

FACULDADES PEQUENO PRÍNCIPE
DIRETORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM ENSINO NAS CIÊNCIAS DA SAÚDE

**SIGNIFICADOS DA PANDEMIA DE COVID-19 E CONTRIBUIÇÕES NA
FORMAÇÃO PROFISSIONAL PARA SEU ENFRENTAMENTO:
ESTUDO COM PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA ÁREA DA SAÚDE**

CURITIBA
2021

HENRIQUE RIBEIRO DE SOUZA BARROS

**SIGNIFICADOS DA PANDEMIA DE COVID-19 E CONTRIBUIÇÕES NA
FORMAÇÃO PROFISSIONAL PARA SEU ENFRENTAMENTO:
ESTUDO COM PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA ÁREA DA SAÚDE**

Projeto de Dissertação apresentado como requisito parcial da avaliação para a conclusão do Curso de Mestrado em Ensino nas Ciências da Saúde, Faculdades Pequeno Príncipe (FPP).
Orientadora Prof. Dra. Suely Grosseman

CURITIBA
2021

Barros, Henrique Ribeiro de Souza

B277s Significados da pandemia de COVID-19 e contribuições
na formação profissional para seu enfrentamento: estudo
com profissionais que atuam na área de saúde / Henrique
Ribeiro de Souza Barros – Curitiba, 2021.

79f.: il.; 30cm

Orientador: Suely Grosseman

Dissertação (Mestrado em Ensino nas Ciências da Saúde) –
Programa de Pós-graduação em Ensino nas Ciências da Saúde, Faculdades Pequeno
Príncipe.

1. Pandemia COVID-19. 2. Profissional da saúde. 3. Humanização
da assistência. I. Grosseman, Sueli (orient.). II. Título.

CDD 616.2414

CDU 614

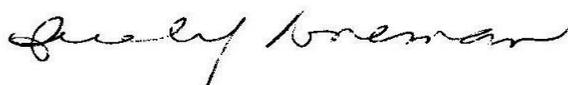
Ficha elaborada pela bibliotecária Maria Isabel Schiavon Kinasz – CRB9/626

TERMO DE APROVAÇÃO

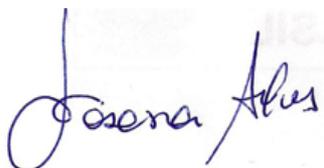
Henrique Ribeiro de Souza Barros

“Significados da pandemia de Covid-19 e contribuições na formação profissional para seu enfrentamento: estudo com profissionais que atuam na área da saúde”

Dissertação **aprovada** como requisito parcial para obtenção do grau de **MESTRE (A)**, no Programa de Pós-Graduação em Ensino nas Ciências da Saúde da Faculdades Pequeno Príncipe, pela seguinte banca examinadora:



Orientador (a): **Prof.^a Dr.^a Suely Grosseman**
Doutora em Engenharia de Produção pela Universidade Federal de Santa Catarina (2001). Professora e Orientadora do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu Mestrado em Ensino nas Ciências da Saúde da Faculdades Pequeno Príncipe.



Prof.^a Dr.^a Rosana Alves
Doutora em Clínica Médica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (2004). Professora e Orientadora do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu Mestrado em Ensino nas Ciências da Saúde da Faculdades Pequeno Príncipe.



Prof.^a Dr.^a Eliana Martorano Amaral
Doutora em Tocoginecologia pela Universidade Estadual de Campinas (1996). Professora de Obstetrícia da Universidade Estadual de Campinas. Coordenadora do Núcleo de Avaliação e Pesquisa em Ensino na Saúde da FCM/Unicamp.

Curitiba, 25 de outubro de 2021.

RESUMO

A alta infectividade e morbimortalidade do coronavírus desafiaram e ainda desafiam os trabalhadores da área da saúde. O objetivo do estudo foi compreender os significados da pandemia entre trabalhadores da saúde que atuam em um hospital que atende pacientes com Covid-19 e suas contribuições para melhorar a formação acadêmica para lidar com contextos de pandemia. O método foi qualitativo, com tipo de estudo exploratório, usando-se o referencial da Sociologia Compreensiva. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pequeno Príncipe. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas em profundidade com 20 profissionais de diversos setores, sorteados aleatoriamente, em um hospital escola de grande porte e alta complexidade que atendia pacientes com Covid-19. A análise dos dados foi de conteúdo temático. Participaram do estudo quatro médicos efetivos, dois médicos residentes, três enfermeiros, três técnicos em enfermagem e um profissional de cada seguinte área ou categoria: auxiliar de higienização, copeiro, recepcionista, psicologia, fisioterapia, nutrição, farmácia, tecnologia em radiologia. Alguns dos significados da pandemia foram orgulho pela profissão, superação, valorização profissional, missão, resignificação, mas também tristeza, medo, incerteza e insegurança social. As implicações da pandemia incluíram politização da doença, isolamento social, dificuldade em lidar com familiares negacionistas e agravamento de problemas devido a baixas condições socioeconômicas. As estratégias para enfrentamento do estresse incluíram desenvolvimento pessoal, a espiritualidade, a esperança, o maior foco no trabalho em si, a redução de acesso a notícias, busca de apoio psicológico e social e ingestão de substâncias psicoativas. Algumas sugestões para a formação profissional foram maior tempo de aulas práticas e em cenários profissionais, inserção ou maior tempo curricular de bioética em contextos de escassez de recursos, medicina de crise, como manter o equilíbrio emocional, autocuidado, leitura crítica de artigos científicos e realização de pesquisas científicas, comunicação, empatia no cotidiano e pela equipe, gestão de pessoas e recursos, bem como valorização do adocimento psicológico e da busca cotidiana de conhecimento. A implementação de programas de educação permanente pelas instituições de saúde também foi sugerida. O estudo mostra a diversidade de significados da pandemia entre os trabalhadores na saúde, suas implicações e estratégias para enfrentamento de estresse e traz diversas contribuições para melhorar a formação profissional para lidar com pandemias.

Palavras-chave: COVID-19; Pessoal de Saúde; Ensino; Humanização da Assistência; Pesquisa Qualitativa;

ABSTRACT

Coronavirus high infectivity and morbimortality have challenged and still do challenge healthcare workers. Objective of the study was to comprehend what pandemic meant to them and possible contributions to enhance academic formation. Methods were qualitative, an exploratory study using as reference Comprehensives Theory of Sociology. Project was approved by “Faculdades Pequeno Príncipe” Ethics Committee. Twenty professionals from various departments were randomly chosen for partially premed interviewing. Data analysis was thematic content. Following were interviewed: four physicians, two residents, three nurses, three nurse technicians, and one of each: psychologist, receptionist, sanitation assistant, physical therapist, cupbearer, nutritionist, pharmaceutic and radiology technician. Some of pandemics meanings were proudness, resilience, professional valorization, mission, resignification. But also, sadness, fear, uncertainty e social insecurity. Pandemics implications included disease politization, social isolation, difficulty in handling negationist parents and worsening of low socioeconomic issues. Strategy against pandemics included personal development, spirituality, hope, focus on job, lowering access to the news, searching for psychological and social support and ingestion of psychoactive substance. Suggestions for professional formation were enhancing practical classes involving professional scenarios, increasing of curricular bioethics in scarce resources and crisis medicine situation, maintaining emotional balance, selfcare, reading of scientific papers, science research, communication, daily empathy, management of people and resources, and valorization of psychologic illness and search for knowledge. Implementation of permanent educational strategies from healthcare institutions was also suggested. Study demonstrates a diversity of pandemics meanings among healthcare workers, implications, and strategies for dealing stress. Besides, it contributes to professional formation in dealing with pandemics

Key Words: COVID-19; Health Personnel; Teaching; Humanization of Assistance; Qualitative Research

SUMÁRIO

1.	TRAJETÓRIA.....	5
2.	INTRODUÇÃO.....	9
	2.1 JUSTIFICATIVA.....	12
	2.2 OBJETIVO.....	13
3.	REVISÃO DE LITERATURA.....	14
4.	MÉTODO.....	19
	4.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	19
	4.2. LOCAL DE PESQUISA.....	19
	4.3. PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	20
	4.4. COLETA DE DADOS.....	21
	4.5. ANÁLISE DOS DADOS.....	23
	4.6. ASPECTOS ÉTICOS.....	24
5.	RESULTADOS.....	26
	5.1 PERFIL DOS PARTICIPANTES.....	26
	5.2 SIGNIFICADOS DA PANDEMIA.....	29
	5.3 IMPLICAÇÕES DA PANDEMIA.....	37
	5.4 ESTRATÉGIAS PARA O ENFRENTAMENTO DO ESTRESSE.....	40
	5.5 SUGESTÕES PARA A FORMAÇÃO PROFISSIONAL.....	43
6.	DISCUSSÃO.....	49
7.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	70
8.	REFERENCIAS.....	71
9.	APÊNDICES.....	76
	9.1. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	76
	9.2. QUESTIONÁRIO COM VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E QUESTÕES NORTEADORAS	79

1 TRAJETÓRIA

Relato aqui minha trajetória, de uma infância e adolescência na fazenda, cheia de ar puro e afeto, ao jovem adulto que enfrentou as limitações da baixa condição financeira e o ensino público para a aprovação no curso de medicina da Universidade Federal do Paraná. Carrego o orgulho de ter tido um ensino superior público e de qualidade, sabendo que minha formação é fruto da contribuição da sociedade. Ao fim da faculdade, almejava a residência de Medicina de Família e Comunidade. Porém, esbarrado novamente pelas questões financeiras, iniciei minha vida profissional nos serviços de emergências da região metropolitana de Curitiba, onde pela primeira vez tive o contato como médico assistencial com pacientes em estado mais grave. E como todo ser humano, me apaixonei, desta vez pelo cuidado aos gravemente enfermos, decidindo cursar a especialização em Medicina Intensiva.

Como mestrando e médico especializando de Medicina Intensiva de um hospital de Curitiba (Paraná), sinto que cuidar de pessoas gravemente enfermas é uma das profissões mais gratificantes que há. Tanto nos bons momentos, quando felizes aplaudimos uma alta, quanto às vezes, quando confortamos o tão doloroso momento daqueles que perdem seus amores.

No segundo ano do Mestrado em Ensino nas Ciências da Saúde, fui surpreendido pela pandemia da Covid-19. Desde janeiro de 2020, esparsas notícias dos jornais anunciavam uma epidemia de síndrome respiratória na China. Mas, foi no início de março de 2020 que o pânico tomou conta do Brasil, quando assistimos as mortes dispararem na Europa e a população dos países mais afetados enfrentarem isolamento domiciliar em massa.

Nosso projeto inicial versaria sobre a percepção de familiares de pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) sobre conferências familiares, que são reuniões entre familiares e equipe assistencial, onde são discutidas questões sobre condição atual, perspectivas prognósticas e terminalidade em doentes gravemente enfermos, no intuito de pactuar cuidado e acolher a família. Estávamos na fase de realização de entrevistas, que foram suspensas pelo impedimento do acesso de familiares ao hospital, inviabilizando a realização de conferências e a continuidade da coleta de dados.

Seguindo as instruções internacionais, em março de 2020 a maioria das cidades do Brasil iniciou as medidas de isolamento domiciliar. Curitiba, a cidade

onde eu residia e cursava a especialização, seguiu essa regra. Pela baixa circulação de pessoas, experenciamos por cerca de quatro meses a ausência quase completa de doentes por Covid-19. Aliado a isso, iniciaram no hospital as medidas para preparação para a pandemia, com o cancelamento de cirurgias eletivas, e desenvolvimento de protocolos gerenciais e assistenciais. Foram meses angustiantes, de hospital vazio, à espera do caos. Ao mesmo tempo, os noticiários mostravam o norte do Brasil em meio a uma grande crise de saúde, tendo Manaus/AM como epicentro da pandemia, com falta de profissionais e excesso de doentes. Decidi pedir liberação ao hospital para que eu pudesse ir a Manaus, atuar na linha de frente, já que nos encontrávamos em um período relativamente ocioso. Os gestores do hospital autorizaram de bom grado, e fui. Ao chegar lá, fui atuar em uma UTI criada às pressas em um grande hospital da cidade, e o caos era real. Eu senti na pele a angústia de não ter os meios para oferecer o cuidado que gostaria e de ter de fazer as escolhas mais difíceis até então feitas. Via por trás das máscaras dos profissionais manauaras uma profunda vontade de cuidar, ainda que muitas vezes sem saber exatamente como, porém, com a vontade de aprender digna do aluno mais atencioso. Trabalhei por 15 dias, e retornei a Curitiba. Duas semanas depois retornei a Manaus para mais 15 dias, agora com mais seis colegas do hospital onde cursava a especialização, momento onde a cidade já demonstrava uma relativa redução de casos, porém com condições estruturais não menos desafiadoras. Ao retornamos para Curitiba, os casos de Covid-19 já estavam em ascensão em nossa cidade, e a missão agora era ali.

A pandemia trouxe muitos sentimentos para todos nós que trabalhamos frente a frente com o vírus. Tirou o ar de muitos, com dor e preocupação ao ver nossos colegas adoecidos, muitos deles enfrentando sintomas incapacitantes, ao sentir medo de contaminar nossos entes queridos e impotência frente às perdas de guerreiros e guerreiras que se doaram a cuidar dos outros, em gestos de altruísmo inspiradores. Trouxe também um sentimento de união e força, pois éramos agora, mais que tudo, um time que orquestradamente venciam um inimigo em comum. Os rostos por trás das máscaras, cansados e emotivos, não desistiram.

Frente ao momento de organização social em que vivenciamos, é necessário um olhar mais aprofundado aos profissionais que atuam nos hospitais. Toda a população sofre as consequências de uma doença infectocontagiosa com alta taxa de transmissibilidade e letalidade, que se distribuiu por todo o mundo afetando nossas interações sociais, laborais, comportamentais e estado de saúde mental e físico.

Devido ao íntimo contato com pacientes contaminados pela Covid-19, os profissionais de saúde têm expressiva carga emocional adicional negativa. É o que apontam diversos estudos, que identificaram elevado percentual de sofrimento psicológico nessa população (Lai et al. , 2020); Wu et al. , 2020). Isso se deve ao medo de contaminar-se, medo de contaminar seus entes queridos, solidão frente ao isolamento social, alto número de perda de pacientes, dentre outros.

A exaustão física advém da alta carga de trabalho, aliada à necessidade do uso de paramentação desconfortável, que impede de alimentar-se adequadamente, e até mesmo de utilizar o banheiro. Conforme aponta a literatura, a motivação dos profissionais de saúde para continuarem a trabalhar e, conseqüentemente, expor-se ao vírus de forma direta, é bastante diversificada. Em especial, diante da grave crise política, com pouca mobilização federal para combate ao vírus e conseqüentemente causando impactos diretos na saúde física e mental do trabalhador de saúde (Nasi et al., 2021).

Buscando identificar sugestões para melhorar a formação dos profissionais de saúde visando a atuação em situações de calamidade, procuramos entender melhor as motivações, perspectivas, percepções, relações interpessoais, pontos de apoio, angústias e sentimentos dos profissionais neste trabalho. No início do período da coleta de dados, eu era especializando, e ao final já pertencia ao corpo clínico da instituição onde o trabalho foi realizado.

Enquanto vivenciamos ainda dias nublados, nos sentimos orgulhosos de usar nossas armaduras de tecido. Apesar de impessoais, conseguimos confortar os corações que não podem ter por perto um ente querido porque este se encontra adoecido. Como forma de gratidão por todos os profissionais que trabalharam direta ou indiretamente no combate a Covid-19, decidimos desenvolver esse trabalho. Tão importante quanto aplausos, dar voz é um gesto de reverência.

Muitos poderiam ver de forma negativa a necessidade de criar um novo projeto de mestrado, quando o seu já se encontrava na fase de coleta de dados, e no segundo ano do curso. Eu não vi. Foram extremamente significantes e engrandecedoras as duas experiências: trabalhar com pesquisa qualitativa pela primeira vez, e fazer isso no contexto da pandemia, entrevistando pessoas que passavam pela mesma situação que eu. Da experiência com a pesquisa qualitativa, eu vi um novo horizonte dentro do processo de criação de ciência, dentro das várias formas de interpretar a realidade, e sobretudo, sobre entender o que as pessoas têm a dizer, não encaixotando as respostas delas em quadradinhos criados por nós. E

fazer isso frente a um momento como a pandemia, entrevistando as pessoas que viam o que eu via, me permitiu entender que o meu sofrimento naquela situação não era só meu, foi terapêutico. Eu tive o medo que eles tiveram de adoecer, e adoeci, e tive mais medo ainda. Mas foi também nesse mesmo ambiente de incertezas que vi muitos voltarem para suas famílias, e a alegria manifestada pelos entrevistados por isso, também era minha. Fico feliz e grato por ter tido a oportunidade de ouvir todas essas pessoas, com um fim comum, de criar algum substrato para tornar menos traumática a experiência que vivenciamos. Fico grato, por fim, por ter tido a oportunidade e o prazer de trabalhar com a magnífica Professora Doutora Suely Grosseman, um ser de luz que me guiou nos meus momentos mais sombrios, com uma profunda capacidade de empatia, de demonstrar carinho, dedicação, sabedoria e prazer por ensinar. Foi uma relação de mais de dois anos que me inspirou a ser um ser humano melhor, e se um dia a docência vier pra mim, Suely será sempre lembrada por mim como o modelo a ser objetivado.

2. INTRODUÇÃO

Em 29 de dezembro de 2019, foram reportados quatro casos em hospitais da cidade Wuhan, China, inicialmente classificados como “pneumonia de etiologia desconhecida”, tendo todos eles como denominador comum o *Hunan Seafood Wholesale Market*, um mercado local onde se comercializam produtos animais. Esses casos iniciais foram identificados como a doença “*Novel Coronavirus Infected Pneumonia*”, 2019-nCoV, mais tarde denominada Covid-19. Sua suspeita era baseada nos seguintes achados nos pacientes: febre relatada ou aferida, evidência radiológica de pneumonia, contagem normal de leucócitos ou leucopenia ou linfopenia e ausência de remissão de sintomas após três dias de tratamento antibiótico guiado por protocolos clínicos. (Li et al., 2020).

O primeiro estudo epidemiológico sobre a Covid-19 foi publicado em 26 de março de 2020, e avaliou 425 pacientes cuja média de idade era de 59 anos (variando de 15 a 89 anos), sendo 56% deles do sexo masculino. O estudo constatou um crescimento exponencial no número de novos casos. (Li et al., 2020). Em 30/01/2020 a OMS declarou que o surto do novo coronavírus constituía uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) – o mais alto nível de alerta da Organização e em 11/03/2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) considerou a Covid-19 como uma pandemia, devido a extensão de casos em vários países. (WHO, 2022).

Frente à gravidade e alta infectividade da doença, uma alta carga emocional recaiu sobre os profissionais de saúde que lidavam diariamente com pessoas que adoeciam com Covid-19. Lai et al. (2020) realizaram um estudo quantitativo entre 29/01/2020 e 03/02/2020 com 1257 profissionais de saúde de 34 hospitais na China que realizavam atendimento à Covid-19 para avaliar fatores associados à sua saúde mental. Eles constataram que 50% deles apresentavam sintomas de depressão, 44,6%, sintomas de ansiedade, 34% distúrbios do sono e 71,5% sintomas de estresse. Ser mulher, profissional de enfermagem, atuar na linha de frente e trabalhar na cidade de Wuhan associaram-se a níveis mais severos de sintomas de ansiedade, depressão, insônia e estresse. Trabalhar na linha de frente foi o fator de risco independente para pior estado mental. Foram aventadas as hipóteses de que a equipe de enfermagem estaria mais exposta à doença, pela proximidade, o contato frequente e aumento da carga horária laboral, e que os profissionais da cidade de

Wuhan eram os mais afetados pelo fato de a cidade ser a origem e epicentro da pandemia. As fontes estressoras poderiam advir de sentimentos de vulnerabilidade, perda do controle, de preocupações com a própria saúde, de familiares e de seus entes queridos, com a propagação do vírus, mudanças no trabalho e o isolamento. (Lai et al., 2020)

Os efeitos psicológicos da pandemia na equipe de saúde podem ser correlacionados à situação local de enfrentamento ao vírus. Xu et al. (2020) avaliaram sintomas de depressão e ansiedade em 120 profissionais da equipe cirúrgica de um hospital de Shangai, China, comparando 60 profissionais que participaram no período de surto da Covid-19 (28/01/2020 a 29/02/2020), e 60 profissionais no período após (02/03/2020 a 21/03/2020), e constataram que os escores de ansiedade e de depressão foram consideravelmente mais altos durante o primeiro período.

Wu et al. (2020) afirmaram que os efeitos psicológicos da pandemia na população em geral se devem a vários fatores, dentre eles: incerteza quanto à duração da crise, falta de terapêuticas comprovadas ou vacinas e escassez de recursos de saúde como, por exemplo, Equipamentos de Proteção Individual (EPI). Os profissionais da saúde, adicionalmente, sofrem pela necessidade distanciamento dos familiares e entes queridos e possibilidade de adoecimento próprio e de transmissão do vírus aos familiares. Como alternativa para as instituições mitigarem os efeitos psicológicos da pandemia na equipe de saúde, os autores sugerem uma comunicação clara, rápida e frequente, sem ser excessivamente tranquilizadora e que a liderança hospitalar, a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e os órgãos supervisores sejam transparentes e flexíveis, reconheçam as incertezas e forneçam planos claros e baseados em evidências para reforçar a confiança e autoeficácia dos trabalhadores.

