



**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E DA SAÚDE  
Programa De Pós-Graduação Stricto Sensu Em Psicologia**

**IMPACTO DA PANDEMIA POR COVID-19 NOS PROFISSIONAIS DE  
SAÚDE DA LINHA DE FRENTE**

**LOWYNNE ISABELLE CARDOSO SOUZA**

**Orientador: Prof. Dr. Luc Vandenberghe**

**Goiânia  
Dezembro/2022**

**LOWYNNE ISABELLE CARDOSO SOUZA**

**IMPACTO DA PANDEMIA POR COVID-19 NOS PROFISSIONAIS DE  
SAÚDE DA LINHA DE FRENTE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO) como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Luc Vandenberghe.

**Goiânia**  
**Dezembro/2022**

Catálogo na Fonte - Sistema de Bibliotecas da PUC Goiás

S729i Souza, Lowynne Isabelle Cardoso  
Impacto da pandemia por Covid-19 nos profissionais  
de saúde da linha de frente / Lowynne Isabelle Cardoso  
Souza. -- 2022.  
97 f.

Texto em português, com resumo em inglês.  
Dissertação (mestrado) -- Pontifícia Universidade  
Católica de Goiás, Escola de Ciências Sociais e da  
Saúde, Goiânia, 2022.  
Inclui referências: f. 81-86.

1. COVID-19, Pandemia de, 2020-. 2. Pessoal da área  
médica. 3. Stress ocupacional. 4. Sofrimento - Aspectos  
psíquicos. I. Vandenberghe, Luc - 1962-. II. Pontifícia  
Universidade Católica de Goiás - Programa de Pós-Graduação  
em Psicologia - 19/12/2022. III. Título.

CDU: Ed. 2007 -- 159.944(043)



**ATA DE SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE Mestrado NO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM PSICOLOGIA DA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS.**

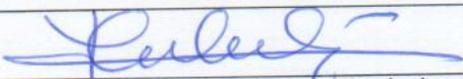
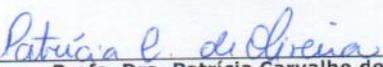
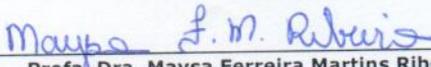
No dia 19 de dezembro de 2022, às 08h, via webconferência em plataforma digital, de acordo com a portaria 36/2020 CAPES, **LOWYNNIE ISABELLE CARDOSO SOUZA**, discente do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia (2021.1.2055.0012-6) da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, expôs, em Sessão Pública de Defesa de Dissertação de Mestrado, o trabalho intitulado "**IMPACTO DA PANDEMIA POR COVID-19 NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA LINHA DE FRENTE**", para Comissão de Avaliação composta pelos (as) docentes: **Dr. Luc Marcel Adhemar Vandenberghe** (Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Presidente da Comissão), **Dra. Patrícia Carvalho de Oliveira** (Instituto Federal de Goiás, Membro Convitado) e **Dra. Kátia Barbosa Macêdo** (Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Membro Suplente). O trabalho da Comissão de Avaliação foi conduzido pelo(a) docente Presidente que, inicialmente, após apresentar os docentes integrantes da Comissão, concedeu 30 minutos ao(a) discente candidato(a) para que este(a) expusesse o trabalho. Após a exposição, o(a) docente Presidente concedeu a palavra a cada membro convidado da Comissão para que estes arguissem o(a) discente candidato(a). Após o encerramento das arguições, a Comissão de Avaliação, reunida isoladamente, avaliou o trabalho desenvolvido e o desempenho do(a) discente candidato(a) na exposição, considerando a trajetória deste(a) no curso de mestrado. Como resultado da avaliação, a Comissão de Avaliação deliberou pela:

**Aprovação da dissertação**

A Comissão de Avaliação declara o (a) discente candidato (a) Mestre em Psicologia. A Comissão de Avaliação pode sugerir alterações de forma e/ou conteúdo considerado aceitáveis, não impeditivo da aprovação do trabalho. As alterações deverão ser indicadas no Anexo ao presente documento e/ou podem constar na versão lida pelo membro da Comissão de Avaliação para a sessão de defesa da dissertação. Neste caso, a versão lida corrigida deverá ser entregue ao(a) discente candidato(a) no final da sessão. O(A) discente candidato(a) terá o prazo de sessenta (60) dias para os ajustes e entrega da versão final na Secretaria do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia, contado a partir da data da sessão de defesa da dissertação.

**Reprovação da dissertação**

A Comissão de Avaliação determina que o trabalho apresentado não satisfaz as condições mínimas para ser considerado dissertação de mestrado válida à obtenção do título de Mestre em Psicologia. O(A) discente candidato(a) pode interpor recurso à decisão da Comissão de Avaliação no prazo máximo de trinta (30) dias, contado a partir da data da sessão de defesa da dissertação.

A Comissão de Avaliação (Assinaturas):	Para uso da Coordenação/Secretaria do PSSP:
 <b>Prof. Dr. Luc Marcel Adhemar Vandenberghe</b> Membro Presidente Pontifícia Universidade Católica de Goiás	 <b>Prof. Dr. Cristiano Coelho</b> Coordenador do Programa de Pós-Graduação <i>Stricto Sensu</i> em Psicologia Pontifícia Universidade Católica de Goiás
 <b>Profa. Dra. Patrícia Carvalho de Oliveira</b> Membro Convitado Externo Instituto Federal de Goiás	 <b>Prof. Dr. Cristiano Coelho</b> Coordenador do Programa <i>Stricto Sensu</i> em Psicologia - RE. 7573
 <b>Profa. Dra. Maysa Ferreira Martins Ribeiro</b> Membro Convitado Pontifícia Universidade Católica de Goiás	<b>Observações:</b> 1. Documento válido somente se assinado pela Coordenação e pela Secretaria do PSSP/PROPE/PUC Goiás. 2. _____ 3. _____
<b>Profa. Dra. Kátia Barbosa Macêdo</b> Membro Suplente Pontifícia Universidade Católica de Goiás	  Visto Secretaria: DFM nº: 21/2022 Secretaria do Programa de Pós-Graduação <i>Stricto Sensu</i> em Psicologia Goiânia, 19/12/2022



**PUC  
GOIÁS**

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA

Av. Universitária, 1069 ● Setor Universitário  
Caixa Postal 86 ● CEP 74605-010  
Goiânia ● Goiás ● Brasil  
Fone: (62) 3946.1070 ● Fax: (62) 3946.1070  
www.pucgoias.edu.br ● propel@pucgoias.edu.br

**ANEXO DA ATA DE SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO NO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM PSICOLOGIA DA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS.**

**Discente:** LOWYNNE ISABELLE CARDOSO SOUZA

**Matrícula:** 2021.1.2055.0012-6

**Título da dissertação:** IMPACTO DA PANDEMIA POR COVID-19 NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA LINHA DE FRENTE

**Data do exame:** 19 de dezembro de 2022

**Correções; modificações; alterações; comentários; observações; pontos para reformulação etc. (Assinatura obrigatória).**

**Prof. Dr. Luc Marcel Adhemar Vandenberghe** (Membro Presidente) | **Assinatura:**

Assinale em caso afirmativo:  O exemplar lido para o exame foi entregue ao discente com as correções necessárias.

Em caso de aprovação, assinale o meio que prefere receber a versão final da Dissertação:

Impresso Encadernação capa dura

Meio Digital (CD/Pendrive)

Meio Digital por e-mail

Observações adicionais (Opcional):


**Profa. Dra. Patrícia Carvalho de Oliveira** (Membro Convidado Externo) | **Assinatura:**

Assinale em caso afirmativo:  O exemplar lido para o exame foi entregue ao discente com as correções necessárias.

Em caso de aprovação, assinale o meio que prefere receber a versão final da Dissertação:

Impresso Encadernação capa dura

Meio Digital (CD/Pendrive)

Meio Digital por e-mail

Observações adicionais (Opcional):


**Profa. Dra. Maysa Ferreira Martins Ribeiro** (Membro Convidado) | **Assinatura:**

Assinale em caso afirmativo:  O exemplar lido para o exame foi entregue ao discente com as correções necessárias.

Em caso de aprovação, assinale o meio que prefere receber a versão final da Dissertação:

Impresso Encadernação capa dura

Meio Digital (CD/Pendrive)

Meio Digital por e-mail

Observações adicionais (Opcional):


**Profa. Dra. Kátia Barbosa Macêdo** (Membro Suplente) | **Assinatura:** \_\_\_\_\_

Assinale em caso afirmativo:  O exemplar lido para o exame foi entregue ao discente com as correções necessárias.

Em caso de aprovação, assinale o meio que prefere receber a versão final da Dissertação:

Impresso Encadernação capa dura

Meio Digital (CD/Pendrive)

Meio Digital por e-mail

Observações adicionais (Opcional):


**Ciente do(a) discente:**

**LOWYNNE ISABELLE CARDOSO SOUZA**

Discente Candidato(a)

2021.1.2055.0012-6

Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia  
Pontifícia Universidade Católica de Goiás

**Para uso da Coordenação/Secretaria do PSSP:**

Visto Secretaria:  
DFM nº: 21/2022

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS

Secretaria do Programa de  
Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia

Goiânia, 19 / 12 / 2022

## Resumo

A disseminação infectocontagiosa de um novo coronavírus (COVID 19) confrontou a área de saúde com as suas limitações e deficiências. A obrigou a responder de forma massiva. Além da lotação de hospitais já existentes, incontáveis hospitais foram criados rapidamente buscando amparar os pacientes que necessitavam de atendimentos especializados. Logo, a situação começou a ameaçar os profissionais da área num nível pessoal: aumento na carga horária, o medo da contaminação e de contaminar sua própria família. O objetivo desta pesquisa foi descrever o impacto nos profissionais de saúde devido ao trabalho com pacientes em isolamento por COVID 19. Participaram desta pesquisa 9 profissionais de saúde, incluindo: Psicologia (2), Medicina (3), Enfermagem (3) e Técnico em Enfermagem (1), com entrevistas semiestruturadas, online. Esses dados foram comparados com extratos da vivência da autora que também trabalhou na linha de frente. Para chegar aos resultados, utilizou-se a metodologia *Grounded Theory Analysis*, para construir um modelo que representasse a perspectiva das pessoas que experienciaram o fenômeno estudado e a autoetnografia para integrar a experiência da autora. A configuração da área da saúde na qual a pandemia chegou era caracterizada, por um lado, pela luta dos profissionais para produzir os cuidados necessários para os pacientes e, por outro lado, a falta de recursos, de treinamento e de garantias trabalhistas. Gatilhos disparadores para o sofrimento incluíram enfrentar o desconhecido, sentir a dor dos pacientes e da família, a sobrecarga e a falta de reconhecimento. A vivência dos profissionais foi caracterizada pela vivência da catástrofe plena, sentimento de insignificância, revolta e abalo. Os profissionais enfrentaram esse cenário manejando as emoções, mobilizando valores, quebrando regras e usando seus sentimentos. A isso se juntou a vivência do companheirismo na equipe como fator de proteção. As repercussões foram em muitos momentos a desmotivação, mas também o crescimento profissional e pessoal e algumas mudanças institucionais para melhor. Apesar de fatalidades e dificuldades que a COVID-19 proporcionou, as repercussões do trabalho na linha de frente também demonstraram que os profissionais estiveram tomados por sentimentos positivos, como a habilidade de empatizar com os medos dos pacientes e admirar a luta que eles estavam enfrentando.

