas doutores super capacitados para me ajudar e me orientar, esses ensinamentos da minha pós graduação que eu to terminando eu não tenho, então na parte profissional eu cresci muito [...] – Lara
O reconhecimento das pessoas	[...]E outra que foi muito boa, era uma paciente jovem, que tinha acho que filhinho pequeno em casa, trinta e poucos anos, ela não queria ser entubada de jeito, de jeito, de jeito nenhum assim, foi um tempão da gente conversando com ela, a psicologa conversou e em fim... por fim a gente entubou ela e ela sobreviveu, e depois ela voltou com um bolo e agradeceu a gente com toda a família dela junto para gente conhecer, agradeceu e tudo, e trouxe o bolo para gente comer.[...] – Florzinha
O importante não são coisas materiais	[...]A pandemia ela deixou bem claro né.. acho que não é só ter e conquistar coisas materiais porque o material fica né, e o resto? O resto vai embora.. isso me deixou mais forte, foi o que eu aprendi [...] – Helena
O que é importante?	[...]apesar de ter sido uma época muito triste.. é.. eu acho que me fortaleceu muito sabe.. me fez mais forte como pessoa e eu aprendi muito.. mais na pandemia, então eu dou valor a tudo na vida, a tudo pelo simples fato de você conseguir inspirar e insuflar seus pulmões de ar sozinho.. você tem que agradecer porque você consegue andar sozinha, você tem que agradecer pela sua família que é um dos bens mais preciosos que a gente tem é a nossa família sabe e dar valor e poder estar junto com eles.. é.. de você poder estar junto com as pessoas que você mais ama, que não tem preço né [...] – Helena
	[...]a pandemia nos deixou separados por um tempo né.. ai depois você para e olha o que realmente tem importância na vida né... o que é mais importante para você? [...] – Helena
	[...]o que tem valor na vida sabe? O quanto a vida humana deixou de ter valor e o quanto as coisas foram substituídas é.. por pessoas, o quanto adquirir coisas se tornou mais importante do que o valor das pessoas, o afeto, o carinho, o dialogo [...] – Valéria
	[...] eu atribuo esse significado ao coronavírus que ele veio para trazer luz, de sentido de vida, esse o significado que eu atribuo a percepção do sentido da vida que se perdeu dentro de muitas famílias e indivíduos [...] – Valéria
	[...] Da parte pessoal foi um divisor de aguas para mim deixou muito claro quem valoriza a vida, quem valoriza a saúde e quem valoriza o dinheiro e a economia.. daqui eu não preciso falar muito mais (citou questões politicas) [...] – Lara
	[...]A pandemia eu acho que significou muito aprendizado para muita gente, pelo menos para aqueles que se importam com outras pessoas, independente de ser familiar ou não, porque uma coisa que a gente viu

	<p> muito foi famílias inteiras devastadas [...] – Ana</p>
Empatia	<p>[...] então me fez eu me senti uma profissional de qualidade e muito mais do que isso, um ser humano que sente, que faz o seu melhor não só para si mesmo, mas para o outro também, um ser humano que se importa [...] – Valéria</p> <p>[...]a gente não consegue apontar quem levava o vírus para dentro das casas e geralmente um pegava o restante pegava, então vimos famílias inteiras falecerem, marido e mulher, filhos e avós, o aprendizado acho que foi respeito e cuidado tanto pela gente quanto pelo próximo [...] – Ana</p>
Consequências do covid	<p>[...] o coronavirus chegou para nos lembrar da nossa finitude né, porque ele matou as pessoas muito rápido, ele adoeceu as pessoas muito rápido, ele continua adoecendo as pessoas de uma maneira muito rápida, ele trouxe a compreensão para as pessoas embora tenhamos variadas outras doenças que nos abatem tanto quanto, mas a maneira como ele se apresentou, a quantidade de pessoas que ele atingiu de uma só vez, isso em um só momento, fez com que as pessoas compreendesse a finitude da vida, tocasse o sofrimento de forma muito abrupta, de uma maneira muito incisiva [...] – Valéria</p>
Covid -19	<p>[...] O significado que eu atribuo ao coronavírus é uma fatalidade, é uma mazela [...] – Valéria</p>
Viver um momento histórico	<p>[...]Senti que trabalhei em um momento histórico para a humanidade, que será eternizada nos livros de história [...] – Karen</p>
A pandemia acentuou a realidade	<p>[...]acho que a pandemia permitiu mostrar a verdade face das pessoas, e isso foi significativo para mim, pois pude escolher quem eu queria por perto. Acho que a pandemia, para mim, reverberou de dentro para fora, minha vida antes e depois do COVID-19 mudou muito, mas o despertar aconteceu porque eu me permiti [...] – Karen</p>
Cuidar sem julgamentos	<p>[...]Acredito que a principal ação foi tentar ajudar sem julgamentos. Sempre tentei fazer o melhor por cada ser humano que passou pelas minhas mãos e que esteve sob meus cuidados, conscientemente ou sem se quer me conhecer. Acredito que nosso exemplo também diz mais sobre quem somos, do que propriamente o que falamos ou pensamos, então sempre tentei cuidar sem entraves [...] – Barbara</p>