Rajkumar (2020) revisou oito publicações sobre os impactos da Covid-19 na saúde mental e concluiu que o alto número de casos da doença no mundo e sua grande disseminação pode levar a uma crise de saúde mental. Ele considera que são necessárias intervenções em larga escala para abordar a crise psicossocial e a incorporação de cuidados em saúde mental nos protocolos de manejos de desastres no futuro. Em seu estudo, os fatores relacionados aos distúrbios psíquicos nos profissionais de saúde similares foram os citados anteriormente como alta carga de trabalho, cansaço físico, medo de contrair infecção pelo alto risco que correm, escassez de EPI, e também solidão e distanciamento dos familiares. Para mitigar o

estresse emocional, são propostas diversas estratégias, dentre elas, desenvolvimento de equipes de especialistas qualificados para atender pessoas com estresse emocional, treinamento de profissionais da comunidade em aspectos básicos de saúde mental, uso de questionários online para acessar a magnitude dos problemas de saúde mental, desenvolvimento de material *online* para ensino sobre saúde mental, serviços de aconselhamento *on-line*, serviços de autoajuda e serviços de telemedicina para diagnóstico e aconselhamento.

No Brasil, o primeiro caso reportado de Covid-19 data de 25 de fevereiro de 2020, (Culp, 2020). Aproximadamente três meses depois, em 26 de maio, o país enfrentava um aumento exponencial com 363.211 casos e 22.666 mortes reportados (Romanov, 2020). Em 08 de agosto do mesmo ano, registrou-se a triste marca de 100 mil mortos pela doença, segundo maior número do mundo, atrás somente dos Estados Unidos da América (EUA). Em editorial publicado pelo The Lancet (2020), afirmou-se que além do agravamento da pandemia pela crise política e forma de condução da crise, houve aqui uma exacerbação pela crise sanitária, devido às más condições sociais da população brasileira, onde 13 milhões de cidadãos residem em favelas, com baixo acesso a saneamento básico. A ausência ou insuficiência de políticas efetivas e bem estruturadas de saúde pública impactam diretamente os profissionais de saúde que atuam no combate ao coronavírus.

A formação profissional poderia preparar os estudantes para atuar em situações de exceção como a pandemia, um desastre de natureza biológica, em seus mais diversos âmbitos. Consideramos, entre esses profissionais, todos os que atuam na unidade hospitalar nas mais diversas funções, desde a higienização, cozinha, administração, até os que atuam de forma assistencial e direta aos pacientes.

Conforme Albuquerque et al. (2009), que produziram um ensaio sobre os currículos disciplinares na área da saúde, historicamente, a formação dos profissionais de saúde no Brasil foi pautada por conteúdos contidos em disciplinas, de forma fragmentada e inserida em um contexto de relações de poder, onde o professor especialista detém o protagonismo no processo de ensino-aprendizagem. O fruto disso é um ensino fundamentalmente passivo, pautado no acúmulo de dados e um ambiente de ensino isolado do mundo e da vida. O egresso desse modelo se constrói naturalmente, a partir de um paradigma fragmentado, dirigindo sua prática a especializações, maior valorização aos problemas de saúde individuais que aos coletivos e menor atenção aos fatores psíquicos, afetivos, históricos, culturais e

ecológicos do adoecer humano. Isso se explica pelo diferente valor dado às temáticas dentro dos cursos da saúde, onde disciplinas que são voltadas a aspectos biológicos e intervenções no corpo por meio de procedimentos têm mais atenção pela comunidade acadêmica, enquanto aquelas relacionadas à ética, humanidades, ambiente, relações interpessoais, intrapsíquicas e das interações sociais são negligenciadas.

Vê-se, também, um descompasso entre a formação em saúde e a necessidade da população. Alguns fatores contribuem com esta situação: a falta de integração entre o ensino básico e profissionalizante, a formação de profissionais cada vez mais especializados e sem preparação para uma atuação generalista, e o ensino fragmentado em inúmeras disciplinas, que muitas vezes induz à especialização precoce. Essa constatação vem levando instituições de ensino superior a modificarem seus processos de ensino, com vistas a tornar o profissional de saúde capaz de prestar o cuidado integral ao indivíduo e à coletividade, de forma a permitir a compreensão do ser humano e seu processo de saúde-doença, por meio da abordagem interdisciplinar na construção dos conhecimentos. Algumas das estratégias adotadas para isso incluem: a ruptura com as “grades” disciplinares, adoção de estruturas modulares integradas, desenvolvimento de atividades transversais e experiências de práticas interdisciplinares.

Levando em conta que profissionais que estão na linha de frente do enfrentamento da Covid-19 vivenciaram as limitações em sua formação e do cotidiano de sua prática de forma dramática, e que podem contribuir com sugestões para o ensino na saúde pelos significados de sua experiência, surgiram as seguintes questões de pesquisa: “Quais são os significados da Covid-19 nas diversas dimensões da vida de profissionais que atuam em um hospital de alta complexidade? Que sugestões eles têm para os currículos das escolas da área da saúde?”

2.2 JUSTIFICATIVA

A justificativa para o estudo é construir conhecimentos que forneçam subsídios para refletir sobre os desafios enfrentados e estratégias de enfrentamento utilizadas pelos profissionais durante a pandemia de Covid-19 e identificar suas

sugestões para o melhoramento no currículo das instituições que formam profissionais na área da saúde, especialmente para facilitar a formação de profissionais para enfrentar situações como a pandemia de Covid-19, que incluem desde aspectos mais voltados à área biomédica até os psicossociais.

2.3 OBJETIVO

Compreender os significados da pandemia de Covid-19 entre profissionais que atuam em um hospital que atende pacientes acometidos pela doença e suas contribuições para a formação na área da saúde nesse contexto.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Bohlken et al (2020) realizaram revisão narrativa sobre a saúde mental de profissionais de saúde frente à Covid-19. Foram incluídos 14 estudos quantitativos, que, em sua maioria, utilizaram escalas validadas para a mensuração de sintomas psicológicos e avaliação de transtornos mentais. Os autores constataram que mais de um terço da equipe hospitalar, a qual incluía profissionais que não atuavam diretamente com pacientes infectados, apresentava indícios de stress leve a moderado. Houve associação entre os sintomas manifestados e idade, sexo, especialização, motivação, autoconsciência, e sobretudo, atividade e proximidade a pacientes com Covid-19. Estes dados vão ao encontro dos achados de uma revisão de literatura realizada por Lima et al. (2020), que reforçam os elevados índices de problemas psicológicos, depressão, ansiedade e estresse, enfrentados por profissionais de saúde durante a pandemia. Segundo os autores, a pandemia ressaltou espaços potenciais nos serviços de saúde mental durante emergências e testou a resiliência de profissionais e dos sistemas de saúde. Ainda, ressaltam a organização do sistema de saúde chinês para abordar os impactos psiquiátricos por meio de disponibilização de atendimento virtuais realizado por clínicos, psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais a pacientes, familiares e equipe médica.

Markwel et al. (2020) acessaram dados qualitativos de um estudo conduzido na Austrália em 2014 para identificar desafios éticos e clínicos vividos na epidemia de Ebola, para planejar o enfrentamento para a nova pandemia. Os resultados apontaram que os profissionais de saúde em atividade pesam suas necessidades de saúde em relação a cuidar dos pacientes, e que suas decisões levam em conta a gravidade do risco ao qual são submetidos, a capacidade dos profissionais em se proteger e de habilidades e experiência individuais. As sugestões dos autores para o enfrentamento da nova pandemia eram de que os gestores mantivessem uma comunicação clara e concisa com os profissionais, e os envolvesse no processo de tomada de decisões. Sugerem ser necessário engajamento colaborativo entre a gestão de saúde, gestão hospitalar e profissionais de linha de frente, de modo a construir relações de confiança. Comentaram ainda que, frente à Covid-19 e a situação de recursos limitados, seria fundamental que os profissionais de saúde tivessem suporte para tomada de decisões difíceis, idealmente com orientações contemporâneas, transparentes e baseadas em dados epidemiológicos e

experiência internacional, de modo a minimizar o risco de injúria moral à equipe, aos pacientes e a familiares. Esses dados vão ao encontro das ações desenvolvidas pelo *Mount Sinai Health System*, hospital com 40 mil funcionários, em Nova Iorque, Estados Unidos. (Ripp et al., 2020). A cidade emergiu como epicentro dos casos de Covid-19 e a instituição criou uma força tarefa, no início de março de 2020, composta por líderes de saúde comportamental, recursos humanos e bem-estar. Utilizaram uma avaliação rápida para captar as necessidades e preocupações dos trabalhadores relacionadas à pandemia, visando fornecer suporte aos funcionários, corpo docente e estudantes. Três áreas despontaram como prioritárias e essenciais: o atendimento às necessidades básicas; a melhora na comunicação com envio de mensagens atualizada, confiáveis e tranquilizadoras; e, o desenvolvimento de opções robustas de apoio à saúde mental e psicossocial.

A respeito de considerações bioéticas em situações de exceção como a pandemia, Anderson et al. (2020) conduziram um estudo qualitativo na cidade de Victória, na Austrália, que visava responder se paramédicos têm a obrigação profissional de trabalhar durante pandemias. Foram realizados grupos focais com um total de 41 participantes da comunidade. Houve consenso de que há um “dever de cuidar” frente a situações de atividade laboral habitual, porém houve dificuldade em articular com clareza se estes profissionais têm a obrigação de trabalhar durante pandemias. Ficou claro que isso depende do padrão de cuidado durante a crise, declarada pelo governo, que deve dar poderes e proteções específicas a esses profissionais. Ficou claro, também, que há uma hierarquia da obrigação, onde uma obrigação organizacional precisa ser cumprida antes que qualquer nível de obrigação individual possa ser esperado. Mostraram-se incertos, também, quais níveis de risco devem ser considerados aceitáveis, e de qual maneira o profissional deve agir caso venha a perceber que esse nível foi ultrapassado. Além disso, constatou-se que o profissional tem o direito de decidir trabalhar ou não, mas uma vez aceitando, são aceitos os riscos inerentes a essa decisão. Com relação ao fornecimento de EPI, concluiu-se que, em havendo esses suprimentos, há uma obrigação profissional em atender. Já em sua ausência, retorna-se à incerteza quando a aceitabilidade dos riscos.

Com relação à obrigação organizacional sobrepujar a individual no gerenciamento da crise, merece destaque o que foi apontado por Feliciano (2020), quando discute que, no início da pandemia no Brasil, houve uma disseminação pelas mídias da imagem dos profissionais de saúde enquanto “heróis”. Isso pode ter

uma interpretação dicotômica, sendo uma delas a valorização profissional, e outra a imposição sobre estas pessoas de uma sobrecarga mental subjetiva elevada, já que dependeria deles, e só deles, a resolução completa da situação. Dessa forma, atribuir unicamente aos trabalhadores a responsabilidade do enfrentamento da pandemia negligencia outros aspectos muito importantes para o enfrentamento da crise, como financiamentos, projetos de cuidado, condições e jornada de trabalho e salários.

Fiho et al. (2020) consideram que o exercício das atividades laborais e as condições de trabalho são fontes potenciais de exposição ao vírus em trabalhadores da saúde que atuam no enfrentamento à Covid-19. Afirmam que, mesmo entre os profissionais diretamente envolvidos nos cuidados aos pacientes, pouco se discute sobre as condições e organização do trabalho, prevalecendo até o momento protocolos de recomendações individuais que, apesar de fundamentais, são insuficientes para o controle geral da exposição ao vírus. Ressaltam que, em estudos anteriores sobre a influenza, observou-se a interferência de vários fatores na adesão às práticas de biossegurança, entre eles a sobrecarga de trabalho, a precariedade das instituições e de normas de convívio social. Destacam que durante a atual pandemia, na China, houve a criação de serviços online para cuidados de saúde mental e aconselhamento psicológico por aplicativos de dispositivos móveis, criação de áreas de repouso nos hospitais – evitando a contaminação de familiares e terceiros. Esses autores (Fiho et al., 2020) ressaltam, ainda, que as medidas de isolamento social em massa e a manutenção exclusiva de serviços essenciais são necessárias, devido à alta transmissibilidade da Covid-19, grande quantidade de infectados assintomáticos e oligossintomáticos (até 30%), inexistência de terapêutica medicamentosa comprovada, cobertura insuficiente de testes, duração prolongada dos sintomas e pela experiência internacional.

Brooks et al. (2020), do Reino Unido, incluíram 24 artigos em sua revisão sobre o isolamento social e a quarentena. Demonstraram que nos artigos onde houve comparação entre populações submetidas a quarentena versus àqueles não submetidos, ter estado em quarentena foi fator preditivo positivo de estresse agudo. Nos estudos analisados, as pessoas submetidas a quarentena foram desde profissionais de saúde até a população em geral, isolados por questões sanitárias das mais diversas, como proprietários de cavalos durante uma epidemia de influenza equina. Os submetidos à quarentena expressavam mais facilmente exaustão, distanciamento social, ansiedade ao lidar com pessoas febris,

irritabilidade, insônia, redução na concentração e inclusão, relutância em trabalhar e menores desempenhos no trabalho. Segundo os autores, os maiores estressores reportados durante a quarentena foram: medo de infecção, tédio, frustração, incerteza quanto à adequação de suprimentos básicos, informações inadequadas pelas autoridades de saúde - o que trazia insegurança quanto ao propósito da quarentena - e, por fim, o tempo de duração da quarentena. Ressaltam que pessoas com histórico de doença mental prévia devem receber mais atenção nesse período, podendo necessitar suporte extra. E que para profissionais de saúde, o suporte dos gestores parece ser essencial quanto ao seu retorno ao trabalho. Um dos estudos analisados comparou grupos submetidos à quarentena superiores e inferiores a 10 dias. Nos grupos isolados por mais tempo os sintomas de estresse foram significativamente maiores. No período pós quarentena, os fatores estressores foram principalmente questões financeiras e estigma. Ao abordar estigma, os autores dão enfoque principal aos profissionais de saúde submetidos a isolamento, que foram comparados à mesma categoria não isolada. No grupo que foi submetido à quarentena houve maior proporção de estigmatização e rejeição de pessoas da vizinhança, com relatos de que as pessoas as tratavam diferente, evitando-as, suspendendo convites sociais, tratando-as com medo e suspeição, fazendo comentários depreciativos. Os profissionais de saúde submetidos ao isolamento social apresentaram sintomas mais severos de estresse pós-traumático que a população em geral quando submetidos à quarentena, com escores significativamente maiores em todas as dimensões avaliadas. Esses profissionais reportaram mais sentimentos de raiva, aborrecimento, medo, frustração, culpa, isolamento, solidão, tristeza, preocupação, desamparo e nervosismo.

Consequências sociais à população também são discutidas por Ghebreyesus (2020), em editorial, quando discorre sobre comportamentos de risco que as pessoas podem adotar frente a uma crise nas proporções desta pandemia, com busca de refúgio em álcool, drogas e comportamentos potencialmente viciantes, como jogos de azar. O autor comenta, também, sobre o aumento expressivo nos relatos de violência doméstica quando do isolamento domiciliar. Ressalta, ainda, que pode haver perturbações nos processos de luto, já que os familiares podem não estar presentes nos últimos momentos de um ente querido, bem como às dificuldades impostas a realização de ritos funerários cabidos à cada cultura.

Este tema também é foco de discussão do artigo publicado por Yardley; Rolph (2020), que discutem os medos de pessoas incapazes de estar com entes queridos

doentes ou prestes a morrer por Covid-19. Segundo os autores, não saber como o paciente de fato está e a possibilidade de o ente querido morrer com dor cria insegurança quanto à qualidade e oferta de cuidados básicos ao familiar. Os autores pontuam que é dever dos profissionais de saúde assegurar que humanidade, comunhão e compaixão sejam mantidas ao fim da vida.

Teti et al. (2020) afirmam que a Covid-19 não é apenas uma situação médica e de saúde, mas um evento social, que perturba nossa ordem como sociedade. Para melhor compreender as respostas sociais a uma pandemia, os autores apontam as vantagens da pesquisa qualitativa. Explicam que, utilizada em estudos epidemiológicos, é muito útil para identificar quem é afetado por determinada doença, como ela funciona, quem sobrevive e quem morre, mas não possibilita identificar razões para o comportamento das pessoas, as interações sociais e as formas que entendem o que está ao redor delas. Salientam, portanto, a complementaridade das duas abordagens metodológicas: quantitativa e qualitativa. Comentam que pesquisas qualitativas realizadas em pandemias anteriores evidenciaram que a confiança cultural e política nas instituições podem reforçar respostas. Por outro lado, confrontos podem minar a confiança nestas instituições. Os autores descrevem cinco contribuições essenciais dos métodos qualitativos frente a fenômenos como as epidemias: identificam a maior compreensão sobre o comportamento de saúde das pessoas; identificam populações vulneráveis; revelam consequências inesperadas ou desfechos surpreendentes relacionados a soluções epidemiológicas adotadas; identificam as necessidades da equipe de saúde e suas interações com os grupos afetados; aumentam a adesão da comunidade, já que os métodos qualitativos ajudam a revelar os motivos pelos quais alguma medida de saúde pública pode não funcionar na prática considerando as características sociais do grupo ao qual ela é voltada.

4 MÉTODO

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo abordagem qualitativa, tipo exploratório, com o referencial da Sociologia Compreensiva (Minayo, 2014).

Optamos pela pesquisa qualitativa para compreender aspirações, crenças, valores, atitudes, motivos e significados, enfim, o universo das relações e dos processos e fenômenos, os quais não são mensuráveis quantitativamente. Os pesquisadores que se embrenham na pesquisa qualitativa se valem do cotidiano, da vivência, das experiências e da compreensão das estruturas e instituições como resultado da ação humana objetivada (Minayo, 2002).

O referencial da Sociologia Compreensiva destaca a compreensão e a inteligibilidade como propriedades específicas dos fenômenos sociais, deixando evidente que os conceitos de “significado” e “intencionalidade” os separam dos fenômenos naturais. No campo da ciência sociais, foi Max Webber quem delimitou as bases teórico-metodológicas desta corrente de pensamento. Para Weber, a sociologia requer uma abordagem diferente das ciências da natureza, dentro dos seguintes parâmetros: a realização de pesquisas empíricas, com a finalidade da construção de dados que deem formulações teóricas; os dados devem derivar dos modos de vida dos atores sociais; os agentes sociais são quem dão os significados a seus ambientes e relações, de forma muito variada; os mesmos agentes podem também descrever, explicar e justificar suas ações, motivadas por causas tradicionais, sentimentos, afetos, ou pela racionalidade; as realidades sociais só podem ser identificadas na linguagem da interação social. Dessa forma, linguagem, prática, coisas e acontecimentos são, definitivamente, inseparáveis. De forma a manter a objetividade da investigação, Weber propõe, para conseguir compreender a realidade social, dois princípios metodológicos: a neutralidade de valor e a construção do tipo-ideal (Minayo, 2014).

4.2 LOCAL DE PESQUISA

O estudo foi desenvolvido em um hospital escola de grande porte e alta complexidade de Curitiba, que é referência em procedimentos clínicos e cirúrgicos, com nível terciário de assistência. Conta com atendimento de especialidades como cardiologia clínica e intervencionista, cirurgia cardíaca, ortopedia, cirurgia geral, urologia e otorrinolaringologia. O hospital possui um total de 194 leitos, sendo 117 deles destinados a pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). Do total de leitos, 26 são leitos de UTI, 13 de emergência, 72 clínicos de enfermaria e 83 cirúrgicos de enfermaria. O cuidado médico nas enfermarias é ofertado por médicos hospitalistas, que cuidam de uma forma integral do paciente internado, solicitando pareceres às especialidades quando julgam necessário. Sendo assim, os pacientes não ficam internados sob cuidado direto dos médicos especialistas. Durante a pandemia, a instituição foi adaptada para atendimento de pacientes portadores de Covid-19. Foram mantidos atendimentos a pacientes com outras doenças, em setores devidamente isolados. Cirurgias e outros atendimentos eletivos foram canceladas, frente ao alto índice de pacientes contaminados pela Covid-19 na cidade.

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os sujeitos elegíveis foram profissionais que atuavam de forma direta atendendo pacientes com Covid-19 e também os que participavam de forma indireta, seja na recepção, na higienização ou no planejamento e produção de alimentação. Optou-se pela inclusão de todos estes participantes, levando em conta que sua percepção agregaria também contribuições para alcançar os objetivos do estudo. No momento da seleção dos participantes, o hospital contava com 312 técnicos de enfermagem, 64 enfermeiros, 17 recepcionistas, 34 cozinheiros/copeiros, 22 médicos assistenciais (entre hospitalistas, UTI e emergência), 60 médicos residentes, 49 auxiliares de higienização, 10 tecnólogos em radiologia, 4 nutricionistas, 3 psicólogos, 13 fisioterapeutas e 4 farmacêuticos.

O número inicial previsto de participantes a incluir foi de 20 profissionais, o qual poderia ser reduzido se houvesse saturação dos dados. Previu-se que a partir da saturação dos dados, seriam entrevistados mais 10% do número de participantes. O grupo foi composto com mais representantes de profissionais

médico(a)s. Optou-se pelo sorteio de maior número de médico(a)s assistenciais ou residentes que atuavam diretamente junto a pacientes com Covid-19 nas Unidades de Terapia Intensiva ou enfermarias Covid-19, levando-se em conta que ele(a)s poderiam contribuir com sugestões mais específicas para a formação profissional em situações como a pandemia.

Os critérios de inclusão foram: ter mais que 18 anos e ser profissional que atua no hospital. O critério de exclusão foi: estar emocionalmente abalado, sem condições de abordagem.

A seleção foi aleatória, por sorteio entre as categorias. Foi solicitada ao hospital a lista de todo(a)s o(a)s profissionais de saúde, incluindo-se entre os médico(a)s, apenas aquele(a) que atuavam como hospitalistas/ UTI/ emergência, e dos demais profissionais de cada categoria que atuava nos diversos setores do hospital. Foram sorteados quatro médicos(a) assistenciais e doi(ua)s residentes, três enfermeiro(a)s, três técnico(a)s em enfermagem, um(a) fisioterapeuta, um(a) nutricionista, um(a) farmacêutico(a), um(a) psicólogo(a), um(a) auxiliar de higienização, um(a) copeiro(a), um(a) recepcionista e um(a) tecnólogo(a) em radiologia. Na categoria “médicos” foram selecionados dois participantes do sexo masculino e dois do sexo feminino, com idades superior e inferior a 38 anos, por tratar-se de um número maior neste grupo. Selecionamos dois médicos residentes adicionais, para obtermos as percepções daqueles ainda em processo de formação. Optou-se por selecionar mais profissionais de enfermagem, já que despendem maior parte do tempo ao cuidado direto ao doente, e são descritos como os que mais sofrem os impactos emocionais de situações como a pandemia. Lai et al. (2020). Foram convidados a participar do estudo 20 profissionais, não havendo nenhuma negativa.