**Palavras-chave:** COVID-19, profissional de saúde, impacto, sofrimento emocional, sobrecarga de trabalho, pandemia.

## Abstract

The infectious spread of a new coronavirus (COVID-19) confronted the health area with its limitations and deficiencies. Forced her to respond massively. In addition to the overcrowding of existing hospitals, countless hospitals were quickly created seeking to support patients who needed specialized care. Soon, the situation began to threaten the health professionals in the field on a personal level: increased workload, fear of their and of their own family contamination. The objective of this research was to describe the impact on health professionals working with patients in isolation due to COVID-19. Nine health professionals participated in this research, including Psychology (2), Medicine (3), Nursing (3), and Technician in Nursing (1), with virtual semi-structured interviews. These data were compared with extracts from the author's experience, who also worked on the front line. To arrive at the results, the Grounded Theory Analysis methodology was used to build a model that represented the perspective of people who experienced the studied phenomenon, and autoethnography to integrate the author's experience. The configuration of the health area in which the pandemic arrived was characterized by the struggle of professionals, to produce the necessary care for patients and, on the other hand, the lack of resources, training, and labor guarantees. Triggers for suffering included facing the unknown, feeling the pain of patients and family, overload, and lack of recognition. The professionals' perception was characterized by the experience of full catastrophe, feelings of insignificance, revolt, and shock. Professionals faced this scenario by managing emotions, mobilizing values, breaking rules, and using their feelings. Added to this was the experience of companionship in the team as a protective factor. The repercussions were, in many moments, demotivation, but also professional and personal growth and some institutional changes for the better. Despite the fatalities and difficulties caused by COVID-19, the repercussions of working on the front lines also showed that professionals were filled with positive feelings, such as the ability to empathize with patients' fears and admire the struggle they were facing.

**Keywords:** COVID-19, health professional, impact, emotional distress, work overload, pandemic

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1. CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	20
TABELA 2. ROTEIRO SEMIESTRUTURADO UTILIZADO NA COLETA DE DADOS.....	23
TABELA 3. OS PRINCIPAIS PASSOS NA ANÁLISE DOS DADOS.....	29
TABELA 4. EXEMPLO DE ANÁLISE ORIENTADA PELA GROUNDED THEORY ANALYSIS – CODIFICAÇÃO ABERTA.....	30
TABELA 5. EXEMPLO DE ANÁLISE ORIENTADA PELA GROUNDED THEORY ANALYSIS – CATEGORIA.....	32
TABELA 6. UM MODELO ANALÍTICO DO IMPACTO DA PANDEMIA SOBRE OS PROFISSIONAIS DA LINHA DE FRENTE.....	34
TABELA 7. FRAGMENTOS DO DIÁRIO DA PESQUISADORA A RESPEITO DO CONTEXTO.....	37
TABELA 8. FRAGMENTOS DO DIÁRIO DA PESQUISADORA A RESPEITO DOS GATILHOS.....	41
TABELA 9. FRAGMENTOS DO DIÁRIO DA PESQUISADORA A RESPEITO DA DESESTABILIZAÇÃO EMOCIONAL.....	51
TABELA 10. FRAGMENTOS DO DIÁRIO DA PESQUISADORA A RESPEITO DA VIVÊNCIA.....	57
TABELA 11. FRAGMENTOS DO DIÁRIO DA PESQUISADORA A RESPEITO DAS REPERCUSSÕES .....	64

## SUMÁRIO

1	Introdução	1
2	Objetivos	14
2.1	Objetivo Geral	14
2.2	Objetivos Específicos	14
3	Método	14
	<i>Grounded theory</i>	14
	<i>Autoetnografia</i>	16
	Por que mesclá-los	18
	Participantes	19
	Materiais	23
	Procedimentos	24
	<i>Coleta de Dados</i>	26
	Grounded Theory	26
	Autoetnografia	27
	<i>Análise dos Dados</i>	28
	Grounded Theory	28
	Autoetnografia	33
4	Resultados	34
	Contexto	35
	A luta para produzir cuidados humanizados	36
	A falta	36
	Fenômeno - Gatilhos	38
	O desconhecido	38

Os pacientes e suas famílias	39
Sobrecarga	41
Falta de reconhecimento profissional	41
Vivência	42
A catástrofe plena	42
Insignificância	49
Revolta	49
Abalo da saúde	51
Enfrentamento	52
Manejar a emoção	52
Mobilizando valores para gerenciar o sofrimento	53
Quebrar regras	54
Usar seus sentimentos para melhor cuidar	54
A equipe como fator de proteção	56
Repercussões	59
Desmotivação	59
Crescimento profissional em resiliência, humanidade e competência	60
Mudanças institucionais	64
5 Discussão	65
Grounded Theory	65
Autoetnografia	78
6 Considerações Finais	80
Referências	81

## 1 Introdução

A presente dissertação é uma investigação em um contexto de crise. Deve-se, então, antes de mais nada, definir o que é uma crise. Uma crise pode ser uma mudança brusca negativa que impacta significativamente a vida das pessoas, período agudo de uma doença, manifestação violenta, repentina e breve de algum processo, conjuntura socioeconômica problemática, desequilíbrio entre forças responsáveis pelos governos, exacerbação de preços, excesso de desemprego ou falências (Dicio, 2009). Considerando as raízes dos significados da palavra ‘crise’, pode-se ter em conta que a pandemia por COVID-19 acentuou cada um destes significados. Um único vírus, inúmeras consequências. É perceptível que o coronavírus não decretou apenas a crise sanitária, mas um completo caos em quase todos os setores, econômicos e sociais, de todas as sociedades do globo.

O coronavírus, vírus da família *Coronaviridae*, já era conhecido por epidemias que outrora aconteceram. Contudo, as outras epidemias não tiveram a gravidade que o SARS-CoV-2, agente causador da síndrome respiratória aguda grave (Pereira, et. al., 2021), alcançou. Ainda que pertençam à mesma família e apresentem sintomas parecidos, a COVID-19 é uma doença na qual diversas características são diferentes de outras doenças que também acometem o sistema respiratório. Os sintomas provenientes da COVID-19 são, por vezes, persistentes e afetam consideravelmente a qualidade de vida das pessoas (Souza, 2021). O vírus é altamente transmissível, permitindo sua rápida expansão, cruzando fronteiras e povos, causando quadros de infecções gravíssimas, resultando, muitas vezes, em mortes. Na China, por exemplo, nos primeiros 30 dias de contágio foram confirmados 11.821 casos, resultando em 259 óbitos (Nogueira, et. al., 2021).

A morte, tradicionalmente, assunto silenciado, ganhou um destaque enorme nestes tempos pandêmicos. Diariamente, a execução do trabalho dos profissionais de saúde esteve permeada por inúmeros óbitos, como noticiado. Estimando-se do dia 01 de janeiro de 2020 e 31 de dezembro de 2021, contabilizam-se aproximadamente 14,9 milhões de pessoas com mortes associadas direta ou indiretamente à COVID-19 (OMS, 2022). O Brasil foi um dos países com maior elevada mortalidade durante a pandemia. Índice que em maio de 2021 já havia chegado em 83%. (CONASS, 2021).

Ainda que a melhor maneira de prevenir e retardar a transmissão do coronavírus seja obter as informações adequadas sobre o mesmo (WHO, 2020), diversas medidas tiveram que ser tomadas para amenizar a transmissão do vírus e/ou amenizar o sofrimento das populações infectadas. Uma das providências estabelecidas, foi a implementação do *lockdown*. Estudos comprovaram (Houvèssou, et. al, 2020) que este método foi consideravelmente importante e eficaz para diminuir a incidência diária de COVID-19, porém, o Brasil, que em nenhum momento implementou de forma eficaz esta medida, não apresentou uma diminuição considerável. Tal realidade resultou em uma morosidade excessiva em diminuir a incidência de novos casos, que redundou em uma catástrofe descomunal e lamentável.

A pandemia e as medidas sanitárias que a acompanharam tiveram impactos na saúde mental da comunidade como um todo. Estudos como o de Reis et al. (2022); Ryerson (2022), encontraram na população em geral, mudanças comportamentais e de humor expressivas no contexto da pandemia. Pessoas relataram maior uso de álcool, preocupações excessivas com sua saúde, medo, irritabilidade, ansiedade e tristeza. Esses relatos foram confirmados pelos resultados de instrumentos clínicos que evidenciaram sintomas de ansiedade e estresse pós-traumático, e principalmente de depressão, em uma grande parcela da população investigada.

Um fenômeno chamado de ‘precariedade’ se torna relevante nesse contexto. Consiste na iminência da insegurança, perdas, incertezas, rupturas e ansiedade, em conjunto, chamados

de precariedade. Blustein et. al. (2022) mostraram como a interrupção da profissão por causa da pandemia eleva a precariedade na vida das pessoas de diversas maneiras, não somente na vida profissional. As mudanças de relacionamentos interpessoais devidos à interrupção do trabalho, podem ser tanto uma fonte de estresse adicional, quanto uma fonte de resiliência e de resistência. Como apontadas na pesquisa destes autores, resiliência consiste em transformação pessoal que permite superar impactos traumáticos; e resistência consiste em ações que tenham potencial de transformar as circunstâncias ameaçadoras, incluindo reações pessoais contra pessoas em posição de autoridade. A pandemia levou a um aumento do isolamento social (limitando estratégias de coping típicos), mas também, gerando maior busca de apoio emocional (levando para socialização mais aprofundada). A pesquisa indicou que ter a possibilidade de fazer conexões interpessoais repletas de sentido com outras pessoas, faz muita diferença. Além disso, passar pela experiência de precariedade intensificada pode expandir a consciência crítica das implicações das classes sociais, desigualdade e das responsabilidades das instituições governamentais e sua capacidade de resistir a condições opressivas.

Considerando os efeitos disruptivos e os novos fardos acrescidos pela pandemia, Inchausti et. al. (2020) apontam que três grupos de pessoas, severamente afetadas, poderiam se beneficiar de ajuda psicológica relacionada à COVID-19: (1) Profissionais de saúde que trabalharam/trabalham na linha de frente; (2) Pessoas que experimentaram a manifestação de novos problemas psicológicos relacionados ao COVID-19, ou que perderam entes queridos por conta da doença, ou como resultados dos efeitos do distanciamento social prolongado; e, ainda, (3) pessoas que tinham problemas de saúde mental pré-existentes antes do surgimento da pandemia, ou cuja experiência de distanciamento social intensifica as vulnerabilidades já existentes. Os profissionais de saúde podem ser ajudados com um treinamento para identificar e gerenciar reações emocionais (a ansiedade, o medo do contágio, os episódios de estresse agudo) e promover o autocuidado - reduzindo o esgotamento. Para o segundo público, grupos

de apoio mútuo durante o tratamento da COVID-19 ou quarentena podem ser desenvolvidos. Para o terceiro público precisa-se combater a patologização das reações emocionais normais destes indivíduos que perderam alguém querido, além de buscar profissionais que poderiam auxiliá-los com intervenções benéficas para este momento.

O grupo que está no foco do presente estudo é atingido pela pandemia de diversas maneiras. A realocação em novas unidades hospitalares, procedimentos desconhecidos, carga de trabalho aumentada, conflitos entre colegas de trabalho, adoecimento/morte de familiares, etc. teve um enorme impacto sobre os profissionais de saúde. As condições estressantes do novo modelo de trabalho impactou estes trabalhadores de várias maneiras. No entanto, o medo de ser infectado pela COVID-19 tem desempenhado ainda o papel mais relevante nos altos níveis de estresse percebidos no trabalho, além do isolamento social, a incerteza e a relutância em ir para o trabalho, também serem fatores considerados especialmente como estressores (Lasalvia, et. al., 2020). Considerando a letalidade da COVID-19 e as altas demandas hospitalares por conta da infecção, previa-se que os profissionais de saúde seriam profundamente afetados, justamente por serem responsáveis pelos cuidados, prevenção das infecções e preocupação com a vida do outro. O contato direto com o paciente, as responsabilidades da profissão, culminaram no enfrentamento de um risco sem precedentes de exposição a um vírus, durante o trabalho (Damluji, 2021).

Muitos profissionais de saúde enfrentaram seus medos e fizeram sacrifícios épicos: mudaram-se de casa (deixando toda a sua família, para evitar contaminá-los com um vírus potencialmente letal), trabalharam durante incontáveis horas sem descanso. Enquanto isso, foram acometidos pela doença, ao produzir os cuidados para os pacientes – carregando o peso cravado na consciência por contaminarem outras pessoas antes de detectarem que estavam doentes. Tiveram que lidar com a enorme dor de perder pacientes queridos, familiares, e infelizmente, não foram poucos que perderam sua própria vida ao cuidar de vidas que eram

importantes para outras pessoas (Azevedo, 2022). O COREN (2022) apontou que entre março de 2020 e dezembro de 2021, lamentavelmente, morreram no Brasil mais de 4.500 profissionais da saúde pública e privada. Oito a cada dez entre os que morreram salvando vidas na pandemia eram mulheres.