4.4 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pequeno Príncipe (CEP/FPP), no período de 9/12/2020 a 28/04/2021. Para abordagem do profissional elegível, o pesquisador realizou contato telefônico ou presencial, apresentou-se, explicou os objetivos do estudo, sua justificativa, a forma de coleta de dados e seu registro em áudio, possíveis

benefícios e riscos. Também esclareceu todos os preceitos éticos descritos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, entre eles a garantia de que o aceite ou não da entrevista não resultaria em nenhum prejuízo a seu trabalho, a garantia do sigilo e anonimato, a possibilidade de desistir de participar a qualquer momento (Apêndice I). Após, o potencial elegível foi convidado a participar do estudo e, na vigência do aceite, recebeu o TCLE por e-mail ou mensagem de Whatsapp® para assinar, devolvendo para o pesquisador por via digital ou impressa, ficando com uma cópia.

Foi então acordado o dia e hora da participação em entrevista semi-estruturada em profundidade para coleta de dados, realizada virtualmente ou presencialmente com as medidas de distanciamento e higiene necessárias, gravadas em áudio e transcritas na íntegra. As entrevistas transcritas foram enviadas aos participantes para validação, com posterior análise.

A entrevistas foram realizadas por meio das seguintes questões norteadoras: O que tem significado para você ser um profissional atuando em hospital que trata pacientes portadores da doença Covid-19? Como isso tem influenciado as outras partes de sua vida (família, vida em geral)? E a situação geral da pandemia, o que tem significado para você? Como você acha que poderíamos melhorar a formação dos profissionais de saúde para o enfrentamento de situações como essa? Gostaria de saber se você tem outras reflexões a acrescentar. As entrevistas semi-estruturadas iniciaram-se com questões norteadoras e, para aprofundamento, foram realizadas questões adicionais relativas ao que o entrevistado expressa, como por exemplo: me explique um pouco mais sobre isso? O que isso significou?

Foi realizado um estudo piloto com os três primeiros participantes, para verificar se havia necessidade de ajustes ou alterações nas questões norteadoras. Verificou-se que as perguntas norteadoras eram inteligíveis e propiciavam reflexões, mas que maior aprofundamento poderia ser propiciado introduzindo-se também duas novas questões norteadoras: “O que tem te ajudado a enfrentar essa situação?” e “Como a sua formação preparou você pra enfrentar uma situação como essa?”.

As seguintes variáveis sociodemográficas foram coletadas, além da categoria profissional: código de identificação (de forma a não identificar o participante), sexo, idade, etnia, escolaridade, número de filhos, estado civil, religião, cidade de residência, tempo de atuação na área de saúde. O questionário incluindo os dados

sociodemográficos e as questões norteadoras da entrevista semi-estruturada é apresentado no Apêndice II.

As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas após concordância do participante e assinatura do TCLE, e serão guardadas por um período de cinco anos aos cuidados dos pesquisadores, bem como os documentos TCLE e questionário sociodemográfico. Os áudios e transcrições foram arquivados em dispositivos removíveis (*pendrives*) pelos pesquisadores, e os questionários sociodemográficos e TCLE em pastas separadas destinadas para tal. Para evitar identificação posterior dos participantes, foram registradas somente as iniciais de seus nomes no questionário sociodemográfico.

Ficou a critério do entrevistado designar formato (presencial ou virtual), local e horário para a realização da entrevista. Na única entrevista virtual realizada, foi solicitado ao profissional que, quando da entrevista, estivesse em lugar confortável e tranquilo, sozinho. As demais entrevistas foram realizadas no hospital, em sala fechada, silenciosa e com participação exclusivas do entrevistador e entrevistado.

Não houve tempo limite para a entrevista, sendo concedida até o esgotamento dos tópicos abordados, que foram gravadas em áudio e todas transcritas na íntegra em documentos do Word®. A análise de dados foi feita já durante o processo de coleta, após a validação pelos entrevistados do conteúdo transcrito.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados quantitativos foi realizada por estatística descritiva, com frequência absoluta e relativa para variáveis categóricas, e média e desvio-padrão ou mediana e percentil 25 e 75 para variáveis contínuas de distribuição normal e não normal, respectivamente.

A análise dos dados qualitativos foi a de conteúdo temática, a partir da primeira entrevista. Segundo Minayo, (2002), a análise de conteúdo temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença e frequência signifiquem alguma coisa para o objeto em análise. Esse processo inicia-se na pré-análise, que consiste na leitura do material, que deve se seguir da decomposição do conjunto das mensagens, onde se identificam

unidades de significado para determinado conteúdo (palavras, frases, orações). Segue-se a identificação das unidades de contexto, definindo-se a que tema pertencem as mensagens. Uma vez definidas as unidades de registro e contexto, parte-se para a segunda fase, de exploração do material, onde será realizada a elaboração dos núcleos de sentido, podendo ser necessário diversas releituras do material, e então descobrir o que subjaz no explicitado pelos discursos, analisando-se ideologias, tendências e outras determinações próprias dos fenômenos a serem analisados. (Minayo, 2014)

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa obedeceu aos preceitos éticos conforme determina a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), no que diz respeito à pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012). Para amparar o aspecto ético foi fornecido aos participantes um TCLE (Apêndice I). O estudo teve início logo após a aprovação pelo CEP da FPP (número: 4.429.011).

Riscos: A pesquisa trouxe risco de exacerbação de sentimentos considerados ruins, já que abordou aspectos emocionais importantes, tangentes a um momento difícil nas esferas profissional e pessoal. Seria acionado atendimento imediato caso houvesse algum problema de saúde durante a realização das entrevistas e apoio psicológico se houvesse necessidade. Em o pesquisador tendo julgado pertinente, encaminharia o entrevistado ao serviço de psicologia do Hospital Cruz Vermelha, que prestaria atendimento ao profissional. Trouxe também riscos de perda do anonimato e identificação dos participantes da pesquisa, e para minimizá-los o pesquisador codificou a identificação no documento de coleta de dados sociodemográficos com as iniciais do nome do entrevistado e separou o instrumento de pesquisa do TCLE na hora da coleta das informações. O preenchimento dos dados sociodemográficos e a entrevista semiestruturada foram previamente explicados pelo pesquisador. O participante que por algum motivo não quisesse continuar na pesquisa poderia se retirar a qualquer momento sem sofrer nenhum prejuízo. Os áudios e transcrições foram arquivados em dispositivos removíveis (*pendrives*) e ficarão guardados em sigilo pelos pesquisadores, bem como os

questionários sociodemográficos e TCLE, acondicionados em pastas separadas e destinadas para tal, por um período mínimo de 5 anos.

Benefícios: Com a pesquisa houve a expectativa de oferecer ao participante a oportunidade de um momento de reflexão quanto a sua situação laboral e de convívio, proporcionando a possibilidade de melhor entendimento, aceitação e racionalização de perspectivas.

5 RESULTADOS

5.1 PERFIL DOS PARTICIPANTES

A idade dos 20 participantes do estudo variou de 27 a 51 anos com média de 39,1 anos (Desvio-Padrão = 7,5 e Intervalo de Confiança de 95% = 35,6 – 42,6). A mediana do número de seus filhos foi de 1 ($P_{25 - 75} = 0 - 2$). O tempo de atuação profissional variou de 2 a 26 anos, com média de 16,3 anos (Desvio-Padrão = 7,6 e Intervalo de Confiança de 95% = 9,2 – 16,3). Características adicionais do perfil dos profissionais são apresentadas na tabela 1. Como pode ser observado, a maioria era do sexo feminino, de cor branca, demorava até 19 minutos para chegar ao trabalho sem trânsito. Participantes de diversas profissões foram incluídos.

Tabela 1. Perfil dos vinte profissionais participantes do estudo de em um hospital de alta complexidade de Curitiba

Características dos profissionais	n (%)
Profissão	
Médico(a) da instituição	04 (20)
Médico(a) residente	02 (10)
Enfermeiro(a)	03 (15)
Técnico de enfermagem	03 (15)
Nutricionista	1 (5)
Psicólogo	1 (5)
Fisioterapeuta	1 (5)
Farmacêutico	1 (5)
Tecnólogo em radiologia	1 (5)
Auxiliar de higienização	1 (5)
Copeira	1 (5)
Recepcionista	1 (5)
Sexo	
Feminino	17 (85)

Masculino	03 (15)
Estado civil	
Solteiro(a)	08 (40)
Casado(a) ou em união estável	09 (45)
Divorciado(a)	03 (15)
Escolaridade	
Segundo grau completo	05 (25)
Superior incompleto	02 (10)
Superior completo	06 (30)
Pós-graduação	07 (35)
Cor autorreferida	
Branca	10 (50)
Negra	04 (20)
Parda	06 (30)
Religião	
Católica	08 (40)
Evangélica	06 (30)
Espírita	01 (5)
Umbanda ^a	01 (5)
Advaita vedanta ^b	01 (5)
Ateísmo	03 (15)
Tempo estimado de carro até chegar no trabalho sem trânsito	
Até 19 minutos	13 (65)
20 a 30 minutos	02 (10)
31 a 40 minutos	05 (25)

a. Umbanda: Religião brasileira que sintetiza vários elementos das religiões africanas, indígenas e cristãs.

b. Advaita vedanta: Uma das três escolas de Vedanta do pensamento monista hindu.

A figura 1 exibe os núcleos de sentido, as unidades de contexto e as unidades de significado encontradas. Os núcleos de sentido foram: significados da pandemia; implicações da pandemia; estratégias para enfrentamento do estresse; e, sugestões para a formação profissional.

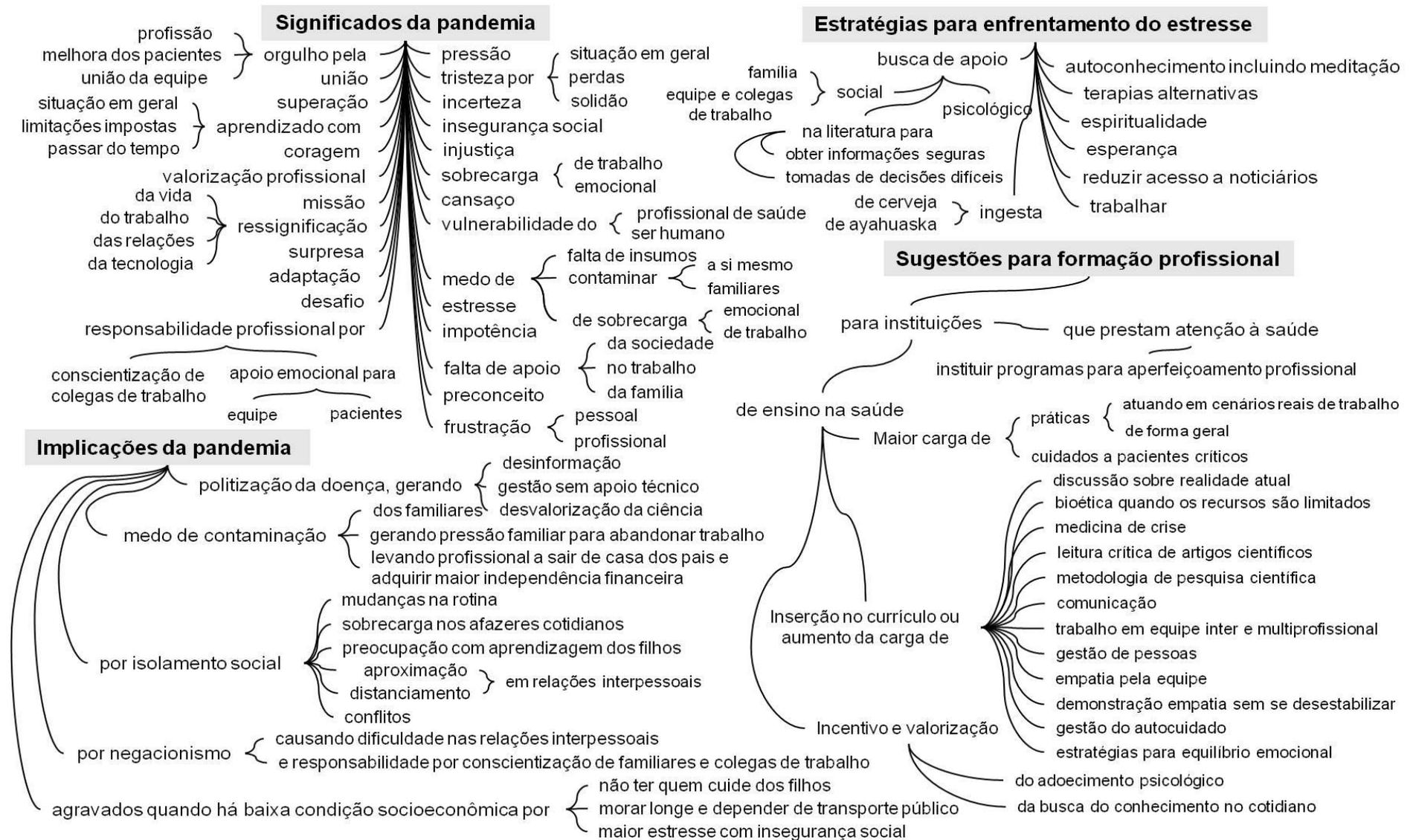


Figura 1. Categorias e subcategorias identificadas nos depoimentos dos participantes

A seguir, detalhamos cada núcleo de sentido e suas unidades de contexto e de significado, ilustrando-as com os depoimentos dos participantes, quando pertinente.

Para fins de identificação da categoria profissional, identificaremos da seguinte forma: E: enfermeiro; TE: técnico em enfermagem; P: psicólogo; TR: tecnólogo em radiologia; F: fisioterapeuta; Far: farmacêutico; R: recepcionista; C: copeiro; AH: auxiliar de higienização; N: nutricionista; M: médico; MR: médico residente. O número apresentado à frente da letra de identificação da categoria corresponde ao número da entrevista realizada para aquela categoria.

5.2 SIGNIFICADOS DA PANDEMIA

Os significados da pandemia incluíram vários aspectos favoráveis, como o orgulho pela profissão de enfermagem, como ilustrado abaixo:

[...] fez eu me sentir ainda mais importante. Fez acender, [...] estou mais feliz com minha profissão [...] consegui ver o quanto a gente é essencial, [...] quando o medo foi acabando, quando o coração foi acalmando, o orgulho foi brotando. A cada paciente que você conseguia mandar de alta, [...] que você conseguia reduzir oxigênio. [...] Então, o significado para mim é do tamanho da [...] nossa importância, da nossa grandeza, e a gente não tinha essa noção, né? (E1)

A união da equipe e trabalho da equipe para enfrentar a situação e ofertar o melhor cuidado possível ao paciente também foram mencionados. Neste sentido, a percepção sobre “o que é cuidar” deu para o participante “muita esperança de que, depois dessa pandemia, a qualidade da assistência vai melhorar e a humanização vai ganhar espaço de vez”. (P1)

Também foi mencionado que, “que apesar das adversidades”, eles fortaleceram a visão de sua profissão como uma missão, que, muitas vezes, é desvalorizada pela equipe. Foi, inclusive, mencionada a não necessidade de gratidão e de presentes, pois trabalhar bem não significava caridade, mas sim profissionalismo e missão. O juramento de Hipócrates também foi lembrado por um médico(a), quando da necessidade de enfrentamento da crise, como observado nos depoimentos a seguir:

O enfermeiro é uma das profissões mais desvalorizadas, e assim, uma das mais primordiais, me deixa triste, você reflete e fala: eu estou numa profissão [...] ajudando o próximo, e não ser valorizado, e você não ser enxergado pelo próprio paciente, pela própria família. Aí você fala assim: é como se fosse uma missão, sabe? [...] eu estou na hora certa, no lugar certo, porque eu estou cumprindo uma missão. (E3)

Eu não recebia bem os presentinhos que traziam [...] porque é missão, é missão. Eu sou um soldado e estou na batalha, você não tem que me agradecer por isso, eu escolhi estar aqui, né? E esse gesto que eu estou fazendo para você não é caridade [...] é a minha função. (P1)

[...] é daquele juramento que a gente tem, principalmente médico, acho que também do profissional da saúde, em que você tem a vocação, a missão e o dever de cuidar das pessoas da melhor forma possível, então essa crise [...] tem calcado isso à tona, de que a gente, primeiro por uma vocação, [...] gosta daquela área, [...] estuda para aquilo, passa por todo um treinamento e no final a gente faz um juramento de que [...] tem que ajudar o próximo. E agora, mais do que nunca, a gente tem que mostrar [...] nossa vocação, então é lembrar que o profissional da saúde ele tem essa vocação e missão especial. (MR1)

Por outro lado, alguns sentiram que este valor passou a ser dado à sua atuação por outros profissionais da equipe de saúde, como reportado por um participante:

[...] até o COVID entrar, eu acho que o profissional fisioterapeuta em si não era tão valorizado como é agora. Desde então, nossa opinião está sendo muito mais valorizada, sendo ouvida. Então, isso mostra um crescimento para todo mundo, não só em relação a valores remunerados, mas sim a valor de palavra mesmo, você poder dar a sua opinião e ser ouvido, porque, antes disso, era difícil encontrar profissionais médicos em que te ouviam. (F1)

Lidar com a pandemia significou um desafio para muito(a)s profissionais devido à complexidade das questões envolvidas, incluindo questões técnicas, a falta de insumos, ser uma doença nova e com alta morbimortalidade e ao prejuízo na comunicação, realizada somente por telefone com os familiares, alguns ilustrados no depoimento abaixo:

[...] acho que, pra mim, a característica principal do atendimento do Covid é a [...] dificuldade técnica, de medicamentos, gravidade dos doentes, contato com as famílias onde os pacientes têm um desfecho pior do que a gente estava acostumado[...]. São vários desafios, parte da assistência do doente, parte do quesito de se adaptar a uma situação de muito maior gravidade dos doentes que a gente estava habituado, e manejo de equipe também, que é um sofrimento também da equipe nessa situação [...]. (M3)

A pandemia significou também aprendizagem, como ilustrado a seguir:

[...] no começo, foi muito recente, não tínhamos nenhuma visão de como é a imagem, como temos hoje. No começo eu ficava indecisa [...] por ser uma imagem diferente de tudo o que já tínhamos visto. Então, no começo, estávamos meio leigos de visão de diagnóstico e, hoje, estamos bem mais precisos com um olhar mais avançado, na questão da imagem, na questão do diagnóstico [...]. (TR1)

E, também significou uma adaptação das rotinas, incluindo a aproximação dos pacientes com seus familiares, diminuindo um pouco seu sofrimento e também o dos profissionais que atuavam, ilustrado a seguir:

[...] porque a gente foi adaptando as rotinas [...] criou coisas que, no começo, não existiam, [...] começou a criar as visitas na janela, [...], e daí ali a gente viu um jeito de aproximar mais os familiares [...], foi uma maneira de trazer os familiares para perto e adaptar a rotina, diminuindo o sofrimento, tanto deles quanto da gente que vivia na situação. (M3)

Algun(ma)s entrevistado(a)s encararam o dia-a-dia da luta contra a Covid-19 como superação, como mencionou P1: “ultimamente ando lidando com superação em todos os sentidos.” Outr(a)s demonstraram coragem para continuar em seus postos de trabalho: “Falei filho, é a minha profissão, vou ter que encarar isso.” (E3)

A ressignificação da vida, tornando-se menos egocentrado(a) e mais aberto(a) a(o)s outro(a)s, tendo “mais amor ao próximo” foi também mencionada, como nas palavras de um(a) participante:

[...] eu era uma pessoa muito difícil, difícil de lidar, difícil de fazer novos amigos, porque eu sou assim... tem que ser tudo do meu jeito, e hoje em dia eu vi que não é. [...] Então isso fez mudar muito a minha maneira de ser e agir com as pessoas, ter mais amor ao próximo. Porque eu era assim... eu era muito “eu”, não sabia dividir. Então agora eu sei, realmente, o significado da vida. (TE1)

A ressignificação da vida também foi expressa na maior valorização das relações familiares e em atividades antes consideradas corriqueiras, que com o isolamento social, tornaram-se “salvadoras”, proporcionando aos participantes uma nova forma de interpretar a realidade. Isso fica evidente nos trechos:

[...] mudou muito pra mim... Nossa! Eu vejo a vida por outro lado, dou mais valor, a pequenas coisas que eu não dava valor agora eu dou valor, principalmente a família. (TE1)

[...] que de um ano pra cá mudou, é que sair pra passear com a minha cachorra e com a minha filha, que é uma coisa que no dia a dia eu fazia. Minha cachorra tem doze anos, ela passeia todos os dias, mas foi nesse ano que passou a ser um prazer de passear, porque até então era tipo -“ah,

tem que sair com a cachorra, vamos lá: “vai, volta pra casa e volta pra rotina”, e quando não tem absolutamente mais nada de prazer, porque está tudo fechado e, é o que tem, você sair, e ir pra uma praça, com uma cachorra e a criança, e ficar olhando besourinho, formigas, pegando folhas e juntando pedras, foi uma das coisas mais relaxantes que a gente achou para fazer, que salvou a nossa vida assim como família. Eu [...] e a cachorra sobrevivemos se enfiando em praças e adorando passear. Então mudou muito as perspectivas das pequenas coisas do dia a dia [...]. (M4)

O medo foi um significado expresso por quase todo(a)s o(a)s participantes, abrangendo o medo de se aproximar do paciente e contaminar-se e de contaminar a família, como ilustrado abaixo:

No começo, realmente, eu tive muito receio, muito medo, sabe o medo de chegar perto do paciente? Então, eu tive que lutar, falei: - “É a profissão minha, eu tenho que me adaptar”. E eu me adaptei e, hoje, eu consigo chegar tranquilamente perto do paciente. É como se eu visse o Covid grudado na pessoa, então era bem difícil. [...] Estava aquela coisa de restrição de EPIs, ter que brigar, é bem difícil. (E3)

[...] eu ficava bastante temeroso realmente, com bastante medo, era aquela situação, você fica com tanta ansiedade que por exemplo, você inalou um pó na cozinha da sua casa e começa a espirrar, aí já acha que está com coronavírus, e já começa uma sensação de falta de ar porque os sintomas de maior gravidade são esses, e acredita piamente que está com a doença, que você contaminou agora, por exemplo você tocou no paciente e já acha que está com a doença [...]” MR1

Eu tive muito medo, muito medo no começo, mas um medo diferente. Porque a gente chega em casa pra dormir e a gente fala: será que eu vou acordar? Então qualquer cansaço que você sentia, qualquer dor de cabeça, qualquer dor que você sentia, você ficava abafada! Eu deitava de bruços quase todos os dias, colocava uma mão pra cima e outra pra baixo, com medo. (E2)

A vulnerabilidade, efemeridade e o pouco valor da vida e do ser humano foram citados e, nas palavras de TE1: “Eu vi que a vida acaba num saco, dentro de um saco. Você é como lixo.” A vulnerabilidade dos trabalhadores também foi apontada, causando adoecimento mental como a seguir:

[...] uma coisa [...] que queria colocar um pouco mais à tona, sobre a fragilidade humana. As pessoas, às vezes, pensam que são fortes, mas não é bem assim, cada um tem seus problemas pessoais e familiares. Tem gente que tenta mostrar uma capa de que é duro, fortão. Mas em uma situação dessa, ter que enfrentar um caos desse, muita gente morrendo sem você poder dar assistência, principalmente quem está trabalhando bem de frente mesmo, em UTIs, pronto atendimento e tudo mais, você vê que a pessoa acaba sucumbindo e acaba descompensando a parte emocional, e para reverter isso é muito difícil. Então, às vezes, a gente perde o profissional que é muito dedicado, muito bom, um tempo. Até ele se recuperar demora muito. (MR1)

Quando ouviu de um familiar que fazia parte de um momento histórico, a entrevistada expressou sua revolta: “eu não estou nem aí em fazer parte de um momento histórico, pelo tanto de sofrimento que isso já me trouxe, é uma coisa que supera todas as outras coisas” M3.

Quanto à menção no depoimento de MR1 sobre a “capa de ser forte, durão”, algun(ma)s participantes referiram ter focado mais na necessidade de cuidado do paciente, sendo referido o sentimento de todo(a) profissional de saúde de estar “blindado(a)” como expresso a seguir:

[...] eu nunca fiquei pensando muito em mim (de ficar intubada, dessas coisas) sempre fiquei pensando no outro, sempre cuidado com outro, com a minha mãe principalmente. (TE2)

Muito mais medo de trazer para casa o negócio, do que de pegar. E eu acho que aí fala também um pouco do sentimento de todo profissional de saúde tem de que é blindado né? A gente se sente sim, ninguém pode dizer que não. A gente se sente, sim, blindado. (P1)

A tristeza por diversos motivos foi também bastante mencionada, incluindo pelo adoecimento e da perda de colegas de trabalho acometidos pela Covid-19, pela morte dos pacientes, muitas vezes da mesma família, e pela solidão devido ao distanciamento da família, para não contaminá-la, como nos depoimento a seguir:

Eu encaminhei um paciente pra UTI, aí eu falei com o médico da UTI, ele falou que ia ter que intubar o paciente, aí eu fui falar com os filhos. Os filhos tinham acabado de perder a mãe por COVID também, e aí eles falaram: “nossa, acabamos de sepultar nossa mãe, e agora nosso pai também”. Daí isso bate lá no fundo. (MR1)

A nossa amiga que a gente perdeu. Foi muito triste quando eu vi a nossa amiga lá, num leito de UTI [...] (E2).

[...] foram dois meses meio sem filho em casa, sem ninguém. Eu fiquei extremamente triste. Triste, triste, triste. Eu chegava em casa, assim, no carro, saía do x (hospital), que era meu último horário de trabalho, né? Nove horas da noite, muitas vezes sentei no carro e chorei... largado. (P1)

A sobrecarga de trabalho e o cansaço e desgaste gerados pela alta demanda diária tornaram os profissionais mais vulneráveis e susceptíveis a abalo psicológico, como estresse e também ao adoecimento e risco de acidentes, exemplificados nas falas abaixo:

[...] o aumento da carga diária sem uma pausa restauradora, aumentando a sua vulnerabilidade e susceptibilidade. Então, vem o desgaste, o estresse, o adoecimento e os acidentes também, tem que tomar muito cuidado, porque

ele pode se ferir e pode também inclusive causar um dano no paciente, por exemplo. (MR1)

Fiquei doente. E aí eu tive medo de novo, porque eu tive todos os sintomas de COVID, né? E eu estava sozinha. Só que daí me afastei e em dois dias eu estava bem de novo, veio negativo, não era Covid, era de “C” de cansaço, não era “C” de Covid. Então aí eu falei: - “Chega!”. (P1)

[...] acaba afetando o psicológico da gente, porque a gente é humano como qualquer outro (TE2).

A sobrecarga emocional piorava ainda mais quando a condição clínica dos pacientes agravava-se, com necessidade de transferi-los à UTI, como expresso a seguir:

[...] teve uma época que todo paciente que ia para terapia intensiva, a gente falava: - “Agora está na hora de transferir pra UTI.” os pacientes queriam ligar para a família e fazer uma despedida. Para mim, aquele foi o período mais exaustivo, porque parecia um velório prévio em cada paciente que ia ser transferido, e a gente até teve que, em um certo momento, falar: - “Não gente, para com isso, se a gente vai transferir pra UTI achando que o paciente vai morrer, a gente não vai sobreviver como equipe!”. Então acabou com essas despedidas, vai para a UTI para batalhar para viver. Se Deus quiser, vai viver e vai voltar, vamos lá, porque, emocionalmente, a gente não aguentava mais, três despedidas dessas por dia, eu chegava em casa acabada. Eu acho que os piores foram esses momentos [...]. (M4)

A injustiça e a insegurança pela exposição, mesmo utilizando equipamentos de proteção individual de forma adequada também foram sentidas, como a seguir:

Isso porque mesmo aquela pessoa se cuidando ao máximo, que troca de roupa, que toma banho, que sempre faz o uso dos EPIs, mesmo assim pegava [Covid-19], então ficávamos muito assustados por não saber a maneira certa e como estava se transmitindo. (TR1)

A preocupação com relação à possível falta de suprimentos básicos gerou, também, insegurança social, como se pode ler na fala a seguir:

As pessoas estavam muito preocupadas em não ter para amanhã, né? Então, o que afetou mesmo foi você chegar em casa, você ter as coisas dentro de casa mas pensar assim: - “Será que amanhã eu vou ter? Será que amanhã eu vou estar aqui? Acho que eu vou até a farmácia, vou comprar as coisas.” Medo de acabar o álcool, medo de não ter uma máscara. (E2)

A insegurança social também se associou à fragilidade do vínculo empregatício e falta de retorno financeiro se adoecesse, como se pode notar a seguir:

[...] outra coisa [...] que eu lembrei é perceber, também, que são poucos estímulos que existem, positivos, para o profissional. Então, começa desde jornada de trabalho alta. Lembrei de ver isso, tem a questão trabalhista também, muitos são profissionais liberais, não têm nenhuma garantia. Trabalha muito, ganha porque está trabalhando ali. Se ele para, não tem amparo nenhum. Ele fica em casa, se [...] o adoecimento dele é mais prolongado, vai ficar em casa e não vai receber. Então isso é muito complicado [...] condições de trabalho inadequadas, salários baixos e vínculos precários, a gente sabe que isso é uma realidade muito grande, a gente passa por isso. (MR1)

A impotência frente o sofrimento dos pacientes abalou muito algum(ma)s participantes, que mencionaram também que essa foi a causa do abandono do serviço por algum(ma)s profissionais, como expresso a seguir:

[...] o sofrimento das pessoas deixa a gente, principalmente o técnico de enfermagem, bastante abalado, porque você está ali vendo o sofrimento e você de certa forma não pode amenizar o sofrimento – principalmente de um paciente com Covid. (TE3)

[...] no meio da pandemia muita impotência, as pessoas choravam porque não conseguiam fazer o que elas queriam fazer. Então elas se desesperavam, e foi aí que eu vi muitos colegas desistindo, foi nesse momento [...]. (P1)

O desamparo também foi citado, em diversas esferas, com sentimento de falta de quem apoiasse os profissionais, resultando em abalo emocional, ilustrado nas falas abaixo:

Ser psicóloga e ter que segurar uma onda que é imposta pela figura do psicólogo. Isso foi muito barra. Chegou uma época que eu já... falava e meu olho enchia de lágrima. Já não tinha mais como segurar [...] e então, quem ouvia a gente? Quem me dava colo? Eu passava o dia inteirinho dando colo para todo mundo, para colega, para paciente, para familiar, para todo mundo [...] e eu não ganhei meu colo. (P1)

[...] se preocupavam muito com o paciente grave, só que eles não se preocupavam com os profissionais, no momento, né? Eu, por exemplo, que trabalho em uma área que cuida de vários pacientes em vários meios, eu fiquei praticamente sozinha. Sozinha... sozinha... [...]. (E2)

Então o cansaço é o cansaço mental, o cansaço físico, é você não sentir um apoio maior da chefia da instituição. [...] -“Mas está exausto o quê?” Número de funcionários – tem muita gente desistindo. No setor onde eu trabalho saíram seis. [...] E isso de sair, não está tendo reposição desses funcionários. Então a gente está trabalhando com número reduzido, cada vez mais. Então estamos trabalhando com prioridades. (E3)

Frente ao contexto da pandemia, a incerteza foi um significado que emergiu em diversos aspectos, como expresso por E2 quanto a seus questionamentos:

“Como vou chegar em casa? Como vou tratar minha família? Como vou dividir minha família nesse momento?”.

Esse desamparo também foi mencionado, causando sofrimento nos profissionais, devido à falta de apoio e discriminação pela família e a sociedade, pelo medo de serem contaminadas, ilustrado nos seguintes depoimentos:

[...] era aquela coisa -“Ah, não chega perto de mim, você está em hospital, você está no meio do Covid lá, você vai nos passar”, até eu explicar que eu havia saído da UTI Covid, que eu estava em um setor mais afastado, até eles entenderem isso. Eu tive discriminação, por trabalhar na área da saúde, no início eu me incomodei bastante. (AH1)

[...] eu moro no quintal da minha sogra. Então, a gente mora praticamente um dentro da casa do outro, eu na casa do fundo e ela na casa da frente. [...] E quando eles me veem chegando, eu já vejo a diferença da pessoa só por você chegar, e são pessoas da família, isso acontece também quando eu pego ônibus, eu sento e fica dois bancos sobrando um para a pessoa sentar do lado, mas nunca sentam, sempre pulam um banco, por eu estar com o uniforme do hospital. (R1)

A frequência e pressão para tomada de decisões difíceis como quem seria intubado ou quem receberia a vaga da UTI também causou sofrimento entre o(a)s médico(a)s, sendo considerada por algun(mas) como uma das “coisas mais difíceis” (M4) no contexto do trabalho. A frustração, advinda da rápida piora clínica de muitos pacientes ou da impossibilidade de ofertar o melhor cuidado aos pacientes pela escassez de insumos foi outro significado da pandemia como ilustrado nos depoimentos a seguir:

[...] o paciente dialisou, o exame abaixou, ele está melhor. Chega no outro dia, cadê o paciente? Então, hoje tá conversando sentado, amanhã, está no tubo. (E2):

Frustrante, eu acho que a palavra que define mais é frustração, você saber que poderia beneficiar melhor o paciente e não ter acesso, e não há muito papo, a gente não tem como atribuir muito culpa de gestores, nem do governo, nem nada, porque é algo que não existe, esses medicamentos, esses tratamentos, não são disponíveis apesar de ter dinheiro. Então, por isso que eu acho que tem essa frustração, de não ter a disposição o que talvez fosse o que determinaria a melhora do doente. (M3)

A ausência de acompanhantes aos pacientes internados ocasionada pela restrição na circulação de pessoas nos ambientes do hospital aumentou a responsabilidade de profissionais de saúde, pelo apoio emocional aos pacientes, expressa principalmente pela enfermagem, e também aos colegas de trabalho.

Mesmo sem se sentirem seguro(a)s ou preparado(a)s, ele(a)s buscavam ajudar e motivar os outros profissionais, ilustrado nos depoimentos a seguir.

E agora com os pacientes praticamente isolados de suas famílias, nos tornamos as famílias deles, então isso também trouxe uma responsabilidade muito grande pra nós. (E1).

Ter que motivar a equipe, porque a equipe está cansada. [...] e nós como enfermeiros, a gente acaba [...] tendo que entrar como psicóloga também para eles continuarem e saberem que a gente está no mesmo barco. (E3)

[...] a gente, como está na parte de gestão, de liderança, [...] tem toda uma outra equipe que se espelha na gente, e, por mais que a gente não esteja bem, a gente tem que passar segurança para eles, para que eles [...] estejam seguros, e então a gente precisa seguir. (Far1)

5.3 IMPLICAÇÕES DA PANDEMIA

Uma das implicações da pandemia foi a politização da doença, que dificultou ainda mais a atuação prática, pois trouxe consigo uma gestão sem apoio técnico, acarretando desinformação e desvalorização da ciência, ilustrada a seguir:

O que eu tenho visto é que algumas pessoas estão mais apaixonadas na defesa da ideia [...]. A gente como médico [...] está habituado a fazer as nossas condutas baseadas em evidência, no que tem de bem descrito, mas, de repente, isso se tornou secundário. E então, algumas pessoas defendem as ideias de um ponto de vista político, antes da medicina baseada em evidência. (M3)

[...] me entristece bastante [...] perceber que a vaidade política, nesse jogo político, é muito mais importante do que a proteção da população e dos profissionais de saúde. [...] pois os agentes de saúde quase não têm vez na discussão e elaboração das políticas sanitárias desse país. Então eles vão ouvir pessoas que não estão envolvidas diretamente, que não tem formação técnica para aquilo, isso é uma coisa que realmente é muito difícil. (MR1)

[...] as pessoas se contaminam nas redes sociais, na televisão em um todo [...] a população, em geral [...] desrespeita e afronta a pandemia, por desinformação. As pessoas tentam, mas não conseguem se informar direito, porque elas não sabem pesquisar direito ou porque estão pesquisando, mas algum grupo está conseguindo manipular a mente dessas pessoas, como a descrença da vacina, por exemplo, o uso de medicamentos que não tem comprovação, infelizmente inclusive, porque seria ótimo se houvesse essa comprovação e a gente pudesse passar [...]. (MR1)

Outras implicações foram na vida pessoal, relacionadas ao isolamento social, ao medo da contaminação ao negacionismo da pandemia. No tocante ao isolamento

social, a questão que mais apareceu foi o distanciamento nas relações familiares e de amigo(a)s e de conhecidos que frequentavam locais que costumavam ir, como por exemplo, a igreja, para nutrir a religiosidade, como expressos a seguir:

[...] foi um ano em que as relações entre meus amigos, que fazia mais de quinze anos que todo ano a gente se encontrava às vezes. E esse ano, no ano passado, a gente não se viu nenhuma vez, e isso cria um distanciamento. A gente percebe que tem alguns amigos que se distanciaram um pouco mais, [...] e a minha família também não seguiu à risca o isolamento e a gente acabou se distanciando, mas, a família um pouco menos, porque a relação é um pouco diferente. (M3)

[...] uma das coisas que eu gostava de fazer era viajar, e principalmente ir para casa dos meus familiares que são de Minas. Isso pra mim foi bastante agressivo, e também o contato físico com as pessoas [...] até aqui no hospital, que eu tinha de cumprimentar quando eu chegava, abraçando. E não poder fazer isso foi sofrido para mim de certa forma. (Far 1)

[...] a minha igreja não está abrindo, ficou ruim por você não poder ter contato com as pessoas que você tem apego, sinto falta de ir na igreja, de estar com as pessoas, os irmãos, de fazer os trabalhos que a gente fazia, eu sinto falta disso. (C1)

Por outro lado, um(a) participante aproximou-se mais, conversando mais de por telefone ou outros meios virtuais com pessoas com quem não conseguia falar antes.

O isolamento social “da noite para o dia” fez com que a vida mudasse, causando uma mudança de rotina. O convívio dos familiares da mesma casa gerou conflitos, como ilustrado a seguir:

[...] dentro do meu núcleo familiar, minha esposa, meus filhos, acho que a gente está até com [...] um pouco mais de atrito, por conta de meus filhos, que estão direto dentro de casa, não estão tendo aula, pelo menos não estão saindo pra aula. (M1)

Também houve preocupação com a aprendizagem e desenvolvimento relacional dos filhos em idade escolar, expressa por R1:

Meu filho começou na escola com 3 anos. Eu tinha colocado ele numa escolinha. Agora já está mais complicado. A aprendizagem também afeta bastante, eu tento fazer as atividades com ele em casa, mas não é a mesma coisa para o desenvolvimento de uma criança e conviver com outras crianças, brincar com outras crianças.

A sobrecarga de afazeres na vida cotidiana, somados ao estresse no ambiente de trabalho, levaram algum(ma)s ao esgotamento. É o que podemos notar nas falas:

[...] você assume, vai assumindo alguns fardos. Beleza! Então mercado é comigo, as contas é comigo, eu que saio, eu que busco, eu que não sei o quê... eu que levo fulano no médico. Chegou uma hora que o profissional que está na rua, ele está esgotado. (E1)

[...] aumentou mais a parte da limpeza, quando chega, ter que fazer toda a higienização dos produtos que você compra, fazer desinfecção de sacolas, dos alimentos, foi bem mais complicado para a dona de casa. (AH1)

Algum(ma)s sofreram pressão da família para abandonarem o trabalho:

Na época, minha mãe: - "Você vai pedir a conta?" Eu falei: - "Não, não vou pedir a conta". Ela: - "Mas você tem que pedir a conta". (E1)

[...] a vontade da minha mãe, se fosse por ela, pela minha família, eu não estaria mais trabalhando, queriam que eu saísse do hospital, mas eu não queria sair (TE2)

O medo da contaminação teve implicações na vida de diversos profissionais. Um dos medos foi o de contaminar os familiares, o que fez com que tomassem cuidado para que isso não ocorresse, aderindo a protocolos de higiene e descontaminação, e a modularem seu comportamento, evitando contato físico mais próximo com filhos e outros familiares, como expressos a seguir:

E a mãe tendo que ter um monte de cautela, um monte de regras para chegar dentro de casa." (E1).

[...] ele tinha mania da mãe chegar e ele pular abraçar ... tive que proibir tudo isso. Eu falei: - "Pelo amor de Deus, filho, não vem beijar a mãe"! Ficou aquele medo. Sem contar os outros membros da família. (AH1)

Devido ao medo de contaminar seus pais, uma participante mudou-se para a casa de seu namorado e passou a trabalhar "fora", adquirindo maior independência financeira encarando estes fatos de forma positiva, como expresso por ela:

A parte que, no começo, foi ruim, mas, no fundo, foi bom, foi que eu saí de casa para não passar COVID para os meus pais, e fui morar com o meu namorado. [...] E também, eu comecei a trabalhar fora. Antes eu não trabalhava. Depois que eu me mudei de casa, eu me forcei a trabalhar, consegui minha independência financeira. Consegui ficar mais responsável, isso é uma parte boa. (MR2)

O negacionismo manifestado por familiares e pessoas próximas foi outra implicação da pandemia, e gerou a necessidade de conscientizar aquele(a)s de seu convívio sobre a gravidade da doença e da importância das medidas de proteção, como descrito no depoimento a seguir:

Eu tento colocar na cabeça dele que não precisa cumprimentar as pessoas num momento de pandemia dessas, abraçando, pegando na mão. Eu sempre falo pra ele: - "Tenta! Se não por você, por mim". Para você ver, eu tomo todos os cuidados sempre, e ele já é o contrário [...]. (TE3)

[...] o meu esposo não tem tanta convicção do COVID, ele vê, ele sabe, assiste jornal e tudo, ele acha que não é exatamente o que a mídia mostra, não sei por que ele pensa desse jeito, mas ele não acredita totalmente na situação do Covid. [...] É difícil, porque eu sempre estou me policiando em relação a isso, e ele continua na mesma situação, [...] na mesma. Ele abraça, pega na mão das pessoas. (TE3)

Alguns familiares que se negavam a acreditar na gravidade da Covid-19, só passaram a acreditar nela quando adquiriram a doença, e, infelizmente, acabaram morrendo:

Você ensinando a pessoa, valorizando, falando como que é, explicando, porque no começo eles não acreditavam. Eles falavam: - "Ah, sua mãe é uma neura! - Sua mãe não deixa você vir visitar a família [...]" E eles não acreditavam, e está aí: o resultado: foram 3 perdas em 14 dias. (TE1)

Os impactos da pandemia foram ainda maiores nas populações socioeconomicamente mais frágeis, já que com as escolas fechadas enfrentam maiores dificuldades no cuidado dos filhos, e são mais expostos à contaminação própria e de familiares pela necessidade do uso de transportes públicos, onde há maior aglomeração e circulação de pessoas. Alguns desses impactos podem ser percebidos no trecho:

Quem tem uma condição financeira melhor e trabalha na área da saúde e tem a opção de sair de casa e dar essa privacidade pra família, talvez cuidar mais da família, mas eu não tenho essa condição, então eu tenho que sair daqui (hospital) e ir pra casa. Eu tenho a minha moto e posso ir e voltar do trabalho, mas às vezes acontece algum problema que tenho que ir de ônibus, são duas horas pra ir e duas horas pra voltar. Então eu não posso ter esse conforto de ficar na minha casa e cuidar da minha família nessa parte, então afetou bastante, porque vivo sempre com medo. (R1)

5.4 ESTRATÉGIAS PARA O ENFRENTAMENTO DO ESTRESSE

Para o enfrentamento do estresse, diversas estratégias foram desenvolvidas. O autoconhecimento, incluindo técnicas de meditação, foi uma delas, como expresso por E1: "E eu mergulhei de cabeça no autoconhecimento, na meditação, e

me ajudou muito”. Outra estratégia, foi para a busca de equilíbrio emocional e maior tranquilidade foi o uso de terapias alternativas, algumas delas promotoras do autoconhecimento, como ilustrado abaixo:

[...] eu já tinha um pouco de interesse por terapias alternativas, medicinas alternativas. [...] Diante das minhas fragilidades e da minha busca por equilíbrio emocional, eu consegui me envolver mais com isso, [...]. Fui buscar as medicinas alternativas como um refúgio, [...] o que me trouxe equilíbrio de volta. Eu tomei chá ayahuasca, passei a tomar uma vez por mês, e isso me deixa bem. Comecei a fazer um curso de terapia tântrica. Isso também me trouxe bastante equilíbrio. [...] Então, o que estava no meu alcance nesse momento foi isso, e realmente é o que tem me deixado mais tranquila comigo mesma.