Anterior à pandemia por COVID-19, Maunder et. al. (2004) haviam averiguado sobre profissionais de saúde que ofereciam cuidados aos pacientes com síndromes respiratórias graves, em Toronto. Os achados desta pesquisa mostraram que os enfermeiros eram os profissionais mais afetados neste contato, e isto se devia a três fatores principais: o medo de ser contaminado e prejudicar sua saúde, necessitar de isolamento social (caso fosse acometido pela doença) e estresse no trabalho. Logo, enfrentando uma contaminação global de uma doença cuja sua principal característica é a síndrome respiratória grave, estes fatores correm um risco altíssimo de terem sido consideravelmente ampliados, na classe da Enfermagem.

Além disso, a pandemia intensificou a precariedade do trabalho na saúde, abalando os sistemas de valores dos profissionais, obrigando-os a lidar com a superlotação dos locais de internação, com falta de materiais essenciais, aparelhos indispensáveis na manutenção da vida das pessoas. As escolhas difíceis que estes profissionais precisaram fazer, os levaram a consequências psicológicas prejudiciais, por violarem os seus valores pessoais sagrados e profundamente arraigados. A pandemia envolveu muitas situações nas quais os profissionais tiveram que atuar com faltas de equipamentos ou sem condições de providenciarem os cuidados de com qualidade mínima aceitável. No nível individual, os profissionais eram obrigados a tomar decisões rápidas em que precisaram escolher entre as consequências imediatas das ações de um lado e valores tidos como sagrados por outro lado. No nível da equipe, as opções forçadas de um membro poderiam repercutir nos outros. A transgressão de intuições éticas dos médicos, por exemplo, pode ferir a moral de toda a equipe. Feridas morais são uma categoria de trauma que envolve participar em atos que transgridem a própria ética. Tais traumas podem

ter impactos emocionais, sociais e comportamentais permanentes. Podem levar a sintomas como isolamento social, alienação, uso de substâncias, ideação suicida e incapacitação ocupacional ou social. (Shortland, et. al., 2020).

A pandemia encadeou bruscas mudanças nas condições de trabalho, como a redução da equipe disponível para tarefas de rotina e cuidados diários, a abolição de realizações e conquistas, como o direito da parturiente de escolher um acompanhante ou de manter o recém-nascido por perto, restrições à amamentação, etc. Também teve o prejuízo causado ao contato pessoal durante os cuidados, devido ao equipamento de proteção. Tais condições eram ressentidas como aspectos morais importantes do trabalho na saúde e sofreram por decisões impostas devido à pandemia. O surto pandêmico, colocou as equipes de saúde na obrigação, muitas vezes, de irem contra seus próprios valores morais, assim não podendo ser o tipo de profissional que antes estavam acostumados a ser. Tiveram que agir contra as recomendações profissionais normais, engajar-se em práticas que violam o correto a ser feito, e até ao nível mais profundo, ir contra a ética profissional. Os profissionais chegaram a se enxergar como os instrumentos de tratamentos desumanos e cúmplices ativos em atos cruéis. Essa sensação de falha moral ocorreu num contexto de pressão e sobrecarga intensa além da vivência ambígua de sentir o alívio de estar protegido contra a infecção, exatamente pelas medidas que eram ressentidas como antiéticas (Horsch et al., 2020).

Mediavilla, et. al. (2022); Sanderson, et. al. (2020), descobriram que já no primeiro ano de pandemia, o estado geral de saúde mental dos profissionais de saúde estava substancialmente prejudicado pelos efeitos da pandemia, sendo que os sintomas de sofrimento psicológico e depressão persistiram ou pioraram ao longo do tempo, principalmente nas profissionais do sexo feminino, nos que relataram acesso inadequado aos EPI's (Equipamento de Proteção Individual), e também, nos trabalhadores de saúde que relataram ter medo de se infectarem ou de transmitir a doença para entes queridos. Estes estudiosos ainda afirmam, que

evidências crescentes sugerem taxas mais altas de resultados agravantes nos profissionais de saúde que estiveram trabalhando nas regiões com maior incidência de casos de COVID-19.

Wang et. al. (2022) realizaram um estudo sobre a lesão moral, o esgotamento e o nível de estresse dos profissionais de saúde na China que atuaram na linha de frente. Investigaram a vivência de que a capacidade de prestar cuidados mínimos está sendo comprometida pelos sistemas organizacionais (falta de materiais, seguros, investimentos, etc.). Os autores descobriram que a lesão moral aumentava os riscos de sintomas de depressão e ansiedade, o esgotamento físico e mental, sofrimento emocional e abalo do bem-estar subjetivo. Os profissionais que cuidam diretamente dos pacientes com COVID-19 foram os mais afetados. Os menos experientes, os solteiros, os praticantes de religiões orientais, os com qualificação menor e os que presenciaram violência no trabalho, sofreram mais. Nota-se que a lesão moral pode afetar, não somente a saúde dos profissionais, mas também a segurança dos pacientes sob os cuidados desses profissionais.

French et. al. (2022) avaliam a relação entre lesão moral em profissionais da saúde no Reino Unido e a traição 'do que é o certo' por uma organização em que tinham confiança. Os profissionais sentiram-se traídos, por entender que o sistema era responsável por fornecer os meios de cuidar e de executar procedimentos básicos em prol da melhora do paciente. A falha do serviço nacional de saúde em atender a essa expectativa envolveu uma ruptura no relacionamento. Emergiram três categorias na pesquisa destes autores, sendo estas: o abandono como uma forma de traição; desonestidade e impossibilidade de exigir prestação de contas dos responsáveis; e, ruptura do vínculo afetivo com a gestão. A consequência deste impacto ficou na difícil reparação da quebra de confiança, desmotivação profissional ou a falta de motivação para a equipe. O burnout, nos discursos dos participantes, teve um componente moral marcante. A falha, por parte das organizações, de engajar-se na reparação do vínculo com o profissional depois de lesão moral baseada em traição, pode acarretar perda duradoura de confiança. Além

de ajuda psicológica para superar o trauma, as lideranças devem oferecer recursos para a reparação moral depois do ocorrido.

No intuito de verificar o desenvolvimento de Síndrome de Burnout (SB) nos profissionais de enfermagem, Borges et al. (2021) SOBRECARGA realizaram uma pesquisa a respeito do tema e alcançaram desfechos importantes sobre a saúde psicológica destes profissionais. Aqui, foram selecionados quatro achados diretamente relacionados com o trabalho na linha de frente contra a COVID-19, escolhidos por terem sido os resultados mais significativos:

- a. A preocupação dos profissionais relaciona-se a como deve ser realizado o atendimento aos pacientes infectados, medo de contrair o vírus, preocupação de contágio dos seus familiares e a possibilidade do colapso no sistema de saúde nacional.
- b. Carga de trabalho excessiva, isolamento, discriminação, exaustão física, medo, distúrbios emocionais e insônia são frequentemente relatados pelos profissionais. O estudo aponta que durante a pandemia 50,7% dos participantes relataram sintomas depressivos, 44,7% de ansiedade e 36,1% distúrbio do sono.
- c. Entre os fatores relacionados ao impacto da saúde mental devido à pandemia do COVID-19, são citados pelos profissionais: Medo de contrair a doença e de transmiti-la à família, sofrimento por estarem isolados da família, estresse, desvalorização, e preocupação com o tempo de duração da pandemia.

- d. A prestação de serviços durante a pandemia é considerada um fator de risco para piores resultados à saúde mental dos profissionais de saúde. 70% dos entrevistados nesse estudo relataram sofrimento psicológico.

Ainda que as pesquisas mostram prejuízos exacerbados para estes trabalhadores, a pandemia e seus efeitos não foram suficientes para impedi-los de continuar. Jornadas de trabalho excessivas e cargas horárias exaustivas diminuem potencialmente o bem-estar dos profissionais de saúde que, mesmo assim, se sentem eficientes trabalhando na área da saúde. O que significa que estes trabalhadores não consideram o trabalho unicamente árduo, mas também o consideram como um local que lhes proporciona oportunidade de vivenciar seus valores (Santos e Vandenberghe, 2013).

Considerando a importância do trabalho destas pessoas e, principalmente, na urgência do cuidado à saúde delas, Benhamou e Piedra (2020) propõem a divulgação e o uso mais sistemáticos de algumas técnicas para proteger a saúde psicológica destes trabalhadores essenciais. Precisa ir além dos princípios dos primeiros socorros e considerar que eles enfrentam fatores de risco duradouros e persistentes no dia-a-dia do trabalho. Para auxiliar os profissionais a lidarem com a sobrecarga intensa contínua e o medo justificado, outras intervenções são necessárias. Primeiro, precisa ajudar os profissionais a observarem as suas necessidades básicas, estando abertos à mudanças de hábitos de saúde e sono. Segundo, precisam de escuta com validação e esta deve ser diferente da normalização do sofrimento, sendo necessário que a pessoa se sinta verdadeiramente compreendida, tendo em vista que suas experiências são trágicas e suas interpretações catastróficas a respeito delas não precisam ser corrigidas. Terceiro, deve-se esclarecer e explorar os valores de carreira e de relacionamentos que estão sob ataque e que devem guiar o profissional nas suas escolhas imediatas. Precisa-se trabalhar a eficácia interpessoal, para que os profissionais possam obter o apoio que precisam

das pessoas ao seu redor. A autorregulação dos sentimentos, a percepção e manejo de padrões desadaptativos em seus comportamentos e pensamentos podem ser descritos em um diário. Adiciona-se então, estratégias de ativação comportamental e de enfrentamento, incluindo manejo de estresse, tolerância ao sofrimento e aceitação, redução da ingestão de informações provenientes das mídias, contato com os valores pessoais para que o senso de propósito seja renovado e a mudança de comportamento esteja facilitada.

Pessoas que passam por um trauma, muitas vezes crescem com aquilo. Em um estudo com profissionais de saúde durante a pandemia, Kalaitzaki et. al. (2022) encontraram níveis moderados de estresse traumático secundário e crescimento pessoal pós-traumático vicário. O uso de estratégias de coping, mediaram a relação entre o estresse traumático secundário e o crescimento pós-traumático vicário. Metodologias adaptativas demonstraram uma diminuição do estresse traumático secundário, em contrapartida, aumentou o crescimento pós-traumático vicário. Os autores, no entanto, mostraram que a aplicação de um método inapropriado, por mediadores negativos, nesta relação, resultou em um estresse traumático secundário mais alto e minimizou o crescimento pós-traumático vicário. Ou seja: a melhor maneira de reduzir o estresse traumático secundário, e aumentar o crescimento pós-traumático vicariante, é aplicar adequadamente as estratégias de coping.

O crescimento refere-se, principalmente, em uma sensação de poder pessoal aumentado e de maior apreciação da vida. Flashbacks com imagens dolorosas e outras intrusões mentais, também foram preditores de crescimento pós-traumático vicário. Presume-se que pensamentos e imagens intrusivas podem ser respostas naturais a um evento estressante que, apesar de desagradável, pode contribuir para um grau de crescimento pós-traumático. É possível que o ‘pensar intrusivo’ faça parte do mecanismo natural de reexaminar o sentido de um evento ameaçador (Kalaitzaki, et. al., 2022).

Um estudo com psicólogos atendendo online durante a pandemia, mostrou que um alto nível de empatia deixa o profissional vulnerável ao estresse pós-traumático secundário devido à exposição intensa ao sofrimento da pessoa atendida. Por outro lado, essa vulnerabilidade devido a empatia, também abre caminho para crescimento pós-traumático. Foram usadas várias escalas psicológicas. Quanto mais alta a empatia, mais alta a vulnerabilidade. Quanto mais alto era o engajamento do participante psicólogo com a busca de sentido (como dimensão de personalidade), mais alto ficou a relação entre o grau de empatia e o crescimento pós-traumático. Estes resultados sugerem que, quando os profissionais se engajam com empatia na experiência traumática dos clientes, a experiência emocional negativa vicariante que eles experimentam no processo, pode ser um caminho para crescimento do profissional. A medida em que o profissional é inclinado a buscar sentido na vida, é um mediador importante neste processo de crescimento (Lizu, et al. 2021).

Ao discutir sobre importância do trabalho do psicólogo assistencial no hospital, entende-se que suas atribuições estão para além do amparo aos enfermos e suas enfermidades: pauta-se em serem pontes entre as angústias dos pacientes e de seus familiares, informando estes sentimentos à equipe responsável, exercendo o papel de mediador. Por ser um trabalho intensivo e por vezes, gerador de sofrimento para o profissional de psicologia, este deve colocar em primeiro lugar a sua própria saúde, para então, estar em condições de exercer bem o seu trabalho (Pinheiro & Oliveira, 2022).

Os mesmos autores ainda citam, que este profissional da psicologia tem grandes responsabilidades dentro das unidades hospitalares. Na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), por exemplo, seu trabalho contempla os cuidados com o paciente desde a admissão, até a alta hospitalar. Além do trabalho com o contato direto ao enfermo, estes profissionais também estão presentes nas reuniões multiprofissionais e no acompanhamento familiar. A prática do trabalho deste profissional, é guiada pela flexibilidade, humanização, empatia, e acolhimento, por se

tratar de um exercício profissional diretamente focado na importante tríade: paciente-família e equipe.

Faz-se importante ressaltar, que neste contexto, a face feminina molda o trabalho na área da saúde. O trabalho feminino, historicamente, sempre sofreu muito estigma na sociedade. Ao longo da história da humanidade, diversas convenções de gênero foram se afirmando e se enraizando entre as normas consuetudinárias sociais. Muitas delas, no entanto, não refletem a realidade física, principalmente quando trazidas para a contemporaneidade. Mesmo eminentes cientistas compartilham opiniões problemáticas e inverídicas, que refletem o seu tempo. Charles Darwin, no livro “The descent of man, a selection in relation to sex” (1871), afirma que o homem tem uma maior capacidade de atingir, em qualquer encargo, maior eminência que a mulher. O autor deixou de observar o contexto sócio cultural da época que explicava essa observação.

A grande maioria destas convenções sociais que diferenciam os trabalhos femininos e masculinos, não passam de atribuições retrógradas e disfuncionais. Reflexos de um passado que não se sustenta nos dias modernos, muito embora insista em se manter no imaginário popular.

Quando convergimos para a área da saúde, nos deparamos com uma enorme importância do trabalho feminino, desde um passado muito remoto. No século XIX, as mulheres desempenharam importantes ofícios na área da saúde, ainda que o enfoque maior na assistência ou até mesmo, considerados menos valorizados, como enfermeiras ou parteiras (Wermelinger, et al., 2010). Somente no fim do século XIX, as mulheres começaram a desempenhar mais funções de nível superior, tendo acesso a cursos e graduações maiores e, gradativamente, ocupando cargos mais valorizados. No entanto, até os dias atuais, ainda existe uma enorme segregação entre a força de trabalho masculina e feminina, que reflete nas

diferenças salariais para os mesmos cargos, menor reconhecimento, tratamentos diferentes e até mesmo abusos por parte de superiores, em razão do gênero (Chaudhuri, 2007).

Esta situação se torna ainda mais evidente nos dias atuais, principalmente quando analisamos os impactos da COVID-19, nos profissionais da saúde. No Brasil, por exemplo, os cargos de médicos ainda são majoritariamente ocupados por homens, as mulheres correspondem a maior parte da força de trabalho da área da saúde, segundo dados do IBGE, coletados em 2011, entre os farmacêuticos, 70,97% são mulheres, assim como 83,99% dos enfermeiros e 93,91% dos enfermeiros obstetras. No caso dos odontologistas e médicos, as mulheres representam 44,65% e 46,36%, respectivamente (Carrillo-García et. al., 2013). Isso reflete diretamente no impacto psicológico que as profissionais de saúde sofreram durante essa crise sanitária.

Não bastasse serem a maioria, logo o grupo mais afetado pelos efeitos psicológicos, somado aos dilemas sociais impostos ao gênero e ao tratamento desigual empregado, levam às mulheres o encargo de suportar um peso moral e psicológico ainda mais pesado que aos homens. Segundo Guo Li et. al. (2020), as profissionais de saúde em Wuhan, também maioria da força de trabalho nos hospitais, durante o ápice dos casos de COVID-19, eram mais propensas a doenças mentais em razão dos papéis sociais da mulher na China e dificuldade de balancear a família e o trabalho.

Assim, muito embora menos valorizadas, as mulheres exercem as mais importantes funções na área da saúde, se colocando na principal frente de batalha contra a COVID-19. Foram, e ainda são fundamentais na crise sanitária vivenciada no Brasil e no mundo. Entretanto, os dados acima demonstram que elas são as mais afetadas pelos impactos que esta crise gerou aos profissionais da saúde. E até mesmo, o maior índice de mortes de profissionais de saúde, durante essa época, são do sexo feminino (COREN, 2022).

Com o presente trabalho, a autora entende ir além das estatísticas e das polêmicas, para acessar o fenômeno do ponto de vista das pessoas que vivenciaram na pele. Por isso, tornou-se para os profissionais que trabalham na linha de frente, grupo este, em qual ela como Psicóloga Hospitalar também se encaixava. A questão de pesquisa pode ser formulada nos seguintes termos: Qual foi o impacto sofrido pelos profissionais de saúde que trabalharam na linha de frente contra a COVID-19?

## **2 Objetivos**

### **2.1 Objetivo Geral**

O objetivo principal desta pesquisa foi descrever o impacto nos profissionais de saúde do trabalho com pacientes em isolamento por COVID-19.

### **2.2. Objetivos Específicos**

- Explorar quais foram os impactos sofridos pelos profissionais de saúde;
- Analisar quais estratégias estes trabalhadores adotaram para enfrentar as dificuldades encontradas neste trabalho;
- Verificar quais foram os desafios encontrados pelos profissionais de saúde em tempos de pandemia.

## **3 Método**

### *Grounded theory*

Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, de cunho qualitativo. A *grounded theory* baseia-se na ideia de que o comportamento só pode ser compreendido tendo como referência o contexto social e interpessoal no qual ocorre e as interpretações que são atribuídas a esse comportamento por dentro do grupo e da cultura do qual fazem parte. O foco particular

está no que esse comportamento significa para a pessoa que o emite. Por esse motivo, os métodos de coleta de dados são geralmente a observação participante, a imersão no cenário estudado ou a realização de entrevistas (Levitt, 2021). Na presente pesquisa, entrevistas profundas com profissionais que testemunham da sua própria experiência foram utilizadas para fornecer os dados brutos desse trabalho.

A *grounded theory* propõe o uso das próprias sensibilidades dos pesquisadores como ferramenta de coleta e análise dos dados. Os pesquisadores usam convicções, experiências e lutas pessoais para direcionar a sua atenção para elementos potencialmente importantes. Fazem isso de maneira consciente e cautelosa, a fim de evitar que suas decisões durante a coleta dos dados ou a própria análise dos dados seja enviesada pelas suas sensibilidades ou limitada pelas suas opiniões já adquiridas (Charmaz, 2006).

Charmaz e Mitchell (1996) consideram que “ter um olhar aguçado, a mente aberta, o ouvido apurado e a mão confiante podem aproximá-lo do que você estuda e são aspectos mais importantes que o desenvolvimento de ferramentas metodológicas” (p.31). Isto também refere-se ao olhar através do conjunto de técnicas pré-estabelecidas e ir além do que já foi criado.

Vale ressaltar que ao utilizar este método de pesquisa, as categorias são produtos da análise dos dados, ou seja, elaboradas posteriormente à coleta de dados, não sendo definidas previamente. Primeiro, são identificadas unidades de sentido nas transcrições das entrevistas e para estas, a pesquisadora desenvolve rótulos que são chamados de códigos analíticos. Estes códigos são criados no momento da interpretação dos dados, pela pesquisadora, baseado nos conteúdos das unidades de sentido. São chamados de analíticos porque emergem da análise, e não são retirados de algum sistema de codificação existente. Os códigos são agrupados em famílias e cada um destes grupos recebe um nome original, criado pela pesquisadora baseado no que estes códigos têm em comum. Isso permite o agrupamento dos conteúdos semelhantes,

afirmando que as experiências vivenciadas pelos participantes puderam ser parecidas e apoiadas nos mesmos desafios (Charmaz, 2009).

### *Autoetnografia*

Os elementos de autoetnografia incluídos nesta dissertação, envolvem um encontro entre reflexão pessoal e pesquisa acadêmica. No caso, trata-se do conhecimento derivado da experiência da autora como psicóloga em um hospital durante a pandemia, ou seja, a autora passou por uma instituição de saúde e possui um entendimento de como estas organizações são sistematizadas e como isto impacta sobre os pacientes e os profissionais. Envolve a compreensão que emerge de ter que enfrentar sua própria vulnerabilidade no contexto dos processos que são o grande alvo da presente pesquisa. Nesse exercício, as experiências pessoais da autora são recuperadas como fonte de dados e ferramentas de interpretação para uma pesquisa acadêmica.

A autoetnografia é um método de investigação qualitativa em que a autora e o seu ambiente pessoal são o objeto de pesquisa etnográfico. Ao mesmo tempo é uma autobiografia, onde a autora descreve de forma focada como vivenciou ou vivencia certo fenômeno. Envolve o uso da própria subjetividade, porém com plena consciência do seu contexto cultural mais amplo. Por ser uma investigação de uma condição social ou fenômeno que é importante ou problemático para um certo grupo na sociedade e ao mesmo tempo expõe as sensibilidades e valores e da pesquisadora a respeito do que está sendo pesquisado, constitui tanto uma dimensão científica quanto um posicionamento ético ou político (Ellis & cols., 2011).

Como método de pesquisa, a autoetnografia é baseada na autorreflexão ativa, considerando as maneiras em que as experiências da pesquisadora, seus pontos de vista e os

papéis por ela desempenhados impactam a sua compreensão do cenário pesquisado. É um movimento na essência da pesquisa qualitativa que pretende centrar a experiência da pesquisadora como sendo o elemento vital do processo de pesquisa. Sua técnica consiste na observação reflexiva da interação da pesquisadora com outros, para esclarecer como o grupo ao qual ela pertence percebe e lida com certo fenômeno (Poulos, 2021).

Por vezes, a autoetnografia trabalha com multidisciplinaridade, especialmente em pesquisas que envolvam comportamentos sociais ou estudos sociológicos. Por se tratar de um estudo no campo da psicologia, mas que reflete em comportamentos sociais e antropológicos, estudar a partir do contexto histórico e social da pesquisadora traz uma maior qualidade narrativa e particularidade aos resultados. Ao se aprofundar nas experiências da autora, coexistentemente aos das pessoas estudadas, busca-se um texto mais complexo, uma narrativa expressiva e ainda mais conectada com o cenário social do fenômeno estudado (Poulos, 2021).

Trata-se de uma abordagem, não apenas analítica, mas também reflexiva. Busca-se além de analisar qualitativamente os dados encontrados, refletir sobre a conexão que estes dados possuem com a condição da pesquisadora. Tem princípio em avaliar os dados e os objetos de pesquisa a partir de uma interpretação pessoal, analisando os fenômenos sociais investigados, os fatores vivenciados e o aspecto relacional entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa (Chang, 2008). Este método impõe uma constante conscientização, avaliação e reavaliação, feita pela pesquisadora, da sua própria contribuição/influência/forma da pesquisa intersubjetiva e os resultados consequentes da sua investigação (Santos, 2017).