Nutrir a esperança e a espiritualidade também têm ajudado a superar o estresse e dado forças para continuar e compreender que esse momento de dificuldade seria passageiro, como ilustrado a seguir:

Eu acho que o que ajuda mesmo é a esperança mesmo, de verdade, eu acho que isso tudo aqui não é em vão, não é em vão. (P1)

[...] no meu entendimento, a gente tem algo maior além da vida, eu entendo que a gente tá aqui de passagem, e tem um deus que tá no controle das coisas, então acho que nesse sentido me dá força essa minha espiritualidade, me ajuda nesse sentido de que eu sei que todas essas coisas são passageiras e tem algo melhor depois. (M1)

Ajuda muito a ter essa força [espiritual] pra enfrentar tudo isso. (N1)

Diverso(a)s participantes relataram a busca de ajuda ou a continuidade de acompanhamento psicológico, para aliviar o que sentiam nos momentos de dificuldades, incluindo o medo, estar “bem preocupada, com a cabeça confusa” (TE2) e a sensação de insegurança e impotência frente às perdas de pacientes, alguns, inclusive da própria idade do(a) profissional ou mais jovem do que ele(a), como detalhados nas falas abaixo:

Eu acho que a terapia ajudou muito a vencer esse medo de estar lá todo dia. (N1)

[...] eu faço acompanhamento psicológico a cada 15 dias [...]. Porque quando você começa a perder, perder, perder pacientes da sua idade ou até mais jovens que você, vai dando uma sensação muito ruim de ir pra casa não mais com o dever cumprido, “será que eu não podia ter feito um pouco mais?” então ela tem me ajudado a trabalhar, me orientando - “não, você fez! Você foi lá, e vamos para o próximo”, então a psicologia em si tem me ajudado muito. (F1)

O apoio social, especialmente da família, foi outra estratégia usada, a qual motivava e valorizava seu trabalho profissional e também o de colegas de trabalho, com apoio emocional, compartilhamento de informações e a união e colaboração da equipe, como observado nas falas a seguir:

O que mais me ajudou foi a minha família, naquele momento. Falaram: - "Continua, [...], continua... a gente sabe que você está na luta, que vocês vão conseguir, as pessoas dependem de você, dos profissionais que estão lá". (E2)

Eu acho que o que mais ajuda é [...] ter uma equipe. Isso foi uma coisa que a gente viu muito ali no posto, [...] a gente foi criando uma rotina própria. Então, hoje, a gente tem um grupo que está muito unido, se ajuda muito um com o outro, e que a gente tem essa percepção de sofrimento e então a gente se apoia, eu acho que essa equipe é o que mais ajuda. (M3)

[...] uma coisa interessante é o relacionamento entre os colegas, à medida que a gente tem a necessidade de saber mais, as pessoas têm essa capacidade de ir se informando, tem muita informação, aí gente tem os colegas que estão mais próximos para ir filtrando essa informação. [...] algo que tem ajudado é essa solidariedade dos colegas de a gente estar podendo contar com as pessoas, estar podendo resolver pelo menos uma parte, se sentir mais tranquilo no sentido do que a gente faz, do que está disponível para ser feito. (M1)

Também foi mencionada a busca de apoio na literatura médica para obter maior tranquilidade em tomada de decisões difíceis, como na estratificação prognóstica para o encaminhamento a leitos de terapia intensiva, já que, dessa forma, a decisão não recairia somente "sobre seus ombros", como mostra o trecho:

[...] eu fui procurar um pouco mais na literatura, então eu acho que o que me dá um pouco mais de conforto mental, é isso, então eu fui ver aquelas questões de prognóstico para leito de terapia intensiva. Então, vamos aplicar o que tem na literatura, porque aí não sou eu xxxx decidindo os meus "pacientinhos". Quem vai, é quem tem menos comorbidades, quem tem os marcadores de menor gravidade, quem tem melhor prognóstico e pronto. Transforma em número que daí eu fico um pouco mais tranquila. (M4)

A literatura também foi útil para dar maior tranquilidade, com obtenção de informações seguras e desvio do viés politizado das informações disseminadas, como mostrado no depoimento a seguir:

[...] eu consegui fazer algumas coisas que distraíam minha cabeça e tentava buscar informações que eram verdadeiras, que eram mais seguras [...] para sair desse meio político também. A gente tem treinamento para isso, então já vai nas fontes certas. E também li alguns artigos [...] com um senso um pouco mais crítico. E isso deixava minha cabeça um pouco mais tranquila. (MR1)

O próprio trabalho foi uma estratégia mencionada para aliviar sentimentos como a tristeza e a angústia, que era diminuída entre algun(ma)s por propiciar o contato com a realidade não mediado por informações veiculadas na mídia e ser o que gostava de fazer e pelo amor pela profissão, que proporcionava contato com os pacientes gerando “algo positivo”, fazendo-os sentir-se “mais ser humano” como ilustrado a seguir:

Pra você ter uma ideia, os momentos de alegria que eu tinha era quando eu estava fazendo vídeo chamada para as famílias, entendeu? (P1)

Você está dentro de casa, claro que está acompanhando nas redes sociais, na mídia, tudo que tá acontecendo. Mas estar lá dentro do hospital, atuando junto com os outros profissionais, você está observando realmente tudo o que está acontecendo. E como a gente sabe que tem muita mentira que rola [...] tanto na internet quanto nas redes, televisão e tudo mais, [...] é muito melhor para a gente que já está inserido nesse meio, estar aí dentro. (N1)

[...] vou dizer pra você, eu amo o que faço, gosto de entrar no quarto, conversar com os pacientes. Isso me motiva e me ajuda [...] a ser mais ser humano, isso é bom pra mim, isso é positivo pra mim. Eu gosto do que eu faço, eu gosto de lidar com os pacientes, brincar, estar sempre falando, isso me ajuda muito, isso pra mim é muito positivo, eu gosto de ser assim e isso me motiva, me ajuda a vir pra cá todos os dias. Todos os dias não, né? Dia sim, dia não. O que me motiva é isso, vir aqui. Às vezes, colocar a bandeja no colo, conversar um pouquinho. Então isso para mim é legal. E eu não falo de religião [...], eu falo de coisa boa, coisa para você ficar legal, mais otimista. Então isso me motiva, isso pra mim é tudo. (C1)

A redução de acesso aos noticiários também foi uma forma de manter-se mais tranquilo(a), como expressa por TE2: “eu não fico muito focada em informações de notícias, essas coisas assim”.

Foi também citada a ingestão de álcool como forma de enfrentar o estresse, como podemos observar na passagem:

Teve momentos em que eu me envolvi um pouco mais com o álcool, teve semanas que pra mim foram bem puxadas, bem “punks” mesmo, e para eu dormir eu tomava duas, três latinhas de cerveja. Não era quantidade grande, mas que antes não era coisa da minha rotina, então teve momentos que eu busquei refúgio no álcool também, mas não é grandes quantidades, assim preocupantes, mas foi uma coisa fora do meu comum.

5.5 SUGESTÕES PARA A FORMAÇÃO PROFISSIONAL

As sugestões do(a)s participantes para melhor preparo profissional englobaram temas/estratégias de ensino que deveriam ter maior atenção dentro das instituições de ensino e programas de educação continuada a serem desenvolvidos e ofertados por instituições prestadoras de serviços de saúde aos profissionais que nelas trabalham. Um dos temas sugeridos a ser trabalhado durante a formação foi a gestão do autocuidado e do equilíbrio emocional, ilustrada nos seguintes depoimentos:

[...] o quanto é importante [...] que o profissional, na hora do “pega-para-capar”, conseguir se manter emocionalmente (E1)

“E aí assim, as coisas da psico, que são as coisas mais filosóficas, ajudam a gente a ficar bem com você mesmo, a você não ser o seu estorvo. Você não ser o seu incomodo, sabe? Eu acho que deve-se falar mais nas faculdades da área da saúde sobre o seu autocuidado, sobre olhar pra você. [...] Mas e você? Como que faz? Quem cuida de ti? É uma pergunta que é até bem batida, né? -: “Quem cuida de quem cuida?”. É você mesmo que cuida! Não te ensinaram isso, que você é que cuida de você. (P1)

Outra sugestão foi maior atenção ao ensino do trabalho em equipe multidisciplinar. Foi também sugerido que o estudante seja apto a trabalhar em equipe inter e multiprofissional e, idealmente, promovendo essa aprendizagem com participação de estudantes de diversos cursos em discussões de caso e práticas, em que a visão também de pacientes seja ouvida, para ampliar os pontos de vista, o que culmina em melhor assistência ao paciente, como podemos ler abaixo:

Acho que seria interessante a multidisciplinaridade, algumas experiências com professor de ter aulas em grupos de alunos de diferentes disciplinas como enfermagem, fisioterapia, nutrição, vendo o mesmo caso clínico, o mesmo paciente e tendo esses múltiplos pontos de vista do paciente através de cada disciplina, de cada especialidade. [...] na minha formação por exemplo, eu tive muito pouco, de saber o que faz um enfermeiro, o que faz o fisioterapeuta, o que faz o nutricionista, o que faz o psicólogo, dentro do ambiente e da visão do paciente, eu acho que isso ajuda tanto numa situação de pandemia como em outras situações do dia a dia, ter uma ideia melhor de como cada um vê o paciente, isso agrega na formação do profissional. (M1)

Seguindo mais para aspectos específicos do currículo, foi apontada a importância de desenvolver a empatia, tanto por sua demonstração com pacientes quanto com a equipe de trabalho, bem ilustrada a seguir:

Não é para ele não sentir dor, ele não deixou aquilo desestabilizar ele, porque se a cada dor que o profissional sentir, ele se desestabilizar junto com o doente, como é que ele volta pra casa? (E1)

Eu creio que, se na nossa formação acadêmica, a gente tivesse mais destas costuras, no - “Eu sei o que você passa e você sabe o que eu passo”, num momento desse a gente não teria certos distanciamentos. Porque eu sei o que você está passando [...]. (E1)

[...] se a gente desenvolver uma condição de empatia ali, com a fisioterapeuta que está estressada, cansada, que toma uma decisão que você não concorda, uma técnica de enfermagem que está mais lábil emocionalmente, e daí se a gente conseguir olhar pra todo mundo, como uma essência exatamente igual a tua, só que com um monte de condicionantes diferentes né, então, aquela pessoa é você que nasceu em outras condições e em outro teto, e sobre outros reflexos de vida, eu acho que quando você consegue olhar pra isso tudo, desse jeito, a gente se entende no resto [...]. (M4)

O cuidado integral também foi ressaltado, no qual se, valorize mais as próprias questões psicológicas e as do paciente e de seus familiares, como ilustrado abaixo:

Eu acho que falar sobre as coisas “psi”, né? Dar o valor de tudo que é psicológico, até no intuito assim de olhar para si, mas enxergar o paciente também. [...] Os profissionais de saúde têm que aprender a valorizar as questões psicológicas, seja sua, seja do familiar, seja do paciente. Isso é cuidado integral, a pessoa não é feita de gavetas [...]. P1

Neste sentido, TE2 sugeriu treinamentos voltados à humanização e aos problemas reais do paciente.

Outra sugestão foi melhorar a comunicação por meio do seu ensino na graduação, pois, nas palavras de E2 “[...] hoje os profissionais de saúde eles são muito restritos na comunicação”.

Foi mencionada também a necessidade de preparar estudantes para atuar na gestão de pessoas, uma grande lacuna ainda existente na formação em farmácia, tendo em vista a dificuldade sentida após graduar-se, como mais detalhado no depoimento de Far1:

A parte de gestão de pessoas é a que menos é abordada na faculdade. Acho que essa parte, quando a gente sai da universidade, a gente sai com uma cobrança muito grande sobre isso. e então, se eu pudesse dar alguma sugestão, eu daria a de gestão de pessoas. [...] O farmacêutico logo quando ele sai da Universidade, qualquer função que ele venha assumir, em uma drogaria ou em um laboratório, ele já tem uma equipe ali abaixo dele, e na Universidade, a gente só aprende ali na teoria mesmo. e então, essa questão de lidar com os auxiliares, e ter ali uma orientação com relação à gestão a eles, isso eu pelo menos não tive.

Algun(ma)s entrevistados trouxeram sugestões para o currículo, para que o enfrentamento em situações como a pandemia fosse facilitado. Uma participante relatou que não se sentia preparada para atuar no cenário de trabalho quando iniciou: “[...] muitos não tem um suporte pra trabalhar [...] eu vim pra cá e realmente não tive um treinamento”. (TE1). Outra entrevistada afirmou que sua formação foi muito teórica, sem fundamentação voltada para a realidade de trabalho. Em suas palavras, “[...] acho que não só onde eu estudei, mas os cursos de enfermagem em geral, deviam focar em situações reais”. (TE2). A sugestão fornecida então foi uma formação mais voltada a atuação em cenários reais de trabalho. Indo ao encontro destas sugestões, foi sugerido aumento da carga horária prática do estudante, colocando-o por maior tempo em contato direto com os pacientes, para facilitar sua futura atuação profissional, ilustrada a seguir:

Minha sugestão sempre é ter um foco prático também, da gente ter a parte teórica, ter a parte prática habitual da Universidade, mas, colocar mais o profissional pré formação nos estágios finais da formação dele, em contato com o doente, em contato com os serviços, para experiência dele habilitar ele, para, ele terminando a sua formação, já conseguir trabalhar. (M3)

Outro aspecto sugerido a ser incluído no processo de formação foi a discussão da realidade, como referido por N1: “Então [...] debater os assuntos, principalmente o que está acontecendo ao nosso redor. [...] debater mesmo o que está acontecendo. O que está em alta.”

Levando em conta a alta gravidade dos pacientes acometidos pelas formas graves da Covid -19, algun(ma)s participantes acreditam que deveria ser direcionada maior carga horária da formação para o cuidado a pacientes críticos. A participante MR2 relatou que esse tipo de conteúdo ficou defasado em sua formação, e, em suas palavras, “na faculdade eu tive pouca aula sobre pacientes graves, era mais pacientes de ambulatório. [...], a parte de medicina intensiva e medicina de emergência a gente quase não teve, eu não lembro de ter tido isso aí”. Foi também ressaltado por outro entrevistado a importância de o profissional identificar com mais facilidade sinais de gravidade e maior domínio no manejo de pacientes gravemente doentes, como podemos perceber:

[...] um pouco de refinamento na avaliação do [...] paciente clínico, sinais de gravidade, entender sinais precoces de gravidade, algo nesse sentido. [...] para o acadêmico vai ser mais importante ele ter uma noção maior de gravidade, [...] de paciente grave, [...] de ventilação mecânica, de drogas vasoativas. Vai acabar entrando mais no currículo algumas habilidades de

entendimento, habilidades mesmo para um paciente grave, a gente vai acabar indo para esse lado de ter e eu acho que a tendência. (M1)

Outra participante sugere que sejam inseridos no currículo temas relacionados à medicina de crise, que segundo ela, é trabalhado mais intensamente em outros países.

[...] medicina de crise é uma coisa muito discutida fora do Brasil, eu não sei se é porque a gente vive uma constante mini crise [...] então, a gente não trabalha, ou porque a gente não tem tantos desastres naturais, tantos terrorismos, que são tópicos que são bastante abordados assim, a gente acaba não tendo [...] mas eu acho que medicina de crise em si é uma coisa de que deveria ser minimamente trabalhada por algum aspecto. (M3)

Como uma das maiores dificuldades enfrentadas pelo(a)s profissionais médico(a)s durante a pandemia foram os dilemas bioéticos impostos pela situação de crise e restrição de recursos, eles sugeriram que estes temas como dilemas éticos quando da limitação de recursos e respaldo jurídico para atuar em tomadas de decisões complexas deveriam ser mais abordados nos cursos de graduação, de forma a tornar a atuação prática menos dificultosa, como pode ser visto nos depoimentos abaixo:

[...] talvez, uma das coisas que falte mais, que seria mais útil, seriam os conflitos que a gente mais teve agora, que foram os conflitos bioéticos, que são aquelas situações iniciais que a gente foi pego, e que ficávamos nos perguntando se aquilo era a coisa mais correta a se fazer. (M3)

Eu acho que o ensino de conteúdos éticos e jurídicos fez muita falta nesse período [...], e entender até que ponto que ia, a gente ficou no limite ético muitas vezes, até essas decisões cruciais, de quem vai pra UTI, quem vai ser intubado, quem não vai, eu acho que, eu senti muita falta de entender o que que a gente tem de respaldo jurídico ou não para ser feito, o que os serviços podem te pressionar a fazer ou não, até que ponto o estado, vou falar de exceção, mas não é um estado de exceção, chamado historicamente, mas não é uma condição de exceção, o quê que pode permitir a gente fazer ou não. Então, tudo isso eu acho que a gente ficou muito perdido na parte ética [...]" (M4)

Foi sugerido também que os cursos preparem o aluno para buscar o conhecimento no cotidiano, e não somente enquanto realizam seus processos de formação, como nas palavras de N1: “[...] na minha formação [...] a gente não teve muito estas coisas de aonde você vai buscar o conhecimento”. Foi comentado, também, a respeito do maior incentivo e da capacitação do estudante para a realização de pesquisa científica. Nas palavras de E2: “Eu acho que para melhorar,

os profissionais não ter só o conhecimento, mas ter pesquisas também. Pesquisas. Hoje em dia a gente tem poucas pesquisas”. Além disso, foi mencionada a importância do treinamento para a correta interpretação e entendimento da literatura científica e seus graus de evidência. É o que mostra o trecho:

[...] acho que também a parte de leitura de artigos científicos a pandemia escancarou como que a gente não tem uma formação boa para entender o que quer dizer um artigo científico. e então: - “Ah, Hidroxicloroquina faz bem, não faz?”, E até o meio médico, todo mundo meio perdido, sem saber, sai um estudo positivo, mas é só um estudo, 'e aí, -“o que eu faço com isso? A gente está no Brasil”. Então assim, eu acho que esses dois pontos: principalmente ético, jurídico e o ponto de leitura de artigo, entender quando é que passa a usar uma medicação, ou um certo recurso na medicina, com base em estudos, quantos estudos precisam, quais estudos, que critério. (M4)

O investimento das instituições que prestam atenção à saúde no desenvolvimento dos profissionais por meio de “capacitações anuais” ou oferta de “treinamentos” frequentes também foi mencionado. Segundo alguns entrevistados, após sua formação profissional, a ausência de atualizações pode tornar “mecânica” a sua atuação, com prejuízo na qualidade da assistência aos pacientes. Além disso, o fato de as instituições investirem na formação dos profissionais faz com que eles se sintam mais valorizados, como ilustrado a seguir:

Eu acho que a instituição, eles teriam que ofertar para gente [...] capacitações. [...], em todas as categorias, a gente devia ter uma educação continuada, porque ficamos muito tempo parados naquela mesmice [...] então, algumas coisas a gente teria que ter [...], uma capacitação anual para ajudar no conhecimento da enfermagem. (TE3)

Treinamento. Treinamento. [...] . Eu acho que o hospital tem que apostar no profissional que está lá dentro, porque é excelência em assistência. Quanto mais você emprega no funcionário, você tem mais tratamento. Não querendo comparar, mas Albert Einstein, Sírio Libanês, os hospitais lá de São Paulo, hospitais grandes, eles investem em educação continuada para o profissional. E tem instituições aqui que não empregam isso. E aí isso acaba que a pessoa entra na rotina. Então, se você sempre for empregando, sempre estar: -“ Oh, vamos fazer treinamento disso, disso e daquilo”, a pessoa se sente valorizada e aumenta o conhecimento dela para se tornar um profissional mais adequado para trabalhar conosco. (E3)

6 Discussão

Em nosso estudo surgiram diversos sentimentos considerados negativos como consequência de uma situação inesperada e geradora de grandes abalos em todas as esferas da vida dos participantes. Conforme Nasi et al. (2021), quando levantamos tópicos referentes às experiências humanas em sociedade, e em especial a situações que demandam ações das pessoas frente a algo desafiador e novo, é interessante lançarmos mão de um conceito chamado “situação biográfica”. Refere-se à história de um indivíduo sedimentada em suas experiências anteriores, organizadas de acordo com as poses habituais de seu estoque de conhecimento à disposição. Estas informações estão permeadas por seu ambiente físico e sociocultural onde o indivíduo possui papel de status, papel social, posição moral ou ideológica. Eventos novos e inesperados, como a pandemia da Covid-19, não fazem parte do estoque de conhecimento dos indivíduos, e isso se traduz em sentimentos como insegurança, medo, pressão psicológica, solidão, revolta, dentre outros.

Borges et al. (2021) conduziram um estudo qualitativo em Portugal, de abordagem fenomenológica, que visava acessar as percepções e vivências de enfermeiros sobre o seu desempenho na pandemia de Covid-19. Foram entrevistados 15 profissionais. Destacam-se aqui estados emocionais negativos associados à ansiedade, angústia, medo, estresse, preocupação e insegurança.