Destaca-se aqui, que o intuito de trazer este método para a pesquisa, é apresentar mais uma experiência, além das encontradas pelos participantes. Agrega-se à pesquisa, a vivência da autora, enquanto trabalhou na linha de frente contra a COVID-19. Enquanto a autora não é, de fato, uma das participantes na vertente *grounded theory*, suas experiências não foram

incluídas na construção das categorias. Entretanto, a pesquisadora, de fato, experienciou todas as situações, traumas e sentimentos que os profissionais entrevistados viveram e sentiram, mas, para manter a integridade do método, seu diário pessoal foi aproveitado separadamente da análise das entrevistas. Os conteúdos aproveitados do diário, serão apresentados, mais a seguir, em forma de tabelas com fragmentos do diário pessoal, elementos importantes que correspondem aos códigos encontrados a partir da fala dos participantes.

### **Por que mesclá-los**

Pesquisadores que trabalham com autoetnografia, muitas vezes utilizam os mesmos métodos de coleta de dados quanto a *grounded theory*, como, por exemplo, observação participante, entrevistas, grupos focais. O que a autoetnografia acrescenta à *grounded theory*, é o uso mais explícito das experiências pessoais da pesquisadora como fonte de dados, e não só como ferramenta de pesquisa. Também acrescenta um elemento estilístico, que consiste em construir narrativas envolventes que procuram evocar o confronto direto do fenômeno estudado (Poulos, 2021).

Os depoimentos dos participantes que forneceram os dados para a elaboração da *grounded theory* apresentada nos resultados dessa dissertação, envolvem relatos biográficos de profissionais referentes a um momento histórico que foi vivenciado em diferentes espaços, às vezes, geograficamente muito distantes e de diferentes perspectivas e cargos (médica, enfermeira etc.), por vezes muito diferentes da experiência da autora. Concede-se que os participantes da pesquisa e a autora têm informações diferentes a dizer sobre o mesmo cenário que atingiu o universo profissional comum dos profissionais de saúde. Constam elementos que às vezes se complementam, se confirmam entre si ou esclarecem um ao outro.

A escolha para mesclar *grounded theory* e autoetnografia decorre, no plano metodológico, da fusão dos horizontes dos participantes e da pesquisadora, e além disso, da observação que os preceitos da autoetnografia ajudam na elaboração da *grounded theory*. Estes, são instrumentos essenciais para aprofundar a compreensão dos processos envolvidos nessa pesquisa. Num prisma pessoal, a pesquisadora sentiu na pele os assuntos pesquisados. Deixar essa fonte de compreensão de fora da dissertação, iria empobrecer o trabalho.

## **Participantes**

Participaram da parte *grounded theory* da pesquisa 9 profissionais de saúde, incluindo: Psicologia (2), Medicina (3), Enfermagem (3) e Técnico em Enfermagem (1), oito sendo do sexo feminino e um (enfermeiro) do sexo masculino. Alguns participantes foram convidados para participar da pesquisa pelo prévio conhecimento da pesquisadora, pelos trabalhos na área da saúde já realizados por ela. Ao final de cada entrevista com estes participantes, a pesquisadora solicitava que o participante pudesse indicar ao menos dois colegas que conhecia e preenchia os requisitos desta pesquisa, este método de acessar novos participantes é conhecido como bola de neve. Dessa forma, a maioria dos participantes foram contactados através do Whatsapp, e ao aceitarem o convite, a pesquisadora combinava o horário e dia para realizarem a entrevista. Tentou-se, além do mais, divulgações em redes sociais (*Instagram* e em grupos de *Whatsapp*), mas sem sucesso.

A amostragem bola de neve é uma forma de amostragem não probabilística. Ela é usada para pesquisar grupos de difícil acesso, bem como quando não há precisão sobre a quantidade. É utilizada para estudar questões delicadas, de âmbito privado e quando há uma grande

exposição, e que requer o conhecimento pessoal de eventuais partes para reconhecê-los ou localizá-los (Vinuto, 2014).

Os participantes foram representados por letras alfabéticas, da seguinte forma: A (Enfermeira); B (Médica); C (Técnica em Enfermagem); D (Médica); E (Enfermeira); F (Psicóloga); G (Psicóloga); H (Enfermeiro); e I (Médica). Por conta da amostragem por bola de neve, entrevistou-se profissionais de diferentes regiões do Brasil, sendo que os participantes selecionados para esta pesquisa trabalharam em hospitais nas seguintes cidades durante a pandemia: Brasília (1), São Paulo (1), Goiânia (1), Anápolis (4) e Manaus (2).

**Tabela 1**

*Caracterização dos Participantes*

<b>Participante</b>	<b>Sexo</b>	<b>Profissão</b>	<b>Cidade de trabalho durante a pandemia</b>
A	Feminino	Enfermeira	Anápolis
B	Feminino	Médica	São Paulo
C	Feminino	Técnica em Enfermagem	Anápolis
D	Feminino	Médica	Goiânia
E	Feminino	Enfermeira	Anápolis
F	Feminino	Psicóloga	Anápolis
G	Feminino	Psicóloga	Brasília

H	Masculino	Enfermeiro	Manaus
I	Feminino	Médica	Manaus

---

Como critérios de inclusão, buscou-se selecionar profissionais que tivessem cargos assistenciais (trabalho diretamente com o paciente), e que tivessem, prioritariamente, trabalhado com pacientes em isolamento pela COVID-19 na área hospitalar. Como critério de exclusão, profissionais dedicando a maior parte do seu tempo em serviços de *home care* não foram incluídos.

A autora, que é sujeito da parte autoetnográfica da pesquisa, 29 anos, solteira, tem como primeira formação, o curso Técnico em Enfermagem, e como graduação, formou-se em Psicologia no ano de 2018. Sempre residiu e trabalhou em Anápolis. Anterior ao início da infecção mundial pelo coronavírus, trabalhava na área de Recursos Humanos de um hospital privado, e estava decidida a direcionar seu trabalho apenas para a psicologia clínica. Dado o momento pandêmico, período este em que a autora estava cumprindo obrigações rescisórias, surgiu uma vaga para o cargo de psicóloga hospitalar. Neste momento, a organização hospitalar ainda não contava com um profissional exercendo este cargo; logo, ao ver a oportunidade, a autora pretendeu a vaga, inscrevendo-se para o processo seletivo, e conseguir o cargo.

O início da contratação deste trabalho, deu-se em meados de Março de 2020, e apenas a autora foi contratada. Por isso, todo o exercício do cargo era realizado apenas por ela. A carga horária de trabalho era de 08:00 às 18:00hrs. Sobre a descrição do hospital, pode-se considerar de grande porte, contendo inúmeras especializações de serviços. Dentre os setores de atuação da Psicóloga autora, constam-se: Unidades de Terapia Intensiva (UTI) (3), Oncologia, alas de internações (3), Pronto Socorro (adulto e pediátrico), Centros Cirúrgicos (2), sala de hemodinâmica e hemodiálise. Para o serviço de Psicologia, foi disponibilizada uma

sala para prestar os atendimentos que precisavam de maior sigilo (como conversas presenciais/online com as famílias, comunicação de notícias de óbito, entre outras necessidades)

As mudanças obrigatórias exigidas pela pandemia, alteraram completamente o local de trabalho da autora. Neste momento, as visitas às UTIs foram proibidas, e os acompanhantes que antes estavam presentes com cada paciente nas alas de internação, também foram impedidos. As cirurgias só aconteciam quando eram emergências, os leitos triplicavam-se em todos os setores, buscando atender a maior parte dos infectados.

Como responsabilidades principais, em suma, era prestar atendimentos aos pacientes e familiares, além de somar cuidados necessários e emergenciais à equipe, cuidados estes que eram importantes para aprimorar a tríade: paciente-familiar-equipe. Como as alterações hospitalares foram requeridas, a profissional precisava, obrigatoriamente, utilizar os EPIs necessários às demandas durante todos os atendimentos. Para os atendimentos, estão relacionadas às videochamadas, os atendimentos presenciais com todos os pacientes possíveis (priorizavam-se aqui, os pacientes encaminhados pelos profissionais de saúde responsáveis pelos pacientes nos plantões - fisioterapeutas, enfermeiras(os), médicas(os), entre outros). Uma das responsabilidades também frequentemente ocorridas, foi acompanhar a família e os profissionais de saúde no momento em que era noticiado o óbito do paciente.

Outra característica importante a ser salientada aqui, é que para minimizar os efeitos da hospitalização, a autora utilizava seu próprio celular para realizar videochamadas entre os pacientes e os familiares. Por isso, os familiares tinham contato direto com a psicóloga, e por vezes, a contactavam durante os períodos em que não estava no horário de trabalho (pela madrugada, ou finais de semana, por exemplo).

Dado o contexto, a autora percebeu que alguns setores exigiram mais a sua presença, como as UTIs e as alas de internações, mas ainda assim, precisava prestar atendimentos aos

pacientes e aos familiares (via videochamadas ou ligações) dos outros setores também. O horário de saída do trabalho era às 18hrs, mas quase sempre o horário precisava ser ultrapassado: houveram vezes em que terminou o trabalho às 22hrs. A autora realizou este trabalho até Abril de 2021. A dedicação ao mestrado e o alto nível de estresse percebido, a levaram a interromper os trabalhos exercidos na época.

### *Materiais*

Foi utilizado um roteiro semiestruturado para a entrevista construído pela pesquisadora com oito questões, com o intuito de verificar: a) os sentimentos e desafios que descreveriam melhor a experiência ao cuidar destes pacientes em isolamento, b) as consequências que este trabalho lhes causava.

### **Tabela 2**

#### ***Roteiro semiestruturado utilizado na coleta de dados***

---

1. Quais sentimentos descreve melhor sua experiência?
2. Consegue se lembrar de algum paciente que te marcou? Se sim, poderia dividir essa experiência comigo?
3. Quais foram os principais desafios que você enfrentou ao cuidar dos pacientes em isolamento?
4. E quais foram as consequências destes desafios?
5. Como lidou com estes impactos?
6. Quais foram os benefícios ao cuidar destes pacientes?

7. E quais foram os custos?
  8. Quais das mudanças que a pandemia trouxe, você considera que não irão voltar a ser como eram antes da pandemia acontecer?
  9. Você recebeu algum suporte psicológico da instituição que você prestou seus serviços durante a pandemia?
- 

Também foi utilizado um caderno de campo, onde a pesquisadora anotava as principais percepções que surgiam durante o acontecimento das entrevistas. Um exemplo disso, eram as emoções deles apresentadas durante as entrevistas, ou até mesmo, os próprios sentimentos da autora enquanto escutava ativamente o relato dos participantes.. Estes escritos auxiliaram na discussão e compreensão dos fatos, visando atribuir maior sentido nos códigos e categorias (explicados logo adiante) e contribuindo também para a Autoetnografia.

As entrevistas seguiram o método da *Grounded Theory Analysis* (Charmaz, 2006), possibilitando a alteração (incremento) das questões conforme as experiências trazidas pelos participantes. Também foram acrescentadas perguntas de contraste, nas quais a pesquisadora desejava aprofundar os assuntos discutidos ou quando alguma informação adicional era necessária para a plena compreensão da narrativa.

## **Procedimentos**

Cinco participantes foram convidados por serem conhecidos previamente pela autora, pois tiveram com ela, experiências profissionais em áreas hospitalares (Participantes: A, C, E, F, e H). Por fim, os outros quatro profissionais foram selecionados de acordo com o método bola de neve, explicado anteriormente.

Usou-se a estratégia de amostragem teórica, procedimento em que as decisões acerca de quais participantes contatar são determinadas pelas necessidades da teoria emergente onde buscar os dados. Foram convidadas pessoas capazes e dispostas a compartilhar informações que possibilitam à pesquisadora a responder à questão da pesquisa. Realizar uma pesquisa de acordo com a amostragem teórica, possibilita o pesquisador rastrear novos participantes em qualquer momento da pesquisa, até identificar que os dados obtidos atendam aos objetivos propostos pela pesquisa (Charmaz, 2009).

A técnica de amostragem teórica, é substancialmente diferente dos outros tipos de amostragens tradicionais utilizadas em pesquisas qualitativas. Este tipo de amostragem, funciona como uma bússola, orientando para onde deve-se ir. O objetivo da amostragem teórica, é a obtenção de dados suficientes que expliquem exponencialmente as categorias resultantes dos dados. Uma das grandes diferenças entre ela e os outros tipos de amostragens, é que a amostragem teórica diz completo respeito apenas ao desenvolvimento conceitual e teórico, ou seja, os pesquisadores buscam, de maneira focada, matéria-prima para afinar as análises emergentes, testar as suas interpretações provisórias que foram elaboradas a partir dos dados até então analisados e para obter diferentes perspectivas sobre algum ponto que chamou atenção em decorrer da análise (Charmaz, 2009).

Ainda faz parte do conceito de amostragem teórica, que a pesquisadora convidou, quando a coleta de dados já estava em andamento, novos participantes que poderiam elucidar pontos que ainda não tinham sido suficientemente desenvolvidos. Assim, a condução simultânea da coleta e análise de dados permitiu que os próprios dados orientassem o desenvolvimento contínuo da amostra (Charmaz, 2006).

Em primeiro lugar, houve a preocupação de acessar perspectivas diversas. Por isso procurou-se profissionais com diferentes formações e responsabilidades: médicas, enfermeiros, psicólogas e uma técnica em enfermagem. Além disso, foi possível acessar uma pluralidade de

experiências, buscando participantes em regiões diferentes do país, incluindo as cidades de São Paulo e Manaus onde as condições de trabalho eram noticiadas como excepcionalmente críticas, ainda que, notícias apontam que São Paulo foi uma das cidades que mais recebeu insumos e foram criados mais leitos de UTI (Unidade de Terapia Intensiva) (Agência Brasil, 2020; CONASS, 2021), e Brasília, que recebeu investimentos para abertura de novos leitos de UTI por diversos períodos da pandemia e grande parte de insumos, além de receber pacientes transferidos de outras unidades (CONASS, 2020, 2021). As cidades de Goiânia e Anápolis receberam pacientes transferidos de outros estados (CONASS, 2020, 2021), mas também enfrentaram a falta de material para os cuidados aos enfermos.

### *Coleta de Dados*

#### **Grounded Theory**

As entrevistas semi-estruturadas tiveram tempo médio de 18 minutos, sendo a mais curta com tempo de 11 minutos e 43 segundos, e a mais longa, 44 minutos e 32 segundos. Elas foram realizadas on-line, pelo aplicativo *Zoom*, por conta das medidas de *lockdown* e isolamento social necessários na época. Em razão disso, a cada entrevista marcada, era explicado para o participante sobre o sigilo quanto ao isolamento acústico e medidas necessárias de privacidade. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas, assim como explicado no TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) enviado para cada participante.

A pesquisadora enquadrou-se na possibilidade de cada participante, tanto ao local onde os participantes se encontraram no momento da entrevista, quanto ao horário de realizar as videochamadas. Uma característica que deve aqui ser salientada, é que cinco dos profissionais de saúde participantes trabalham em dois (ou mais) empregos. O tempo e o local onde as

entrevistas ocorriam eram de acordo com as possibilidades deles, sendo que algumas ocorreram dentro do próprio local de trabalho, no decorrer dos plantões. Uma das participantes precisou ser entrevistada via WhatsApp, por áudios enviados pelo próprio telefone.

Foi adotada pela pesquisadora, a postura de agnosticismo teórico, ou seja, nenhum viés teórico foi previamente preferido, buscando a abertura pelo imprevisível da pesquisadora durante toda a pesquisa, assim como pedem os preceitos da *Grounded Theory Analysis* (Henwood & Pidgeon, 2010). Considerou-se que o mais importante desta pesquisa era realmente alcançar a experiência de cada profissional puramente como ela é: com suas próprias análises, seus próprios sentimentos, deixando que expressassem livremente sua vivência. Por isso, não tentou-se encaixar as experiências relatadas dentro de uma teoria existente.

Após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (CAAE: 47401821.0.0000.0037), a pesquisadora entrava em contato com os participantes via e-mail ou WhatsApp e enviava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Ao recebê-lo assinado de volta, a pesquisadora combinava qual seria o melhor dia/horário para realizar a entrevista. Chegado o dia e horário da entrevista, a pesquisadora oferecia auxílio pelo WhatsApp anteriormente para o participante se inteirar sobre o aplicativo onde a videochamada ocorreria (Zoom). Sanadas as dúvidas, a pesquisadora realizava a videochamada e a entrevista era feita.

### **Autoetnografia**

Para a dimensão autoetnográfica nesta etapa da presente pesquisa, utilizou-se como estratégia de coleta de dados o diário pessoal da pesquisadora. Nele, a pesquisadora escrevia em tempo real os sentimentos, pensamentos e percepções que ocorriam enquanto realizava seu trabalho na linha de frente. Este diário permite que as experiências da pesquisadora sejam

expostas e informadas da forma mais pura possível, evitando qualquer distração que prejudicasse a coleta destas informações.

Durante os plantões, a pesquisadora carregava consigo uma caderneta pequena, que facilitasse o acesso imediato às escritas sobre os acontecimentos e como estava se relacionando com os ocorridos. Apenas a pesquisadora teve acesso a este material enquanto esta coleta acontecia. Em uma das vezes, a pesquisadora encaminhou um e-mail ao orientador da pesquisa contendo este tipo de conteúdo, em forma de “teste”. Após aprovação, os conteúdos foram descritos na caderneta, normalmente.

### *Análise dos Dados*

#### **Grounded Theory**

Após cada entrevista, era feita imediatamente a transcrição das falas para auxiliar as análises e não perder nenhum viés da experiência do participante. As transcrições das reuniões permitiram identificar os episódios marcantes que ocorreram no decorrer da entrevista que produzem uma compreensão e/ou comparação dos impactos pessoais. A análise de dados provenientes das transcrições das entrevistas seguiu os seguintes passos: 1) Transcrição das falas dos participantes e gestos com conteúdos significativos realizados durante as entrevistas. 2) Organização dos conteúdos do diário de campo. 3) Construção do modelo fundamentado nos dados coletados: a) codificação aberta/analítica; b) codificação focada; c) construção de categorias; d) montagem de modelo que responde as questões de pesquisa.

Tabela 3

*Os principais passos na análise dos dados*

<b>Preparação dos dados</b>	
<b>Transcrição das entrevistas</b>	Realizada literalmente e imediatamente após cada entrevista, para garantir que os dados ainda estejam ‘quentes’ enquanto a pesquisadora ‘mergulha’ neles. Nessa fase, a análise dos dados já iniciou informalmente.
<b>Organização dos conteúdos do Diário de Campo</b>	As observações eram produzidas no diário de campo e destacadas à medida que a autora percebia relações com os conceitos emergentes das entrevistas dos participantes. Geralmente tratava-se de experiências que eram similares ou complementares com as das pessoas entrevistadas, mas verificou-se também se houve experiências contrastantes.
<b>Construção do modelo fundamentado nos dados</b>	
<b>Codificação aberta / Codificação analítica</b>	Iniciou logo após a transcrição. Destacaram-se as unidades de sentido que contribuíram algum conteúdo para os objetivos da pesquisa. Foram ressaltadas as falas que eram entendidas como impactantes e testemunharam de perspectivas e vivências pessoais. Para cada unidade foi criado um rótulo (código) que resumia o seu conteúdo.
<b>Codificação focada</b>	Os código emergentes eram consultados sempre que uma similaridade ou contraste com um novo conteúdo era detectado. Os nomes dos códigos foram aprimorados, nesse processo de comparação contínuo e rótulos sinónimos foram fundidos, focando, primordialmente, nas nomenclaturas relacionadas com os objetivos da pesquisa.
<b>Construção das categorias</b>	Acontece como um modo de agrupamento dos códigos focados. Estes foram aglomerados de acordo com suas

similaridades e diferenças. Para cada ‘família’ de códigos, um nome foi elaborado que abraçava seu sentido para a pesquisa.

**Montagem do modelo que responde às questões da pesquisa**

Ao longo das análises dos dados, e findando-se no desfecho da pesquisa, procurou-se detectar padrões nos dados. A partir da organização dos códigos e categorias, uma estrutura foi construída que responde às questões da pesquisa.

Seguindo os preceitos da Grounded Theory Analysis (Charmaz, 2009), a pesquisadora usou a sua interação com os participantes também como instrumento de coleta de dados. A pesquisadora atuou como observadora participante, no sentido que os dados foram sendo produzidos na presença dela e como produtos da interação dela com os participantes. Os passos seguidos na análise dos dados foram os seguintes: 1) codificação aberta/analítica; 2) codificação focada; 3) construção de categorias; 4) montagem do modelo que responde as questões de pesquisa.

**Tabela 4**

*Exemplo de análise orientada pela Grounded Theory Analysis – Codificação Aberta*

<b>Participante</b>	<b>Fragmento</b>	<b>Codificação Aberta</b>
G	“Mas cuidar de pacientes com COVID era risco mortalidade para mim também, e pra minha família, principalmente a minha filha eu acho que foi mais intenso, porque eu vinha trabalhar desesperada com medo de causar alguma coisa na minha filha, que era o principal ali... Claro que tinha meu esposo, os meus pais, mas é... era desespero mesmo, era o meu sentimento principal.”	A catástrofe plena
H	“A gente chegava do plantão morto, cansado, exausto. Totalmente absorvido, sugado. Então a gente tomava um banho, eu dormi no chuveiro! Eu dormi no chuveiro, não foi uma, nem duas vezes, eu dormi. Com a água ligada, caindo e eu deitei e não conseguia levantar, eu dormia no chuveiro, várias e várias vezes.”	

O caminho inicial tomado pela pesquisadora para o procedimento da análise dos dados foi realizar a codificação aberta linha a linha, um método de análise rigoroso dentro da *Grounded Theory* (Charmaz, 2009). Nesta forma de análise, a transcrição deve ser

precisamente verificada, literalmente, linha por linha. Como demonstrado na Tabela 3, a pesquisadora compôs códigos que descrevessem cada fragmento de fala significativa e posteriormente, unia os fragmentos em que cada código foi aplicado. Faz-se importante enfatizar aqui, que as nomenclaturas dos códigos e das categorias foram definidos após o acontecimento das entrevistas e durante as análises, sendo que não foram fundamentados em sistemas de codificação previamente existentes.

Ao optar por esta forma de análise, foi possível criar códigos abertos que descrevessem de maneira resumida a essência das falas dos participantes. As primeiras entrevistas possibilitaram construir um repertório inicial de códigos. Quando possível, esses códigos foram utilizados em falas das novas entrevistas, porém, muitas vezes, o novo conteúdo necessitava da criação de novos códigos. Esta é mais uma possibilidade da *Grounded Theory*, pois a cada entrevista, é permitido voltar nos dados já encontrados, e modificar ou aumentá-los conforme a necessidade e aparecimento de novos códigos, possibilitando também a incrementação de novas questões nas próximas entrevistas.

A codificação focada consiste em aprimorar os nomes dos códigos para que eles se ajustem adequadamente aos segmentos de dados, além de poderem ser utilizados para interpretar os conteúdos das novas entrevistas. O próximo passo tomado após encontrar os códigos e revisitá-los sempre que necessário, foi encontrar semelhanças nos códigos e agrupá-los em categorias, que expressam sentidos comuns a partir dos códigos (Charmaz, 2009).