Esses dados vão ao encontro aos de Nasi et al. (2021), que conduziram um estudo também qualitativo de abordagem fenomenológica e com profissionais de enfermagem, no Brasil, com representantes das cinco macrorregiões do país, totalizando 719 profissionais. Os dados foram colhidos online, com questões abertas para o substrato qualitativo. Destaca-se aqui que a palavra “medo” foi a mais mencionada, sendo repetida por 180 vezes. Emergiram significados acerca dos momentos de apreensão, angústia e crises de ansiedade; iminência da morte, sentir-se sob tensão, auto-observação e monitorização de sintomas; distanciamento físico de familiares e rupturas do convívio com pessoas queridas; insensibilidade e preconceito vividos pelos profissionais, negação e “coisificação”.

A respeito dos significados das vivências relacionadas aos outros, destacaram-se o medo de se contaminar nos serviços que atuavam e infectarem seus familiares, assim, redobram os cuidados no domicílio para reduzir os riscos;

preocupação com familiares em cidades distantes; empatia pela morte/ adoecimento de colegas de trabalho, que de tão intensa, gerou sentimentos de impotência e sofrimento; sofrimento diante da situação de pessoas infectadas indo a óbito, sem poder se despedir de seus familiares e pela falta de acesso amplo dos pacientes aos cuidados de saúde.

Realizadas ressalvas a respeito da população dos dois estudos anteriormente citados ser exclusivamente composta da categoria de profissionais de enfermagem, os dados são bastante compatíveis aos de nosso estudo, como ao acessarmos um dos trechos proferidos, não casualmente, por um(a) enfermeiro(a), emergem sentimentos como medo e insegurança quanto ao futuro e quanto a vida. É interessante ressaltar sua monitorização de sintomas e a forma como relata sua posição de dormir, uma clara referência ao decúbito em posição prona, em que são colocados os doentes gravemente acometidos pela Covid-19, em uma estratégia de tratamento para a hipoxemia refratária: deitados de bruços, com um braço voltado superiormente e outro inferiormente.

O medo da contaminação, a monitorização de sintomas, ansiedade, medo em contaminar familiares, são significados que podem ser percebidos em outras classes profissionais, como demonstrado na fala do(a) médico(a) residente, onde expressa sua crença de que uma crise de espirros pode significar contaminação pelo coronavírus, e que sequencialmente passa a sentir dispneia, acreditando veementemente que foi contaminado(a). O medo de contaminar-se e contaminar seus familiares impõe aos profissionais alto grau de sofrimento emocional, ainda mais quando observamos uma falta de apoio por parte da sociedade perante essas pessoas, que se manifesta na forma de preconceito por atuarem em um ambiente com alta circulação do vírus.

É digno de nota, ainda, que muitos dos profissionais que atuam nos hospitais não são sequer considerados socialmente “profissionais de saúde”, não recebendo, assim, o reconhecimento proporcionado por esse *status* diante de situações como a pandemia. É necessário que todas as categorias que participam direta ou indiretamente na assistência aos doentes sejam valorizadas, estudadas, representadas e saibam que as homenagens e frases de apoio são direcionadas a eles também. Esses sentimentos de sofrimento, medo e preconceito são expostos nas falas da(o) auxiliar de higienização e da(o) recepcionista, que relatam preconceito por atuarem em ambiente hospitalar, proveniente dos funcionários e

chefes do outro trabalho, de passageiros do transporte público e de familiares, relatando frases e olhares discriminatórios, necessitando justificar-se perante os outros. É interessante ressaltar, ainda no tocante ao preconceito, que essa queixa foi expressa predominantemente pelo grupo de pessoas não consideradas socialmente “profissionais de saúde” em nosso estudo, o que pode ser correlacionado com o baixo reconhecimento social destes profissionais. Tal queixa foi expressa também no estudo brasileiro de Nasi et al. (2021), e iraniano de Alizadeh et al. (2020), não sendo encontrado esse significado nos outros estudos encontrados que buscaram significados e vivências durante a pandemia.

A tristeza pela perda de colegas de trabalho foi mencionada, e geradora de grande instabilidade emocional aos profissionais, já que torna materializado o risco ao qual estão expostos, o que foi condizente com os dados dos estudos de Borges et al. (2021) e Nasi et al. (2021).

O sofrimento relacionado a falta de acesso amplo aos serviços de saúde não foi um significado que emergiu em nosso estudo, de forma discordante ao que apresentam Nasi et al. (2021). Apesar de ambos serem estudos do mesmo país, estes autores realizaram uma pesquisa com um número muito maior de participantes quando comparado ao presente estudo, e coletaram dados de todas as cinco macrorregiões do Brasil.

É interessante pontuar, dessa forma, que viver em diferentes regiões do mundo pode implicar diretamente nos significados e percepções dos profissionais que atuam no atendimento à Covid-19. Al Ghafri et al. (2020) conduziram um estudo qualitativo, de abordagem fenomenológica, com 6 grupos focais, totalizando 40 participantes, em Omã. Os profissionais participantes atuavam na atenção primária e participaram do atendimento de pacientes portadores de Covid-19. O estudo objetivava captar as percepções e experiências dos profissionais durante a pandemia na cidade de Muscat, Omã. A respeito dos desafios de trabalhar com a Covid-19, os profissionais relataram dificuldades relacionadas às barreiras de linguagem ao lidar com pacientes não locais, já que expatriados correspondem a 41% dos moradores do país, e também relacionadas à trazida de corpos aos serviços de saúde, relatando dificuldades em enterrá-los de acordo com as crenças religiosas e, sobretudo, honrá-los. Os participantes relataram preocupações com populações mais vulneráveis socialmente, como idosos que tiveram que ficar desamparados e expatriados, que muitas vezes não sabiam como acessar os

serviços de saúde. Outra questão que emergiu foi a respeito das reformas socioculturais e religiosas impostas pela pandemia, como a interrupção de orações nas mesquitas, especialmente aos homens, que habitualmente oravam cinco vezes ao dia nestes templos. Algumas percepções foram, entretanto, semelhantes às aquelas encontradas em outros países, como a angústia pela escassez de EPIs, depressão e estresse pelo distanciamento de familiares, exaustão e o medo de contaminarem-se e contaminarem seus familiares.

Em nossos resultados apareceram muitos significados considerados negativos, geradores de angústia e sofrimento. Porém, houve também diversos significados positivos na vida dos entrevistados. Dentre eles, a oportunidade de ressignificação da vida, com maior valorização às coisas que antes eram consideradas corriqueiras, como passear com filhos e animais de estimação, resultando no fortalecendo vínculos familiares, o reforço da profissão enquanto missão, sendo mencionado o juramento de Hipócrates pelos médicos como forma de dar forças ao enfrentamento e a busca de alternativas ao sofrimento dos pacientes e equipe com a adaptação de rotinas, como as “visitas na janela”. Também um estudo conduzido no Irã por Alizadeh et al. (2020) com dezoito participantes, médicos e enfermeiras, identificou sentimentos como orgulho pela profissão e pela melhora dos pacientes, de forma semelhante a este estudo.

Quanto ao aparecimento de significados positivos, nosso estudo vai em desacordo com Bennett et al. (2020), que desenvolveram um estudo qualitativo que buscou captar as experiências dos profissionais de saúde trabalhando com a Covid-19 no Reino Unido. Os profissionais de saúde foram recrutados por meio da rede social *Twitter*®, sendo a proposta do estudo disseminada por profissionais de saúde considerados influenciadores digitais naquele país. Os participantes foram convidados a contar de forma segura e anônima suas histórias sobre a Covid-19: experiências, emoções, preocupações, bem como experiências alegres e transformadoras no cuidado de pessoas com Covid-19. O estudo contou com a participação de 54 profissionais, e os dados foram analisados sob análise temática. Os participantes descreveram sentimentos considerados paradoxais: recompensadores x traumáticos. Os autores ressaltam, entretanto, que de forma muito proeminente, os custos superaram os benefícios aos olhos dessa população. Os participantes descreveram o ambiente como “brutal”, e regularmente experienciavam sentimentos de inadequação e sobrecarga. Sintomas relacionados

ao trauma foram citados, e merecem destaque: pensamentos e memórias intrusivas, vívidas e traumáticas, bem como entorpecimento mental. Os participantes relataram sentirem-se chocados com a brutalidade física e psicológica do vírus, e que o trabalho afetou a equipe mentalmente, fisicamente, emocionalmente e psicologicamente. Em contrapartida, avaliaram seu papel na assistência a esses pacientes com grande dedicação e compromisso no cumprimento do dever, entendendo seus esforços como hercúleos. O medo em contaminar-se foi bastante mencionado, e foi influenciado em magnitude pelas experiências em cuidar dos pacientes mais severamente doentes. Ao discutir o risco da contaminação, alguns entendiam que se tratava de algo inevitável.

Kramer et al. (2021) conduziram um estudo na Alemanha, por meio de um questionário on-line, para mensurar a sobrecarga emocional e as perspectivas de profissionais de saúde atuantes durante a pandemia de Covid-19. Participaram do estudo 3669 profissionais, que estavam atuando no contato direto de pacientes quando da coleta de dados, sendo que 19,2% dos participantes trabalhavam em salas de emergência, UTI ou em alas especializadas para o atendimento de pacientes portadores de Covid-19. De forma geral, os autores encontraram altas pontuações nas questões que investigavam estresse, preocupação sobre o futuro pessoal, bem-estar da família, medo de contaminar-se e contaminar amigos e familiares. Nas comparações entre as diferentes categorias profissionais, os autores apontam para o fato de que os profissionais de enfermagem trabalharam mais horas quando comparados aos médicos e outras categorias profissionais, que mais profissionais de enfermagem testaram positivo para Covid-19 que as outras categorias pesquisadas, que os profissionais de enfermagem pontuaram escores mais elevados de estresse mental e aumento da carga mental subjetiva que os outros grupos, e concordaram menos nas questões relativas as políticas de informação, suporte e preparação hospitalar para a pandemia. Os autores trazem a hipótese de que esses achados relativos aos profissionais de enfermagem podem se dever ao fato de que permanecem longos períodos de tempo em contato direto com os pacientes, e estarem mais expostos não só às preocupações e medos dos pacientes, mas ao vírus em si. Ao realizarem comparação entre os grupos que atuavam em UTI, emergência e alas Covid-19 com os profissionais que atuavam em outros setores, os autores apontam para o fato de que os profissionais do primeiro grupo trabalharam mais horas extras, trataram um número maior de pacientes

portadores de Covid-19, tiveram mais familiares que testaram positivo para a doença, foram mais contaminados e pertenciam em menor número à grupos de risco para formas graves da doença. Os profissionais do primeiro grupo demonstraram maiores taxas de concordância em questões que versavam sobre estresse e sobrecarga subjetiva e menores taxas de concordância a respeito de medidas estruturais e políticas de informação quando comparados ao segundo grupo. Não houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos no que se referia a preocupações quanto ao futuro e medo de contaminar-se. Dentre todos os participantes, houve uma taxa de infecção por Covid-19 de 2,8%, uma taxa dez vezes maior de positividade em profissionais de saúde quando comparada à população geral. É interessante ressaltar, ainda, que houve avaliações positivas dessa população no que se refere a políticas de informação, medidas hospitalares para suprimento de EPIs, estratégias de comunicação e preparação hospitalar para o enfrentamento da pandemia, dados que vão em sentido contrário à maioria dos estudos pesquisados e do presente estudo.

Em nossos achados, evidenciamos que o risco ocupacional ao qual estão expostos os profissionais de saúde que atuam na assistência é grande gerador de sofrimento, e quando isso se soma à falta de insumos básicos como EPIs, percepção de pouco apoio institucional, sobrecarga de trabalho, preocupações quanto a insegurança social em caso de adoecimento por vínculos empregatícios frágeis e insegurança quanto ao seu futuro e de sua família, a sobrecarga mental imposta a esses indivíduos torna-se ainda maior, dados que foram encontrados em nosso estudo.

Quando buscamos entender melhor o impacto social da pandemia na vida dos profissionais de saúde, merece destaque o ensaio publicado na revista “Trabalho, Educação e Saúde”, por Sodré (2020), que discorre a respeito da gestão em saúde pública no Brasil durante a pandemia de Covid-19. A autora aponta para o papel predominante da iniciativa privada na gestão da crise no Brasil, já que houve um afastamento do Governo Federal na gestão da pandemia por questões ideológicas. A atuação protagonista da iniciativa privada se deve ao fato de que há cerca de 20 anos a administração de diversos serviços de saúde foi sendo paulatinamente repassada às organizações sociais de saúde (OSSs), serviços que foram as principais referências à população diante da pandemia, de forma nacional.

Isso deixou a gestão da crise em mãos de uma gestão indireta e terceirizada, pactuada entre os estados e OSSs.

Além disso, a pandemia chegou ao Brasil na vigência do primeiro ano da instituição das medidas mais importantes da reforma trabalhista e da perda de direitos previdenciários, o que tornou possível a contratação de profissionais de saúde de forma temporária, intermitente, flexível, terceirizada e sem plano de carreira estatal. Assim, os profissionais de saúde foram contratados para trabalhar com doentes pela Covid-19, sendo majoritariamente sob forma de plantões, por meio de contratos temporários e sem direitos trabalhistas fundamentais garantidos. Uma vez adoecidos, esses profissionais não contavam com direito ao afastamento do trabalho, restando-lhes o desamparo social ou o desemprego. Adiciona-se aqui o fato de que os profissionais de saúde da linha de frente muitas vezes atuam em diferentes serviços, de forma a complementar a renda, e que quando do adoecimento, havia a saída e desfalque de vários serviços de saúde ao mesmo tempo, comprometendo a disponibilidade força de trabalho e sobrecarregando os outros funcionários, já que a reposição não acontecia de forma imediata. Esses fatos explicam muitas das preocupações e sofrimentos dos entrevistados em nosso estudo.

Houve um distanciamento do Governo Federal da gestão da crise de saúde no Brasil advinda da pandemia de Covid-19, por questões ideológicas que vieram a culminar em uma politização expressiva da doença. As consequências disso foram sentidas diretamente pelos profissionais que prestavam assistência aos enfermos, gerando sentimentos como frustração e revolta com a desvalorização da ciência, a gestão sem apoio técnico e desinformação propagadas pelo Governo Federal. Majoritariamente pelo grupo de médicos, surgiram nos depoimentos críticas quanto a postura do Presidente da República e sua forma de enfrentamento à pandemia, bem como seu papel em disseminar desinformação e à indução do uso de terapêuticas sem embasamento por esses profissionais. Um dos participantes manifestou tristeza ao constatar que o jogo político se fazia mais importante que a vida da população, já que agentes de saúde não participaram da elaboração de políticas de saúde pública.

Sodré (2020) discorre, também, a respeito do curso histórico da pandemia no Brasil, descrevendo questões relativas aos papéis do Governo Federal e Ministério da Saúde (MS) no enfrentamento à pandemia, bem como as implicações da forma

de condução da crise. Conforme pontua a autora, quando da preparação gerencial para o enfrentamento da pandemia e com os primeiros casos surgindo no país, Governo Federal e MS começaram a tomar posições distintas. O Ministro da Saúde àquela ocasião, médico, começou a tomar medidas condizentes com àquelas adotadas por outros países, baseadas em evidências científicas e que pregavam o isolamento social como forma de conter o avanço dos casos. Por outro lado, o Presidente da República parecia remar em direção contrária, quando em seus pronunciamentos chamava as ações do MS de precipitadas, e dizia que havia um superdimensionamento dos casos.

Destaca-se que caberia ao MS uma atuação no sentido de coordenar ações estratégicas entre as três esferas do pacto federativo, unificando as ações e direcionando os recursos para medidas eficazes entre os estados. Como isso não ocorreu, em virtude dos desacordos entre as perspectivas do Governo Federal e MS, os governadores passaram a assumir papel protagonista no enfrentamento da crise, dando forças à iniciativa privada por meio da contratualização com OSSs e contratação de leitos de UTI em hospitais privados.

Com duas demissões sequenciais de Ministros da Saúde por divergências ideológicas, aliado ao fato de o Presidente da República trazer de maneira veemente um falso discurso onde antagonizava as medidas de isolamento com o crescimento econômico do país e recomendação oficial para o uso da hidroxicloroquina para o tratamento de pessoas infectadas pela Covid-19, medicação que não era recomendada para o tratamento da doença pelas principais instituições científicas nacionais e internacionais, houve grande insegurança quanto ao papel do Governo Federal na gestão da crise. A contratação de um terceiro Ministro da Saúde, agora general do exército, foi marcada pela nomeação de diversos militares para cargos importantes no MS, respaldados pelo Presidente, onde não havia nenhum especialista ou profissional com formação no campo da saúde. Essas ações foram paralelas com a interiorização da pandemia pelo país, passando a atingir regiões mais pobres e populações mais vulneráveis, e de forma não surpreendente a letalidade pela Covid-19 foi maior nos municípios mais pobres, e sobretudo entre pardos e negros. Sodré (2020).

As falas e ações negacionistas do Presidente acabam por influenciar e colocar em risco diversas pessoas, inclusive profissionais de saúde, que em algumas circunstâncias convivem com pessoas que não cumprem os protocolos de

segurança preconizados pela literatura, por não acreditarem na severidade da pandemia. Isso foi uma das questões levantadas em nosso estudo, a dificuldade em lidar com familiares negacionistas da pandemia, trazendo estresse adicional a esses profissionais.

Conforme pontua Soares et al. (2020), apesar de algumas medidas individuais e coletivas de proteção social terem sido implementadas, os mais pobres, em especial os trabalhadores informais, sofreram os maiores impactos da pandemia, já que suas características de trabalho não são compatíveis com o *home office*, obrigando-os a não cumprirem o isolamento social por falta ou má alimentação, ausência de suprimentos básicos no lar, necessidade de pagar aluguel ou impostos que deveriam ter sido abolidos nesse contexto. Sodré (2020) ressaltou que a luta pela sobrevivência no Brasil foi vivida de forma desigual, pelo abandono gerado pelas políticas do Estado, e que as mortes foram marcadas por um largo distanciamento entre as classes, produzido pela segregação social, com maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde por esses grupos sociais mais desfavorecidos. Dados que vão de acordo aos de Ranzani et al. (2021), que mostram que a mortalidade por Covid-19 no Brasil, em todas as faixas etárias, foi maior em pacientes analfabetos. E, para todas as faixas etárias abaixo de 79 anos, a mortalidade foi menor naqueles com nível universitário de formação.

As implicações da pandemia também são dissonantes na vida dos profissionais entrevistados no presente estudo. Alguns, apesar do sofrimento gerado pelo afastamento, tiveram a possibilidade de mudar-se para proteger a família. Viram nessa situação um impulso para galgar sua independência financeira, iniciando novos trabalhos. Outros demonstraram imenso pesar pelo risco de expor seus familiares à doença, muitas vezes necessitando usar o transporte coletivo, onde ficariam expostos a maior aglomeração de pessoas por maior tempo, aumentando o risco de contaminação. Essa desigualdade social gerando risco desigual se repetiu em outros grupos profissionais além da saúde, evidenciando a ligação entre a vulnerabilidade social e o adoecimento.

Conforme apresentado, para os trabalhadores da saúde, a vulnerabilidade é resultado do risco biológico, mas também social e racial, como demonstram os dados de Ali et al. (2021). Os autores buscaram, por meio de questionário aplicado de forma online, mensurar o risco relacionado à Covid-19 entre profissionais de saúde etnicamente diversos no Reino Unido. Separaram os 1119 participantes em

dois grupos: negros, asiáticos e minorias étnicas (BAME) e demais participantes (não BAME), sendo essa classificação autorreferida. De forma estatisticamente significativa, o grupo BAME foi menos hábil em se negar a trabalhar se desprovido de EPIs adequados. O grupo BAME foi significativamente mais apto a reportar sentimentos de preocupação, e essa preocupação impactar no cuidado ofertado, ter preocupações relativas à EPIs e acreditar que a falta de EPIs contribui para a morte dos profissionais de saúde. O grupo de profissionais com mais de 50 anos foi mais hábil em negar-se. Além disso, dois terços dos respondedores acreditavam que pertencer ao grupo BAME torna o profissional mais suscetível a infectar-se e morrer. As razões para isso são multifatoriais aos olhos dos pesquisados: fatores pessoais (socioeconômicos, comorbidades e genéticos (que não tem fundamento científico) e profissionais (relacionados à inadequação de EPIs e ao trabalho em áreas de maior risco).

No Brasil, o risco de poder ser adequadamente tratado em caso de adoecimento pela Covid-19 e o risco de morrer pela doença são também geograficamente distintos. É o que mostram os dados de Ranzani et al. (2021), que realizaram uma análise epidemiológica das primeiras 250000 admissões hospitalares pela doença no país, segundo dados fornecidos pelos sistemas de vigilância do SUS. Os autores apontam para a disparidade entre a disponibilidade de leitos e sobrecarga do sistema de saúde nas diferentes macrorregiões do país. As regiões norte e nordeste são caracterizadas por populações mais jovens, e apesar disso, tiveram maiores taxas de mortalidade intra-hospitalar que em outras regiões, com um número maior de pacientes necessitando admissões na UTI e ventilação mecânica. Para pacientes sob ventilação mecânica com idade inferior a 60 anos, a taxa de mortalidade na região nordeste foi de 77% (2259 de 3317), e no sul 55% (1054 de 1929). A sobrecarga do sistema de saúde nas regiões norte e nordeste pode ser notada pelas maiores taxas de pacientes sob ventilação mecânica nas UTIs, maiores taxas de pacientes ventilados mecanicamente fora da UTI e as potenciais limitações de suporte ventilatório.

No que se refere às estratégias de enfrentamento do estresse frente à pandemia, os participantes de nosso estudo buscaram apoio em diversos domínios, como o suporte psicológico profissional e em sua rede social, contando com amigos e família. Valeram-se de terapias alternativas, da busca de auto-conhecimento por meio da meditação guiada. Relataram a busca de apoio nos colegas de trabalho, por

meio de busca e partilha de conhecimento médico atualizado, fornecendo mais segurança quanto à forma de tratar em tempos de tanta incerteza, como no suporte emocional, materializado com a união da equipe.