**Tabela 5***Exemplo de análise orientada pela Grounded Theory Analysis – Categoria*

<b>Participante</b>	<b>Fragmento</b>	<b>Código</b>	<b>Categoria</b>
B	“Dei uma surtada boa, perdi 12 quilos, essas coisas... Do dia que eu formei até o ano passado eu já tinha perdido 12 quilos, sabe? 60x48 (escala de trabalho), então... sem dúvida eu surtei...”		
H	“Então, eu, no início eu não conseguia dormir, tive privação do sono, tive muito medo, muita ansiedade, angústia, então eu comecei a entrar num estado depressivo.”	Abalo da Saúde	
B	“Primeiro eu fui no psiquiatra, por estar precisando de um remédio pra dormir, porque eu percebia que eu estava depressiva, um humor rebaixado, perda de peso, tristeza profunda...”		Desestabilização emocional
E	“E acredito que talvez o sentimento mais forte que eu tive durante essa atuação durante a pandemia, foi o de quase, eu não sei se insignificância é a palavra, por eu não conseguir fazer quase nada.”	Sentindo-se insignificante	
B	“em alguns momentos me deixou muito revoltada em relação ao governo em si, entendeu?”		
H	“acho que me revoltei muito com a população em geral que não respeitava as medidas e mais ainda com o governo porque no meio disso tudo ainda tinha uma brecha pro oportunismo [...], isso revolta muito quem tá lá na ponta assistindo, o doente, vendo o que a gente estava vendo, passando pelo que a gente estava passando, a gente via que 1 real fazia muita diferença. 1 real poderia trazer a vida de alguém de volta.”	Revolta com Políticas Públicas	

Ao longo da pesquisa e conforme as entrevistas aconteciam, a pesquisadora percebeu-se tocada pela história vivida pelos profissionais de saúde, sendo que a cada entrevista, se percebia mais compassiva e compreensiva com as vivências dos participantes. Observa-se que quanto mais esta posição era adotada, maior manejo era agregado à coleta de dados, consequenciando em maior tempo de duração e maior profundidade em comparação com as primeiras entrevistas e o acesso mais habilidoso ao emocional destes participantes.

Nota-se também, que foi dificultoso obter consentimento de profissionais, visto a emergência no campo de saúde (principalmente no primeiro ano da pesquisa), resultando na falta de tempo e terem outros tipos de prioridade, como trabalhar ou estar com a família.

Em seguida, os resultados serão apresentados de acordo com as categorias que foram construídas durante a análise dos dados. Cada categoria, resultou da junção dos códigos que emergiram durante as análises dos dados. Cada código é ilustrado com segmentos de falas dos participantes. Observa-se que os segmentos citados são apenas representantes de agrupamentos maiores de falas das quais os códigos emergiram.

### **Autoetnografia**

A análise dos dados na autoetnografia combina dois elementos. Primeiro a introspecção, e segundo, a interpretação cultural. A primeira envolve o aprofundamento das experiências pessoais envolvendo a incorporação dos sentimentos e dos sentidos. A segunda dimensão envolve a interpretação da experiência pessoal no contexto do mundo social. Juntando estas duas vertentes, a experiência pessoal é, ou se torna, a base existencial da cultura. Por um lado, a pesquisadora usou a autorreflexão para aprofundar os sentidos da sua vivência diária. Por outro lado, ela avaliou o processo social em que essa experiência ocorreu, como sendo um exemplo das muitas experiências individuais que produziram aquele processo mais amplo (Chang, 2008).

Os conteúdos do diário foram analisados a partir de leituras repetidas e reflexivas. Semelhante à análise das falas dos participantes, as escritas do diário também foram segmentadas e distribuídas conforme semelhança às falas dos participantes. As escritas do diário foram agrupadas conforme cada código e categoria que correspondesse à experiência da pesquisa. Apresentou-se nos resultados os ‘Fragmentos do Diário da Pesquisadora’ separados das falas dos participantes, para melhor compreensão dos leitores.

#### **4 Resultados**

A partir da análise dos dados, foi possível construir um modelo estruturado de códigos e categorias que descrevem e explicam os impactos vivenciados pelos profissionais de saúde. Logo, serão representados a seguir, sempre ilustrados com excertos das unidades de sentido a partir dos quais foram elaborados:

**Tabela 6**

*Um modelo analítico do impacto da pandemia sobre os profissionais da linha de frente*

**CONTEXTO**

A luta para produzir cuidados humanizados A, I.

A falta

- de recursos B, H, I.

- de treinamento C, I.

- de garantias trabalhistas B, G.

**GATILHOS**

O desconhecido G, H, I.

Os pacientes e suas famílias A, D, E, F.

Sobrecarga B, C.

Falta de reconhecimento C, E.

**VIVÊNCIA**

A catástrofe plena B, E, F, G, H, I.

Insignificância E.

Revolta B, E, H.

Abalo B, H.

**ENFRENTAMENTO**

Manejar a emoção A, B, C, E, F, I.

Mobilizando valores A, E, I.

Quebrar regras B, I.

Usar seus sentimentos A, B, C.

A equipe como fator de proteção A, C, G, H, I.

**REPERCUSSÕES**

Desmotivação C, E.

Crescimento profissional A, C, E, F, G, H, I.

Crescimento pessoal A, C, E, F, G, H, I.

Mudanças institucionais A, B, H.

Legenda: São indicados com letras maiúsculas, os participantes que contribuíram para cada conceito. F e G são psicólogas, B, D e I são médicas, A, E e H são enfermeiros, C é técnica de enfermagem.

**Contexto**

O contexto em qual os eventos investigados ocorreram, é caracterizado por dificuldades estruturais, entre as quais se destacam a luta para produzir cuidados humanizados, a falta de

recursos para trabalhar, a falta de treinamento e falta de garantias trabalhistas. Descreve-se, aqui, uma situação complexa que foi apenas exacerbada pela pandemia.

### **A luta para produzir cuidados humanizados**

A realidade hospitalar já é foco de críticas e tentativas de aprimoramento por algum tempo. Compreende-se a necessidade de cuidados multidisciplinares e o atendimento às necessidades biopsicossociais destes enfermos. Pensando em oferecer suportes de maneira integral, durante a pandemia não foi diferente: **A:** *“Tem que ter a ajuda do psicólogo, tem que ter o apoio da família, só que tem que ter, o apoio do enfermeiro, tem que ter o apoio, né... tudo somando junto, né? É um ciclo, né, pra ajudar essa pessoa... psicologicamente, mentalmente, fisicamente...”*; **I:** *“As emoções que sobressaíram nesse período pra mim, foram a de que a força de vontade é a principal ferramenta pra um trabalho bem sucedido. É o querer, é a empatia, é a valorização da vida humana. E nesse período eu encontrei sim muitas pessoas que tinham esse sentimento de lutar pela vida do próximo.”*

### **A falta**

*Falta de recursos para trabalhar.* Na realidade em que a pandemia impactou, os profissionais da saúde enfrentavam continuamente escassez de recursos hospitalares, constando uma queixa sustentada por pesquisa empírica. A emergência sanitária tornou um problema crônico com as quais muitos profissionais já aprenderam a lidar, repentinamente aguda e catastrófica: **B:** *“Lidei com dias em que a gente realmente não tinha sedativo, não tinha medicação... tinha que entubar o paciente e deixar ele amarrado com ele acordado...”*. **H:** *“E bem nesse período, não tinha sistema de respiração fechado e ele estava apresentando muito sangue nas vias aéreas inferiores, então ninguém queria aspirar, porque ninguém queria se expor.”*; **H:** *“agora a gente sofreu por parte de equipamentos, onde foi que a gente teve que*

*escolher: quem ia pro ventilador mecânico e quem não ia, a gente sim passou por isso.”; I: “e não estava ainda no padrão de UTI, estava tudo muito desorganizado, sem rotina, sem protocolos, sem fluidez.”; I: “a primeira vez tinha muito pouca estrutura, uns aparelhos respiratórios muito antigos”.*

*Falta de treinamento profissional.* Durante o primeiro ano da pandemia, o coronavírus e suas variações constituíram-se como desconhecidos. Os treinamentos oferecidos aos profissionais de saúde constaram-se como insuficientes ao tratamento da COVID19. Assim, os profissionais raramente se viram capacitados para exercer tal trabalho, precisando improvisar: **C:** *“A gente, a equipe, a gente não foi treinado pra isso, mas a gente se unia de uma forma que, a gente ainda conseguia passar uma força pro paciente, por mais que a gente sabia que não iria dar certo, a gente conseguia dar força pra ele ali até o final”.* **I:** *“a equipe muito inexperiente, e esse foi mais difícil.”*

*Falta de garantias trabalhistas.* A contratação de Pessoa Jurídica (PJ) enrijece as condições de trabalho e isenta o empregador de obrigações trabalhistas, além da falta de seguro social. Precisando-se manter as condições acordadas no início do contrato, não houve alterações com a chegada da pandemia: **B:** *“eu sou terceirizada, PJ, não que seja justificativa de nada, mas, eles realmente não têm essa obrigação conosco.”; G:* *“tem a dificuldade porque a gente é terceirizado. Tudo era terceirizado. Só não eram os enfermeiros e técnicos em enfermagem, e eles receberam apoio da instituição, que era um número de WhatsApp, para emergência. Eu mais dei suporte do que recebi. Teve para os colaboradores, mas não teve para os terceirizados. Pelo contrário, teve: “vamos embora abrir leito, cuidar desse povo”... Ficou pra mim o trauma.”*

## Tabela 7

### *Fragmentos do diário da pesquisadora a respeito do Contexto*

---

**Falta de recursos para trabalhar:** Eu era a única psicóloga de todo o hospital, logo, se eu adoecesse, nenhum outro profissional exerceria meu trabalho – nem os atendimentos, nem as videochamadas. Por um tempo, lutei para ficar apenas na UTI, pois entendia que era o lugar que mais me demandava tempo, mas não fui ouvida. As videochamadas eram realizadas pelo meu próprio celular com internet. Diversas vezes pedi a compra de um Tablet por parte do hospital, e também que disponibilizassem *WI-FI* para que eu continuasse realizando as videochamadas, mas também não fui ouvida.

---

### **Fenômeno - Gatilhos**

Diversas foram as situações vivenciadas nas áreas de saúde que ativaram gatilhos emocionais nos profissionais que trabalharam nestes ambientes durante a pandemia. Frequentemente, estas pessoas acessaram seus sentimentos e experiências vividas quando viram pacientes passando por episódios difíceis e até imaginaram-se sofrendo pelos mesmos motivos também.

### **O desconhecido**

O coronavírus surpreendeu as medidas de saúde já existentes e os profissionais de saúde tiveram que lidar inicialmente com o desconhecimento do vírus e suas complicações. Esta foi uma das grandes dificuldades sofridas pelos trabalhadores da saúde. **H:** *“Então foi um período muito difícil porque não tinha quem era melhor, quem sabia mais, porque todos os dias os protocolos mudaram, todos os dias eram estudos novos que estavam saindo. Você podia procurar em qualquer coisa, o melhor nível de evidência que fosse, que todo dia, saíam 2, 3 publicações, e até que fosse traduzir, trazer isso pro Brasil, até ser validado... tudo começou em Manaus, né? Então assim, todos os protocolos, tudo o que foi escrito, foi perante a experiência dos profissionais que estavam trabalhando em loco, né?”*; **G:** *“Uma paciente, foi*

*mais ou menos no começo da pandemia, quando a gente estava muito... era tudo muito novo, o que a gente ia fazer né? Os médicos, fisioterapeutas, equipe, todo mundo tentando entender o que era esse vírus novo e como ele estava reagindo, como ele reagiu no corpo dos pacientes e como é que a gente lidar com isso.”; H: “E eu pedi pra todo mundo se retirar da sala ou se afastar porque eu ia fazer a aspiração em aberto. E aí eu fiz, porque era muito novo, né, pra gente?”; H: “Eu acho que foi, foi uma situação muito nova pra todos, pq era um vírus de principal acometimento a função respiratória, né? Aquele tipo de cepa, e tinham médicos, enfermeiros, equipe multidisciplinar, né, que trabalhavam e trabalham em UTIs e unidades críticas há anos. E tinham recém-formados de todas as áreas também, e todo mundo sabia o mesmo tanto. Então assim, era novo para todos”; I: “Eu cheguei em 2 UTIs, então não tinha nada no espaço... nem recurso humano, nem a estrutura dos materiais tecnológicos.”*

### **Os pacientes e suas famílias**

O afastamento brusco do paciente dos seus familiares devido ao isolamento imposto, rompeu a conexão que normalmente deve facilitar a adaptação à hospitalização e a mediação com a equipe de enfermagem. Sendo assim, os profissionais de saúde eram os únicos contatos diretos para os pacientes, tornando-se pontes de ligação entre estas pessoas e suas famílias. Entende-se que esta tarefa suplementar acrescenta um peso emocional, e aumenta também o despreparo para lidar com situações de crise. A: *“na hora da notícia pra família... era difícil, muito difícil. Eu chorava junto, sentia aquela agonia, pensando “poxa...”, como se fosse alguém meu, alguém da família, ou podia ser eu”; D: “ela era jovem, 40 e poucos anos, e na verdade ela estava bem grave, nem foi uma morte muito súbita assim. E na hora de dar a notícia pra família, foi o filho dela que foi junto com o padrasto, o marido atual dela. E realmente o desespero dele me deu vontade de chorar junto. Assim... sabe? acho que foi uma das piores notícias de óbito que eu dei na minha vida.”; E: “Nossa, eu fiquei muito mal, porque*