De forma semelhante, Nasi et al. (2021) demonstraram em seu estudo que 49,2% dos pesquisados tomaram medidas para cuidar da saúde mental, e as estratégias para isso foram a realização de exercícios físicos, alimentação saudável, ajustar a rotina da família, compartilhar sentimentos com amigos, familiares e outros, realização de atividades de lazer e cultura, práticas integrativas complementares, busca de apoio psicológico via telefone/ on-line e evitar o exagero no uso de álcool e substâncias. Ferramentas que guardam certa similaridade com as dos pesquisados por Borges et al. (2021), que foram associadas à dimensão espiritual, a meditação guiada, ao isolamento, exercícios físicos, colaboração e partilha de experiência com os outros membros da equipe, apoio familiar e preparação profissional com a busca de informações atualizadas. A realização de exercícios, alimentação saudável, atividades de lazer e cultura, isolamento, não foram mencionadas pelos participantes de nosso estudo.

As práticas integrativas foram um refúgio aos participantes do presente estudo, assim como nos estudos citados anteriormente, sendo aqui descritas atividades que visavam a busca do auto-conhecimento por meio da meditação guiada e uso de um composto chamado “Ayahuasca”, com potencial alucinógeno, com duração de até dez horas, utilizado em rituais religiosos. Para um(a) participante do presente estudo, a ingestão mais elevada de álcool foi uma forma de enfrentar o estresse. O abuso de substâncias foi uma grande questão durante a pandemia de Covid-19, pois conforme Friedman et al. (2021) houve um aumento de aproximadamente 50% no índice de paradas cardiorrespiratórias em decorrência de overdose nos EUA quando comparado o ano de 2020 aos anos anteriores, e isso parece se dever às imposições comportamentais causadas pela pandemia, como o isolamento social, que impacta de forma muito negativa nos que apresentam dependência de substâncias. Em estudo qualitativo com 205 profissionais de saúde, Shreffler et al. (2021) evidenciam que aos olhos dos entrevistados, os impactos negativos aos dependentes de substâncias na pandemia podem advir da restrição ao acesso a tratamentos e sentimento de solidão com o isolamento social, resultando em piora no estado mental e maior risco de recaídas. Para mitigar estes impactos, os participantes sugeriram disponibilização de maior acesso a tratamentos

de saúde a essa população, incluindo teleatendimento, grupos de apoio, mais disponibilidade de serviços de atendimento em saúde mental e melhora nos canais de comunicação entre provedores de saúde e pacientes. Segundo Kunyk et al. (2016), a taxa de dependência química entre profissionais de saúde é semelhante à da população geral, e em geral a busca de ajuda para esse grupo de pessoas advém de um “evento pivô”, que pode ser a auto percepção dos efeitos negativos do abuso de substâncias, mas na maioria das vezes é relacionada a algum evento adverso no trabalho relacionado ao abuso, ou em outros campos da vida. Segundo os autores, facilitar o processo pelo qual essas pessoas podem buscar ajuda pode impactar muito positivamente em sua vida pessoal e profissional, com alternativas compassivas, sigilosas e suportivas.

No estudo iraniano de Alizadeh et al. (2020), diversas estratégias foram adotadas para o enfrentamento da situação pelos profissionais pesquisados, dentre as quais: seguir as instruções fornecidas, fazer suas coisas favoritas, obter informações válidas, dar menor atenção aos noticiários, manter a moral. Além disso, compaixão e satisfação com a melhora da saúde dos pacientes, empatia com os pacientes e comprometimento foram mencionados. A espiritualidade também emergiu, incluindo a fé e a esperança na graça e oração à Deus. Traços de personalidade também foram mencionados, como grande autoconfiança, interesse desafiador, realismo, senso de humor, alta adaptabilidade, esperança, coragem, pensamentos fortes, adesão à ética, relaxamento e flexibilidade. Além disso, o suporte social dado pela família, amigos e valorização dada à enfermagem. De forma complementar, o estudo de Vindrola-Padros et al. (2020) conduzido no Reino Unido, apontou para a importância, para os profissionais de saúde, da oferta de serviços de psicologia para atendimento dos profissionais pelas instituições, assim como de apoio social, manifestado na forma de doação de comida durante os plantões por vizinhos e comércios locais, além do apoio moral e camaradagem entre os membros da equipe.

A busca de informações com veracidade científica foi uma forma de enfrentamento adotada pelos entrevistados de nosso estudo, ainda mais quando se leva em consideração o contexto de negacionismo da pandemia e da ciência vivenciados no Brasil. No entanto, não acessar noticiários com regularidade ajudou alguns participantes, já que muitas vezes as informações midiáticas geram mais ansiedade e angústia. A espiritualidade foi uma fonte de forças, também associada à

esperança de que a situação fosse passageira e na vacinação para a retomada da normalidade. Como relatou Nasi et al. (2021), manter a esperança funciona como um fator protetor e de aumento da felicidade subjetiva, pois impacta na concepção de viver e do controle da própria vida; os que se mostram mais esperançosos são mais motivados a fazer planos futuros e preservam melhor sua saúde mental.

No nosso estudo, as relações familiares se mostraram ambivalentes. Houve profissionais que relataram apoio expressivo da família, sendo incentivados e motivados em sua atuação profissional. Ao passo que houve aqueles que se sentiram pressionados a abandonar o trabalho por seus familiares, o que poderia impactar em sentimentos de desamparo e insegurança. Vale ressaltar que nos estudos pesquisados na literatura, não foram encontradas situações similares, com pressão para o abandono do trabalho oriunda de familiares.

O apoio psicológico profissional também foi uma estratégia muito utilizada pelos profissionais entrevistados em nosso estudo, para o enfrentamento ao estresse. Alguns descreveram trabalhar na terapia sentimentos como a impotência perante a alta mortalidade da doença e sensação de alívio ao serem ouvidos. Merece destaque o fato de que a instituição onde o estudo foi conduzido forneceu apoio psicológico aos funcionários de forma gratuita. Isso foi considerado positivo aos olhos dos entrevistados, em especial pelo fácil acesso ao serviço de psicologia, que podia ser solicitado via sistema informatizado. Infelizmente, esta não foi uma realidade em termos nacionais, já que no estudo de Nasi et al. (2021), onde foram pesquisados 719 profissionais das cinco macrorregiões do país, 78,6% relataram não ter recebido suporte psicológico das instituições onde trabalhavam ou estudavam.

No que se refere às sugestões para o ensino voltadas ao enfrentamento de situações desestabilizadoras como a pandemia, emergiram sugestões de temas como a gestão do autocuidado, visando a manutenção do equilíbrio emocional. Nas vozes dos profissionais de enfermagem e psicologia, percebemos que a formação dos profissionais de saúde se mostra insuficiente em termos da manutenção de sua saúde mental. De Andrade et al. (2018) assinalam para o fato de que historicamente houve uma rejeição ao autocuidado, sob a acusação de amor excessivo a si mesmo, algo análogo ao conceito de egoísmo. Essa tendência veio de um movimento da renúncia de si, das coisas terrenas e aos desejos – um movimento reapropriado de forma proeminente pelo cristianismo – gerando preconceitos relativos à falta de moralidade. Dessa forma, o cuidado de si tornou-se renúncia e passou a ser visto

em contradição ao cuidado que se tem com os outros. É interessante ressaltar, entretanto, que o cuidado de si não faz oposição ao cuidado do outro, mas pelo contrário, é o cuidado de si que regula as relações com o outro. Sendo assim, em termos acadêmicos, é importante a apropriação desse contexto na quebra de paradigmas quanto ao ensino do autocuidado.

Outra questão relevante levantada pelos participantes de nosso estudo foi o ensino de conteúdos jurídicos e relativos à bioética em situações onde há limitação de recursos, já que muitas vezes se defrontaram com situações onde necessitavam a tomada de decisões difíceis, como o encaminhamento de pacientes para UTI e necessidade da limitação de suporte orgânico, em um cenário escassez. Relataram sentimentos de insegurança com relação ao que a situação de exceção tornava aceitável ou não. Ainda, foi sugerida a inserção no currículo dos cursos da saúde de temas relacionados à medicina de crise, que poderiam ser de alguma valia no planejamento do atendimento simultâneo de diversos pacientes com condição de maior gravidade.

Vincent & Creteur, (2020) ponderam que, em desastres, em geral, o número de pacientes é conhecido e fixo, podendo-se prever o número de leitos. Já em pandemias, é muito difícil de prever o número de pessoas que irão adoecer e necessitarão uma internação em UTI. Na primeira situação existe um evento desencadeador, que é um evento agudo com tempo limitado, de forma que a amplitude do problema é rapidamente dimensionada, o que não é verdade em pandemias, onde os pacientes continuam a ser infectados durante um tempo prolongado e de difícil predição. Em catástrofes, geralmente os profissionais de saúde não são afetados, e há muitos que podem ser recrutados para ajudar, enquanto em situações de doenças infecto contagiosas, muitos profissionais irão adoecer e necessitar quarentena, e com o tempo pode haver dificuldade na reposição dos adoecidos. Nos eventos agudos, há a possibilidade de transferência de doentes de um centro a outro, já em pandemias isso é dificultado pelas medidas de proteção e pela superlotação de diversos centros simultaneamente. Por fim, quanto às catástrofes, a maioria dos hospitais têm planos de ação desenvolvidos, que são periodicamente treinados e podem ser ativados imediatamente, já em pandemias, onde há o acometimento de diferentes regiões e países de forma sequencial, os hospitais habitualmente necessitam períodos maiores de tempo para planejar o número de leitos, regras de triagem e abordagens éticas a serem tomadas

frente à situação. Os autores ressaltam, contudo, que muitas das regras que se aplicam a uma condição são aplicáveis à outra. Algumas questões bioéticas são, também, abordadas pelos autores, como os critérios para admissão em UTI em ambas as situações, que devem incluir a severidade da doença aguda, a presença de comorbidades, o grau de falência orgânica crônica e o potencial de recuperação com uma qualidade de vida mínima. Ressaltam, ainda, que a idade, de forma isolada não pode ser um critério de escolha. Deve-se levar em conta a funcionalidade e fragilidade de cada indivíduo.

É digno de nota que a decisão de suspensão ou não progressão de suportes orgânicos é justificável a depender da situação e condição clínica do doente, e que pacientes e familiares devem estar cientes dessa possibilidade no momento da admissão. Trata-se de um processo decisório extremamente difícil para os profissionais de saúde e familiares. Vale salientar que as decisões de triagem durante pandemias são difíceis e podem ser emocionalmente complexas para os profissionais, de forma que esses indivíduos devem ser apoiados diante dessas situações. É importante que haja um responsável maior pelas decisões de triagem, preferencialmente um chefe da UTI ou um médico experiente, disponível 24 horas por dia. Há sugestões da designação de comitês de triagem, compostos por duas ou três pessoas, que ficariam responsáveis pelas decisões de admissão em UTI e alocação de recursos. Assim, fica evidente que as dificuldades enfrentadas pelos profissionais no presente estudo vão de acordo com as apresentadas pela literatura internacional. As sugestões dadas pelos profissionais entrevistados mostram-se muito pertinentes, e revelam a necessidade da abordagem mais ostensiva destes temas nos cursos da saúde, o que tornaria a vivência menos traumática para os profissionais. Vincent; Creteur (2020).

Ainda com relação à ética, merece destaque a revisão integrativa sobre o ensino deste tema no ensino superior, realizada por Gerber e Zagonel (2013). Doze artigos foram utilizados após serem submetidos aos critérios de inclusão e exclusão. Metade das publicações referia-se ao curso de medicina, seguido por odontologia, enfermagem, serviço social e mestrado em saúde pública. Quanto ao método e estratégias de ensino, as autoras apontam que os dilemas de vivência e de trabalho devem ser o contexto utilizado para o ensino da ética, por meio dos quais alunos e professores devem estabelecer debates e diálogos, promovendo um aprendizado eficaz. Além disso, salientam que é fundamental que os educadores fundamentem

sua prática em determinada teoria do conhecimento, não sendo suficiente o uso de metodologias inovadoras se o profissional não possuir uma concepção pedagógica estruturada para direcionar sua prática.

A problematização, uma metodologia ativa, por pressupor experimentação, trabalho em grupo e pesquisa, parece ser uma ferramenta interessante para o ensino da bioética e ética. O conhecimento se concretiza por meio das representações mentais que o sujeito estabelece a partir da sua relação com o objeto, e deste com os outros. É interessante ressaltar, ainda, que uma única disciplina não se mostra suficiente em atingir a meta de aprendizagem, por se tratar de um conteúdo complexo, longo e abrangente. Assim, seria ideal garantir a transversalidade dos conteúdos éticos e morais em diversas unidades curriculares. Gerber; Zagonel (2013).

Emergiram, também, sugestões para o ensino do trabalho em equipe interprofissional e multidisciplinar, com implicações diretas na empatia com os colegas, e uma melhor assistência ao paciente. Um dos entrevistados, professor, relatou suas experiências positivas ao trabalhar com alunos de diferentes cursos, discutindo um mesmo caso clínico, onde se apresentam diferentes pontos de vista sobre um mesmo problema. Alguns dos entrevistados queixaram-se de que em suas formações não houve essa integração, de forma que, quando da atuação profissional, não sabiam exatamente as atribuições das outras profissões.

Langlois et al. (2020) assinalam para o fato de que a colaboração é um ponto crucial para uma resposta efetiva dos serviços de saúde durante grandes emergências. A educação interprofissional (EI) é uma grande estratégia para a prática colaborativa, já que torna os limites mais fluidos em relação às funções dos profissionais. Ressaltam, entretanto, que diante da atual situação de movimentação do ensino para o ambiente virtual, diversas instituições tiveram suas atividades interprofissionais canceladas. Assim, há uma preocupação de que a educação profissional específica tome prioridade sobre as competências interprofissionais. Salientam, ainda, que o ambiente online de ensino parece ser muito diferente do presencial, e que os alunos precisam ser servidos de recursos adicionais e diferentes formas de estimular a socialização interprofissional. Interações interprofissionais intencionais, com educadores multiprofissionais e diferentes alunos, juntamente com as redes sociais interprofissionais, parecem ser necessárias para a EI on-line. Os autores apontam, ainda, para o fato de que a pandemia irá

mudar a forma de educação profissional e os sistemas de saúde. Merece destaque o fato de que a pandemia de Covid-19 impactou diretamente os profissionais da linha de frente, ocasionando exaustão, *burnout*, desafios éticos e sobrecarga mental. Todos esses fatores trazem à luz a discussão a respeito de como preparar estudantes resilientes e prontos para a prática colaborativa, aptos a trabalhar em situações extremas, como uma pandemia. Aos olhos dos autores, a EI parece ser uma parte significativa dessa solução.

Uma outra sugestão apresentada pel(o)a profissional farmacêutic(o)a foi quanto à gestão de pessoas, considerando que a universidade não prepara para liderar uma equipe. Entretanto, o cenário profissional do egresso exige dele essa habilidade em qualquer ramo que vier a atuar. No contexto da pandemia, essa competência teria ajudado. Hølge-Hazelton et al. (2021) conduziram um estudo na Dinamarca que objetivava identificar as diferenças nas experiências de líderes no início da pandemia de Covid-19, gerando conhecimento para futuras lideranças em crises. Participaram do estudo 115 pessoas, funcionários de departamentos clínicos e paraclínicos, com cargos de chefia. Quando comparados os líderes com formação em liderança com aqueles sem esta formação, concluiu-se que os do primeiro grupo percebiam suas tarefas como mais significativas durante a situação da Covid-19 e mais frequentemente relataram ter as competências gerenciais necessárias para administrar com eficácia a situação. Merece destaque, ainda, que os profissionais com formação em liderança percebiam ter maiores competências para liderar. Mas também sentiram-se mais sobrecarregados e mais preocupados com o bem estar da equipe, próprio e de seus familiares, o que chama atenção para o papel da educação em liderança no entendimento do equilíbrio entre a realização de tarefas com o bem estar das pessoas. Os autores ressaltam que, em tempos de crise, o cumprimento de tarefas é inevitavelmente uma prioridade. No entanto, o bem estar das pessoas afetadas pela crise deve ser de igual relevância, mas frequentemente é relegado a um nível de menor preocupação. Fica evidente aqui o impacto da formação em liderança na segurança subjetiva do profissional, bem como no impacto da saúde outros profissionais.

A capacidade de gerir adequadamente a situação da pandemia foi desafiadora, de igual maneira, aos profissionais que atuam na gestão do ensino nas ciências da saúde. Conforme Tolsgaard et al. (2020), os impactos da pandemia nos estudantes de medicina em formação foi grande, já que muitas experiências centrais

do processo formativo não foram concluídas, com a interrupção das atividades. E isso trouxe diversas outras implicações, inclusive na força de trabalho disponível para atuar na crise, já que surgiram questionamentos a respeito da viabilidade de que estes estudantes se formassem sem as experiências preconizadas. Entendendo que o ensino depende muito do contexto, variando em termos geográficos e de disponibilidade de recursos, os autores afirmam que não há uma receita única para contornar as adequações que situações como a pandemia demandam, e sugerem um modelo reflexivo estratégico para a tomada de decisões em momentos de incerteza como o exigido pela pandemia, com vistas ao ensino. Para os autores, é necessário que se direcione um olhar reflexivo para as atividades a serem trabalhadas, identificando quais delas devem ser mantidas independente de qualquer coisa, e quais podem ser adaptadas, como por exemplo, ao ambiente virtual. É preciso identificar quais atividades podem ser postergadas, porém de alguma forma ainda precisam ocorrer, como exames avaliativos e estágios eletivos, e quais podem ser, de fato, canceladas. E, sobretudo, quais atividades precisam ser adicionadas, tendo em vista um contexto de adversidade, como conteúdos relacionados a Covid-19. Uma vez identificadas as atividades pertencentes a cada categoria, é necessário um debate constante sobre a forma de implementação e possíveis intercâmbios entre uma modalidade e outra, estando atento aos impactos que tais alterações podem ter na formação dos estudantes e na sociedade.

Com relação às atividades que podem ser adaptadas, vale ressaltar a sugestão apresentada pelos profissionais de nosso estudo, que foi uma maior carga horária voltada ao ensino da comunicação. Conforme Lancu et al. (2020), a telemedicina vinha apresentando um grande crescimento dentro do campo da medicina antes mesmo da pandemia, e muitos profissionais enfrentam dificuldades em adaptar-se a esse novo cenário. Com a necessidade da migração do ensino presencial ao virtual, os estudantes podem tirar grande proveito dessa nova modalidade de contato com os pacientes, tendo o treinamento adequado para isso. Diversas habilidades podem ser desenvolvidas por meio da virtualidade, como profissionalismo, exame físico, alfabetização tecnológica e comunicação. As habilidades de comunicação incluem enunciação clara e minimização de movimentos corporais, gestos e fala coloquial. Segundo os autores, o uso de plataformas digitais que permitem diversas funcionalidades, como ligações em vídeo com mais de duas pessoas, permitem que os estudantes participem de visitas *on-*

line com seus instrutores, permitindo discussão de um grande número de diferentes casos clínicos e treinamento de habilidades como entrevista e exame físico, sob supervisão.

Em nosso estudo, os entrevistados sugeriram, também, a implementação de programas de educação permanente pelas instituições provedoras de saúde. Segundo eles, a atuação prática sem formação reflexiva pode tornar a atuação mecânica, o que pode impactar a assistência oferecida. Adiciona-se, ainda, que percebem uma maior valorização profissional quando são treinados pelas instituições. Esses achados coincidem com os de Sampaio et al. (2021), que realizaram uma revisão integrativa a respeito da educação corporativa hospitalar no contexto da pandemia de Covid-19. Os autores apontam para o fato de que a educação corporativa é uma excelente forma de integrar as competências individuais e institucionais, e isso está diretamente relacionado ao processo de inovação e aumento da qualidade e eficácia dos serviços ofertados. Segundo os dados da revisão, devem ser geradas oportunidades para aprendizagem para o desenvolvimento de competências que culminem em melhor desempenho dos trabalhadores, consolidar a excelência nos serviços prestados, difundir as melhores técnicas e práticas vigentes e proporcionar reciclagens e atualizações técnicas específicas para os trabalhadores. Esses treinamentos podem ser ofertados de forma presencial, por meio do ensino à distância, ou mistos, considerando-se a limitação quanto ao acesso à tecnologia. Devem ser abordadas demandas específicas e pontuais, acontecendo de forma esporádica ou contínua. Ressaltam, ainda, que as instituições precisam entender que os colaboradores têm diversas dimensões dentro delas, de forma que é necessário e urgente propiciar uma educação que os instrumentalize para interagir na sociedade como cidadãos críticos, conscientes, participativos e que agreguem resultados. Por fim, destacam a grande importância do investimento em inteligência emocional, de forma que as empresas estejam preparadas para acolher as demandas emocionais de seus funcionários, demonstrando empatia.

Em um contexto de pandemia, a educação permanente atinge um nível ainda maior de importância, especialmente quando aliada a competências dos gestores em identificar essa demanda em seus funcionários. É o que demonstram Ranzani et al. (2021), quando discutem a respeito da alta mortalidade de pacientes gravemente enfermos, acometidos pela Covid-19 no Brasil. Segundo os autores, como estratégia

de enfrentamento à pandemia, foi dada grande atenção à disponibilidade de recursos, como leitos de UTI e ventiladores, e pouca importância em fornecer treinamentos adequados aos profissionais de saúde que lidariam com os doentes. Os autores ressaltam que a disponibilidade de recursos e um sistema de saúde universal é essencial para que as pessoas possam ser adequadamente tratadas, independentemente de suas condições financeiras, em países com as características socioeconômicas do Brasil. Mas de igual importância é capacitar os profissionais de saúde dentro das melhores práticas do cuidado aos doentes internados, identificando formas graves precocemente e as tratando adequadamente, reduzindo o número de mortes evitáveis.

Alguns participantes de nosso estudo sugeriram uma maior carga horária direcionada ao cuidado de pacientes críticos, relatando que os estudantes deveriam ter maior aprofundamento em temas como avaliação inicial de sinais de gravidade, manejo de ventilação mecânica e drogas vasoativas. Isso se confirma quando acessamos os dados apresentados pelo estudo epidemiológico de Ranzani et al. (2021), que mostram que a mortalidade global intra-hospitalar pela Covid-19 no Brasil foi de 38% (87515 de 232036), uma média próxima às coortes internacionais. Entretanto, se levarmos em conta que a média de idade dos pacientes internados no Brasil era em média 10 anos mais jovem que a de outros países, a mortalidade foi pronunciadamente maior. A mortalidade intra-hospitalar pela Covid-19 em uma coorte alemã foi de 22% (2229 de 10021). Ademais, os autores salientam que em análises anteriores à pandemia de Covid-19, a mortalidade de pacientes internados em UTI já era elevada, em especial para aqueles ventilados mecanicamente, e que isso se deve a fatores que vão além de disponibilidade de recursos e equipamentos. Fatores organizacionais e implementações das melhores práticas impactam não somente em melhores índices de mortalidade, mas também em maiores taxas de eficiência das UTI. Ressaltam que no Brasil ainda há muito espaço para a implementação e aderência às melhores práticas ao cuidado dos gravemente enfermos, como níveis adequados de sedação, ventilação mecânica com baixos volumes correntes e vigilância ativa para infecções nosocomiais. Isso fica claro quando observamos a alta mortalidade dos pacientes mecanicamente ventilados no Brasil durante a pandemia de Covid-19, que foi de 80% (36046 de 42205).

Ainda no que se refere à oferta das melhores práticas, merece destaque a sugestão pelos profissionais de uma maior carga horária direcionada a metodologia

de pesquisa científica e a leitura crítica de artigos científicos, uma vez que a correta interpretação das informações fornecidas pela literatura e entendimento do nível de evidência que elas fornecem impacta diretamente no tratamento ofertado aos pacientes. Isso fica evidente no estudo de Lawrence et al. (2021), que discorrem a respeito de duas meta-análises publicadas evidenciando impactos positivos na sobrevivência com o uso de ivermectina para o tratamento e profilaxia da Covid-19. Os autores ressaltam que situações como pandemia geram uma alta demanda de estudos randomizados controlados e a síntese destes em meta-análises por revisões sistemáticas, e isso pode gerar diversos problemas. Após essas duas meta-análises serem publicadas, descobriu-se que houve diversas falhas metodológicas e de análise de dados nos estudos randomizados controlados que as originaram, tornando-os sem valor, o que invalidou, também, os resultados das meta-análises. E com essas publicações, centenas de milhares de pacientes receberam essa medicação, cuja evidência evaporou após uma análise mais minuciosa de sua relevância e validade.

Nosso estudo conta com as limitações de ser um estudo unicêntrico, de forma que as únicas visões captadas foram as de funcionários de uma mesma instituição, o que pode limitar os achados. Além disso, o pesquisador entrevistador fazia parte do corpo clínico da instituição, de forma que conhecia muitos dos participantes, o que pode trazer algum viés. Cabe ressaltar, contudo, que houve rigor metodológico na coleta de dados.

Finalmente, em nossa revisão, evidenciamos que a literatura ainda é escassa em relação a temas sobre a preparação de profissionais de saúde na era pós Covid-19, e as futuras adaptações no ensino após esse grande evento perturbador da organização social, econômica e educacional a nível mundial.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Evidenciamos que nosso estudo trouxe vários temas relevantes para a comunidade científica. Merecendo destaque o caráter multifatorial do sofrimento, adoecimento e exposição dos profissionais, que ficou bastante enunciado em nossos resultados. Assim, cabe ressaltar a importância da assistência à saúde mental dos funcionários que prestam atendimento a pacientes com Covid-19, continuamente expostos a contaminação pela proximidade com os pacientes, e submetidos a diversos outros fatores causadores de sofrimento nas outras dimensões da vida, que, na maioria das vezes, guardam relação direta com suas profissões. Também tão importantes quanto, foram os significados positivos aos profissionais em lidar com os acometidos pela doença, sendo que muitos deles passaram a reafirmar e dar novas interpretações seu papel social enquanto trabalhadores de saúde. As estratégias identificadas para o enfrentamento da situação pelos profissionais foram de muita valia, sendo que algumas delas podem subsidiar pontos a serem trazidos à luz pelas instituições de saúde em situações semelhantes, como um maior apoio psicológico profissional e incentivo a terapias que visem a busca do autoconhecimento. De igual valia, foi a identificação de estratégias potencialmente danosas no intento de enfrentar situações de estresse, como o abuso de substâncias, onde pode haver intervenções precoces por meio das instituições, de modo a preservar o bem estar dos trabalhadores. Foram também apresentadas diversas sugestões de temas que devem ser incorporados aos currículos para melhorar e atualizar o ensino nas ciências da saúde, visando minimizar os impactos de situações de exceção, como a pandemia de Covid-19. Acreditamos que nossos resultados podem contribuir no futuro planejamento do currículo dos cursos no ensino da saúde, de forma a minimizar o impacto sobre os profissionais, pacientes e sociedade.

8 REFERÊNCIAS

ADHANOM GHEBREYESUS, T. Addressing mental health needs: an integral part of COVID-19 response. **World Psychiatry**, v. 19, n. 2, p. 129–130, 2020.

ALBUQUERQUE, V. S.; BATISTA, R. S.; TANJI, S.; MOÇO, E. T.-S. M. Currículos disciplinares na área de saúde: ensaio sobre saber e poder. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 31, p. 261–272, 2009.

ALI, P.; ADAM, Z.; WEST, J.; et al. Perceptions of COVID-19-related risk and mortality among ethnically diverse healthcare professionals in the UK. **Ethnicity and Health**, v. 26, n. 1, p. 1–10, 2021.

ALIZADEH, A.; KHANKEH, H. R.; BARATI, M.; et al. Psychological Distress among Iranian Health-Care Providers Exposed to Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A Qualitative Study. , p. 1–10, 2020. **BMC Psychiatry**.

ANDERSON, C.; POOLEY, J. A.; MILLS, B.; ANDERSON, E.; SMITH, E. C. Do Paramedics Have a Professional Obligation to Work during a Pandemic? A Qualitative Exploration of Community Member Expectations. **Disaster Medicine and Public Health Preparedness**, v. 14, n. 3, p. 406–412, 2020.

DE ANDRADE, E. O.; GIVIGI, L. R. P.; ABRAHÃO, A. L. A ética do cuidado de si como criação de possíveis no trabalho em saúde. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 22, n. 64, p. 67–76, 2018.

BENNETT, P.; NOBLE, S.; JOHNSTON, S.; JONES, D.; HUNTER, R. COVID-19 confessions: A qualitative exploration of healthcare workers experiences of working with COVID-19. **BMJ Open**, v. 10, n. 12, p. 1–7, 2020.

BORGES, E. M. DAS N.; QUEIRÓS, C. M. L.; VIEIRA, M. R. F. S. P.; TEIXEIRA, A. A. R. Perceptions and experiences of nurses about their performance in the COVID-19 pandemic. **Rev Rene**, v. 22, p. e60790, 2021.

BROOKS, S. K.; WEBSTER, R. K.; SMITH, L. E.; et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. **The Lancet**, v. 395, n. 10227, p. 912–920, 2020. Elsevier Ltd. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)>. .

CULP, W. C. Coronavirus Disease 2019. **A & A Practice**, v. 14, n. 6, p. e01218, 2020.

FELICIANO, A. B. ET AL. a Pandemia De Covid-19 E a Educação Permanente Em Saúde. **Cadernos de pedagogia**, v. 29, n. 14, p. 120–135, 2020. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/hdyfg/pdf/buss-9786557080290-08.pdf>>.

FIHO, J. M. J.; ASSUNÇÃO, A. Á.; ALGRANTI, E.; et al. A saúde do trabalhador e o enfrentamento da COVID-19. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 45, p. 10–12, 2020.

FRIEDMAN, J.; BELETSKY, L.; SCHRIGER, D. L. Overdose-Related Cardiac Arrests Observed by Emergency Medical Services during the US COVID-19 Epidemic. **JAMA Psychiatry**, v. 78, n. 5, p. 562–564, 2021.

GERBER, V. K. DE Q.; ZAGONEL, I. P. S. A ética no ensino superior na área da saúde: uma revisão integrativa. **Revista Bioética**, v. 21, n. 1, p. 168–178, 2013.

AL GHAFRI, T.; AL AJMI, F.; ANWAR, H.; et al. The Experiences and Perceptions of Health-Care Workers During the COVID-19 Pandemic in Muscat, Oman: A Qualitative Study. **Journal of Primary Care and Community Health**, v. 11, 2020.

HØLGE-HAZELTON, B.; KJERHOLT, M.; ROSTED, E.; et al. Health professional frontline leaders' experiences during the covid-19 pandemic: A cross-sectional study. **Journal of Healthcare Leadership**, v. 13, p. 7–18, 2021.

IANCU, A. M.; KEMP, M. T.; ALAM, H. B. Unmuting medical students' education: Utilizing telemedicine during the COVID-19 pandemic and beyond. **Journal of Medical Internet Research**, v. 22, n. 7, p. 1–6, 2020.

KRAMER, V.; PAPAZOVA, I.; THOMA, A.; et al. Subjective burden and perspectives of German healthcare workers during the COVID-19 pandemic. **European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience**, v. 271, n. 2, p. 271–281, 2021. Springer Berlin Heidelberg. Disponível em: <<https://doi.org/10.1007/s00406-020-01183-2>>.

KUNYK, D.; INNESS, M.; REISDORFER, E.; MORRIS, H.; CHAMBERS, T. Help seeking by health professionals for addiction: A mixed studies review. **International Journal of Nursing Studies**, v. 60, p. 200–215, 2016. Elsevier Ltd. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.05.001>>.

LAI, J.; MA, S.; WANG, Y.; et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. **JAMA network open**, v. 3, n. 3, p. e203976, 2020.

LANGLOIS, S.; XYRICHIS, A.; DAULTON, B. J.; et al. The COVID-19 crisis silver lining: interprofessional education to guide future innovation. **Journal of Interprofessional Care**, v. 34, n. 5, p. 587–592, 2020. Taylor & Francis. Disponível em: <<https://doi.org/10.1080/13561820.2020.1800606>>.

LAWRENCE, J. M.; MEYEROWITZ-KATZ, G.; HEATHERS, J. A. J.; BROWN, N. J. L.; SHELDRIK, K. A. The lesson of ivermectin : meta-analyses based on summary data alone are inherently unreliable. **Nature Medicine**, p. 4–5. Springer US. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1038/s41591-021-01535-y>>.

LI, Q.; GUAN, X.; WU, P.; et al. Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus-infected pneumonia. **New England Journal of Medicine**, v. 382, n. 13, p. 1199–1207, 2020.

LIMA, C. K. T.; CARVALHO, P. M. DE M.; LIMA, I. DE A. A. S.; et al. The emotional impact of Coronavirus 2019-nCoV (new Coronavirus disease). **Psychiatry Research**, v. 287, 2020.

MARKWEL, A.; MITCHELL, R.; WRIGHT, A.; BROWN, A. F. Clinical and ethical challenges for emergency departments during communicable disease outbreaks: can lessons from Ebola Virus Disease be applied to the COVID-19 pandemic? **Emergency medicine Australasia : EMA**, p. 520–524, 2020.

MINAYO, M. C. DE S. Pesquisa Social - Teoria, Método e Criatividade. **Editora Vozes, Petrópolis, 2002**, 2002.

MINAYO, M. C. DE S. **O desafio do conhecimento - Pesquisa qualitativa em saúde**. Hucitec, 2014, 2014.

NASI, C.; MARCHETI, P. M.; OLIVEIRA, E. DE; et al. Significados das vivências de profissionais de enfermagem no contexto da pandemia da COVID-19. **Rev Rene**, v. 22, p. e67933, 2021.

RANZANI, O. T.; BASTOS, L. S. L.; GELLI, J. G. M.; et al. Characterisation of the first 250 000 hospital admissions for COVID-19 in Brazil: a retrospective analysis of nationwide data. **The Lancet Respiratory Medicine**, v. 9, n. 4, p. 407–418, 2021.

RAVI PHILIP RAJKUMAR. COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. **Asian Journal of Psychiatry**, v. 52, n. January, p. 102066, 2020.

RIPP, J.; PECCORALO, L.; CHARNEY, D. Attending to the Emotional Well-Being of the Health Care Workforce in a New York City Health System During the COVID-19 Pandemic. **Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges**, v. XX, n. X, p. 1–4, 2020.

ROMANOV, B. K. Coronavirus disease COVID-2019. **Safety and Risk of Pharmacotherapy**, v. 8, n. 1, p. 3–8, 2020.

SAMPAIO, L. A.; SILVA, F. M. L.; RAMOS, M. H. T. Os impactos na Educação Corporativa Hospitalar com o surgimento do COVID-19: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 1, p. e54110112094, 2021.

SHREFFLER, J.; SHREFFLER, M.; MURFREE, J. R.; HUECKER, M. A Global Pandemic and Substance Use Disorder: Healthcare Professionals' Viewpoints on the Merging of Two Crises. **Substance Use and Misuse**, v. 56, n. 10, p. 1476–1482, 2021. Taylor & Francis. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/10826084.2021.1936052>.

SOARES, F. M. M.; MESQUITA, K. K. B.; ANDRADE, C. H. F. DE; et al. Factors associated with the vulnerability of non-adherence to the social distancing of workers in COVID-19. **Revista Enfermagem Atual**, v. Edição Esp, 2020. Disponível em: <http://www.revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/772/680>.

SODRÉ, F. Epidemia de Covid-19: questões críticas para a gestão da saúde pública no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, 2020.

TETI, M.; SCHATZ, E.; LIEBENBERG, L. Methods in the Time of COVID-19: The Vital Role of Qualitative Inquiries. **International Journal of Qualitative Methods**, v. 19, p. 1–5, 2020.

THE LANCET. COVID-19 in Brazil: “So what?” **The Lancet**, v. 395, n. 10235, p. 1461, 2020. Elsevier Ltd. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31095-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31095-3).

TOLSGAARD, M. G.; CLELAND, J.; WILKINSON, T.; ELLAWAY, R. H. How we make choices and sacrifices in medical education during the COVID-19 pandemic. **Medical Teacher**, v. 42, n. 7, p. 741–743, 2020. Taylor & Francis. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1080/0142159X.2020.1767769>>.

VINCENT, J. L.; CRETEUR, J. Ethical aspects of the COVID-19 crisis: How to deal with an overwhelming shortage of acute beds. **European heart journal. Acute cardiovascular care**, 2020.

VINDROLA-PADROS, C.; ANDREWS, L.; DOWRICK, A.; et al. Perceptions and experiences of healthcare workers during the COVID-19 pandemic in the UK. **BMJ Open**, v. 10, n. 11, p. 1–8, 2020.

WHO. **World Health Organization**, C2022. Archived: WHO Timeline - COVID-19. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>. Acesso em: 13 de jan. de 2022.

WU, P. E.; STYRA, R.; GOLD, W. L. Mitigating the psychological effects of COVID-19 on health care workers. **Cmaj**, v. 192, n. 17, p. E459–E460, 2020.

XU, J.; XU, Q. HUI; WANG, C. MING; WANG, J. Psychological status of surgical staff during the COVID-19 outbreak. **Psychiatry Research**, v. 288, p. 112955, 2020. Elsevier B.V. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112955>>.

YARDLEY, S.; ROLPH, M. Death and dying during the pandemic. **The BMJ**, v. 369, n. April, p. 1–2, 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/doi:10.1136/bmj.m1472>>.

_. **Secretaria de comunicação social. Manual de redação**. Agencia Senado, Jornal do Senado. Brasília: Senado Federal, 2020.

9 APÊNDICES

9.1 APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa denominada “Significados da pandemia entre profissionais que atuam em um hospital que atende pacientes com Covid-19 e suas contribuições para o ensino na saúde”, realizado para minha dissertação de mestrado nas Faculdades Pequeno Príncipe. Meu nome é Henrique Ribeiro de Souza Barros e minha orientadora é Suely Grosseman. O objetivo do estudo é compreender os significados de ser profissional atuando em um hospital que atende pacientes com Covid-19. A partir dos resultados poderemos conhecer aspectos importantes a serem incluídos no currículo dos profissionais de saúde relativos à saúde mental frente a estas situações.

Sua participação em nosso estudo consistirá em uma entrevista virtual ou presencial sobre o que sua atuação profissional tem significado para você nas diversas dimensões de sua vida e aplicação de um questionário sociodemográfico. Após seu consentimento, a entrevista será gravada em áudio, transcrita e enviada a você para que você avalie sua veracidade e, após sua validação, será analisada. Caberá a você a decisão de quando e onde realizar a entrevista. Se realizada de forma virtual, será solicitado a você que esteja em lugar confortável e tranquilo, sozinho. Caso opte por realizar a entrevista no hospital, esta será realizada em sala fechada, silenciosa e com participação exclusiva sua e do entrevistador.

A pesquisa realizada apresenta alguns benefícios, tais como: proporcionar a reflexão quanto a sua situação laboral e de convívio, proporcionando a possibilidade de melhor entendimento, aceitação e racionalização de perspectivas. Por outro lado, poderá apresentar riscos, como a exacerbação de sentimentos considerados ruins, já que aborda aspectos emocionais importantes, tangentes a um momento difícil nas esferas profissional e pessoal. Caso aconteça algum problema de saúde mental que seja comprovadamente resultante da pesquisa, será acionado atendimento imediato e gratuito para apoio psicológico por parte dos pesquisadores. A equipe de

psicologia do hospital irá realizar este atendimento mediante encaminhamento do pesquisador.

Sua privacidade será respeitada, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa de qualquer forma lhe identificar, será mantido em sigilo. Para isso separaremos este termo da ficha de coleta de dados sociodemográficos, que será codificada com as iniciais de seu nome (não constará seu nome).

Poderá recusar a participar do estudo ou retirar seu consentimento a qualquer momento sem precisar justificar. Se optar por se retirar da pesquisa, não haverá qualquer prejuízo.

Os áudios e transcrições serão arquivados em dispositivos removíveis (pendrives), e os questionários sociodemográficos e TCLE em pastas separadas destinadas para tal, e guardados em sigilo pelos pesquisadores por um período mínimo de 5 anos.

Como referido antes, os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são Henrique Ribeiro de Souza Barros – médico residente em Medicina Intensiva, sob orientação de Prof. Dra. Suely Grosseman. Este trabalho faz parte das atividades de mestrado do pesquisador, desenvolvido na instituição Faculdades Pequeno Príncipe em Curitiba-PR.

Você poderá manter contato com o pesquisador pelo seguinte endereço de email: henriquebarros149@gmail.com; Telefone para contato: (41) 3016- 6622 ou com Suely Grosseman pelo email sgrosseman@gmail.com e telefone (48)999609721, para esclarecer qualquer dúvida e também se não quiser participar mais do estudo. Além disso, se necessário, você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Pequeno Príncipe (CEP/FPP) através do telefone 3310-1504 ou e-mail comite-etica@fpp.edu.br. O CEP/FPP está localizado na Av. Iguaçu, 333 - Bloco 3. Trata-se de uma comissão constituída por membros de várias áreas do conhecimento e um representante dos usuários, que tem por finalidade a avaliação da pesquisa com seres humanos em nossa Instituição, em conformidade com a legislação brasileira regulamentada pelo Conselho Nacional de Saúde.

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como lhe será garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que queira saber antes, durante e depois da sua participação.

Tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifeste seu consentimento em participar.

Não haverá nenhum valor econômico a receber ou a pagar por sua participação. Caso tenha qualquer despesa decorrente da sua participação na pesquisa, haverá ressarcimento sob forma de dinheiro ou depósito em conta corrente. Caso haja algum dano decorrente da sua participação no estudo, será devidamente indenizado nas formas da lei.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdades Pequeno Príncipe – CEP/FPP sob o parecer nº: 3.853.795, cujo contato poderá ser realizado pelo telefone 3310-1512.

() Sim, li e foi me esclarecido todos os termos acima. Além disso, estou recebendo uma via deste termo assinado pelo pesquisador.

Nome:

RG:

Curitiba, de de 2020

(Assinatura do (a) participante da pesquisa)

Declaro que obtive de forma apropriada o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante de pesquisa, representante legal ou assistente legal para a participação neste estudo, e atesto veracidade nas informações contidas neste documento de acordo resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

(Nome e assinatura do pesquisador responsável)

9.2 APÊNDICE 2 - QUESTIONÁRIO COM VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E QUESTÕES NORTEADORAS

Código: _____

Inicialmente gostaria de agradecer a aceitação do convite para participar de nossa pesquisa, que será muito importante para melhorarmos a formação dos novos profissionais de saúde. Gostaria de saber se há algo que você gostaria de esclarecer quanto ao termo de consentimento livre e esclarecido, que foi explicado antes.

Gênero: Masculino Feminino

Idade: _____ Escolaridade: _____

Etnia: Negro Branco Pardo Indígena Amarelo

Estado civil: Solteiro Casado União estável Divorciado Viúvo

Número de filhos: _____

Religião: _____

Cidade de residência: _____

Há quantos tempo trabalha na área da saúde: _____

QUESTÕES NORTEADORAS DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

1. Por favor, conte o que tem significado para você ser um profissional atuando em um hospital que trata pacientes portadores da doença Covid-19? (Aprofundamento: E como estes significados evoluíram pra você?)
2. Como isso tem influenciado as outras dimensões de sua vida (família, vida em geral)?
3. O que tem te ajudado a enfrentar essa situação?
4. Como você acha que poderíamos melhorar a sua formação para o enfrentamento de situações como essa?
5. Como você acha que poderíamos melhorar a formação dos profissionais de saúde para o enfrentamento de situações como essa?
6. Gostaria de saber se você tem outras reflexões a acrescentar.

Muito obrigado por sua valiosa contribuição!