*ela tinha 18 anos de idade, a mãe dela, sempre que ia visitar a filha na UTI, ela passava lá no Pronto Atendimento, para conversar comigo...”; F: “Foi um processo interessante, assim... o dia que eu comecei a trabalhar na UTI, ele foi admitido na UTI, então comecei a trabalhar a diminuição da ansiedade, ele foi entubado e foi um período muito longo, ele foi entubado, foi para traqueostomia, ele deu aquela melhora que é claro que até a equipe mesmo entendendo o processo, fica esperançoso. Ele acabou partindo e me tocou, e me tocou muito, porque aí a gente já apega à família, apega ao paciente.”*

Um sentimento positivo relatado, foi a admiração de cada luta que estes pacientes tiveram durante o processo de internação. Isto valorizou a importância dos cuidados prestados. **A:** *“ele foi um paciente que lutou muito. Ele lutou por 3 meses e acho que a crença dele, a religião, a pessoa em si, ele se tornou uma pessoa muito forte porque ele não desistiu”. A:* *“Mas enfim, deu certo com ele, ele é um milagre, e a perspectiva dele foi muito grande. Um guerreiro. Um dos mais guerreiros que eu presenciei durante esse COVID deste 1 ano e meio, que eu vi desse paciente” E:* *“Talvez não vai lembrar nosso nome, mas vai falar “Nossa, eu passei um apuro, mas conheci fulano lá e achei que ele foi muito legal e é por isso que eu estou aqui pra contar minha história”. Às vezes eu estou em outro setor e sou chamada no Pronto Atendimento, já desço com o coração na mão pensando no que pode estar acontecendo, né? E às vezes quando eu chego lá, é algum paciente que vai lá e fala: Eu vim aqui te dar um abraço. E isso é bom, “nossa... eu vi essa pessoa tão mal...””*

Os profissionais tiveram que lidar com reações emocionais de pacientes à brusca mudança de vida por causa das complicações da doença. Se sensibilizaram com o sofrimento destes enfermos. **A:** *“É muito difícil né, porque fica longe da família, porque quando a pessoa está com essa doença, fica longe das pessoas que mais ama, então a ansiedade ela aumenta muito, o medo, ele aumenta demais, por muitas pessoas morrerem né, com medo mesmo maior da morte mesmo, porque é uma doença que o índice de morte é muito elevado, então eu acho*

*que é muito difícil da pessoa passar por isso.” E: “[Apesar] fazer tudo o que a gente faz, com todo o cuidado que a gente faz, o sofrimento, as pessoas estão com medo.” F: “E ele me pedia socorro, assim, de certa forma. Ele tinha consciência de que talvez ele poderia ir para o tubo. Na tentativa de usar V.N.I., usar o Helmet, ele me pediu socorro, aí eu me apeguei muito! Como espelho de idade, de história né... mas ele foi muito querido, muito querido mesmo.”*

### **Sobrecarga**

Conforme o coronavírus foi se disseminando, o alto grau de contaminação entre profissionais foi responsável pelo afastamento do trabalho causando grande desfalque nos plantões hospitalares. O trabalho, que antes era dividido conforme a quantidade de pacientes por plantão para evitar o excesso de trabalho, ficou impossibilitado de ocorrer desta forma. **B:** *“já teve vez de eu fazer um plantão muito direto, assim, de 36, 48 horas... e em um plantão de 36 horas eu tive 6 óbitos, 6 pacientes que morreram só comigo.” C: “E a gente não era obrigada a fazer extra, mas a gente via que dependia da gente... Colegas adoeciam, não tinha ninguém pra dar suporte, e acabava que a gente fazia 24, 36 (horas)”.*

### **Falta de reconhecimento profissional**

Expectativas foram quebradas quanto ao reconhecimento profissional, expectativas, essas decorrentes da identidade de uma profissão que se percebe como essencial, por exercer trabalhos fundamentais para o ser humano e para a sociedade. **C:** *“Depois que a gente passou por essa pandemia, que a gente perdeu colegas, e que a gente é... demos muito... e a gente viu que o valor da gente foi pouco. Eu vi que infelizmente a gente não vai ter o reconhecimento que eu imaginava que a gente teria.”; E: “eu tenho colegas de todos os lugares do Brasil e colegas fora do Brasil também, eles falavam a mesma coisa: A gente tá sofrendo demais. E eu acho que tudo isso, a grande dificuldade: o reconhecimento... só o reconhecimento, ficar reconhecida. sabe?”*

## **Tabela 8**

### *Fragments do diário da pesquisadora a respeito dos Gatilhos*

---

**Os pacientes e suas famílias:** Na vinda hoje para o trabalho, recebi uma mensagem ainda enquanto estava no ônibus: “O paciente R. morreu.”. A vontade era ligar para tal colega de trabalho e dizer: “NÃO! NÃO É POSSÍVEL, ontem durante a videochamada eu deixei ele muito bem aí!” Mas não dá. As pessoas irão perceber a minha tristeza. O jeito, é limpar a lágrima que cai, e seguir. Fiquei lembrando do quanto seus filhos (gêmeos) sorriram durante a ligação, o quanto a esposa disse sentir saudades, e o quanto o paciente se emocionou quando os viu pelo meu celular. Pensar que não haverá mais este encontro é terrivelmente ruim!

---

## **Vivência**

Embora a pandemia tenha causado mudanças na organização do trabalho em todos os setores possíveis, estas estremeceram profundamente o caráter do trabalho hospitalar. A evolução da pandemia e as implicações concretas das mutações rápidas e inesperadas do coronavírus provocaram alterações importantes nos sistemas de saúde e exigências necessárias para adequar o atendimento às novas necessidades de cuidado. As experiências vivenciadas com os pacientes em isolamento pela COVID19 impactaram os profissionais de saúde profundamente. Muitos viveram plenamente a catástrofe (em muitos sentidos) desencadeada, mudanças que causaram aflição no trabalho, precisar trabalhar sem recursos essenciais para exercerem suas profissões, etc. Conscientes de que estavam colocando suas vidas em risco, os profissionais não hesitaram em continuar com suas atribuições/tarefas. Lidar com as exigências que a COVID19 exige, pareceu ser uma corrida contra o tempo. A consequência disso, é que essas pessoas experimentaram momentos de grandes sofrimentos emocionais, psicológicos e físicos enquanto trabalhavam, e até mesmo, em seus momentos de descanso.

## **A catástrofe plena**

Os profissionais enfrentaram uma doença de difícil manejo e alta mortalidade. Muitos pacientes evoluíram repentinamente para estados graves. Tiveram que lidar com seu próprio desespero e com as reações irracionais devidas à desinformação de pacientes e familiares, além de uma sobrecarga de dor decorrente dos muitos falecimentos e do colapso das certezas que tinham acompanhado o trabalho hospitalar até então. Mesmo com todo o sofrimento vivenciado, os profissionais esforçaram-se para continuar no exercício de suas funções, ainda que o cenário de trabalho fosse devastador. A grande maioria dos participantes relataram sobre a consequência a longo prazo de acordo com os abalos emocionais que vivenciavam após os plantões.

Consideramos primeiro os participantes do grupo ‘**enfermagem**’: **H:** *“Tristeza, é... angústia. Depressão. É... Impotência.”*; **E:** *“Hm... acho que, o principal naquela época que a gente viveu, foi desespero. Desespero de... medo, desespero com medo, da gente imaginar “será que se eu pegar, como vai evoluir, se vou passar pra alguém da minha família...”*; **E:** *“O impacto psicológico ainda permanece. Inclusive ainda estou fazendo terapia... É muito cansativo todo o tempo. A gente tá nesse estado de alerta. Nós somos bombardeados de todos os lados ainda, e ainda acontecem esses casos de desinformação.”*; **H:** *acho que os bons eram bem poucos. Eram mais ruins mesmo... tristeza, impotência, angústia, enfim, são esses.*; **H:** *“A gente chegava do plantão morto, cansado, exausto. Totalmente absorvido, sugado. Então a gente tomava um banho, eu dormi no chuveiro! Eu dormi no chuveiro, não foi uma, nem duas vezes, eu dormi. Com a água ligada, caindo e eu deitei e não conseguia levantar, eu dormia no chuveiro, várias e várias vezes. Exausto! Desidratado, a gente não tomava água pq não tinha como...”*. **H:** *“Tinha um adolescente de 15 anos, obeso, muito grave, chegou na sala vermelha pra gente, e... ele teve uma parada cardíaca e ficou 9 minutos em parada cardíaca, ai... foi bem difícil porque desestruturou todo mundo da equipe. A gente estava bem acostumado com os idosos, porque chegou uma época que tínhamos que escolher quem ia*

viver e quem ia morrer... e essa não era uma decisão só médica, ela se tornou uma decisão multiprofissional. Então quem tinha um prognóstico melhor era quem vivia.”; **H:** “Foi bem horrível, porque todo mundo olhava um pro outro com um olhar bem assustado, a médica que estava comandando ela começou a chorar, falou que tinha filho dessa idade, e aí ela desestruturou muito a equipe. E eu também com os olhos cheios de água, eu pedi pra ela se retirar porque a equipe não estava conseguindo trabalhar e eu pedi outro médico pra assumir, porque ela não tinha condição mais.”; **H:** “E isso foi muito assustador, porque onde a gente... os mais novos, tentava se apoiar nos mais velhos, e os mais velhos estão bem mais abalados do que quem estava entrando ali.”. **E:** “como eu estava falando, a questão do reconhecimento, é muito grave, você pensar em colocar sua própria vida em risco, por... por nada. Não por nada, mas é porque é muito pouco. Nós também enfrentamos, algo que eu não falei ainda, é... mas foi um grande desafio a desinformação das pessoas. As pessoas são agredidas verbalmente, vi pessoas serem agredidas fisicamente. Eu fui empurrada pelo familiar de um paciente, e um deles eu achei até que ia me bater mesmo, mas consegui contornar assim...”; **H:** “E isso foi muito assustador, porque onde a gente... os mais novos, tentava se apoiar nos mais velhos, e os mais velhos estão bem mais abalados do que quem estava entrando ali.”; **H:** “Mas começou a deixar de ter algumas coisas, que a gente tinha que improvisar ou que o paciente tinha que ficar sem mesmo, né? E aí onde foram mudando muitos protocolos né, que a gente viu que com o dispositivo ou sem o dispositivo, não ia impactar em nada, então dava pra fazer a assistência ao paciente sem aquilo, né... era um risco maior, submetia a equipe a mais riscos? Sim, mas era o que a gente tinha.”; **H:** “eu te confesso que a gente não tinha tempo! Não tinha tempo pra gente conseguir se comunicar, pedir ajuda, socorro”. **H:** “a gente tinha que pedir licença as vezes: “Licença doutor, o senhor não está conseguindo entubar, vou passar uma máscara laringe e a gente chama alguém mais experiente.” Porque muitas pessoas morreram por inabilidade, falta de mãos, falta de mãos mesmo. Acho que as consequências

*foram as vidas que foram ceifadas pelo vírus.”; E: “Eu acho que a visão do que a gente tem vivido, pra muitas pessoas, mudou muito. E... acho que dentro de hospital, é... acho que aqui não, não sei se valeria como uma resposta boa pra você, mas eu acho que a forma que cada um dos profissionais tiveram que atuar e continuam atuando, foram coisas sensacionais, me dá vontade de chorar só de pensar. Teve gente que dobrou 36 horas, pra não deixar o paciente desassistido. Tiveram equipes que ficaram aqui, que não comeram, que nossa...”*

As falas das profissionais da **‘psicologia’** relataram experiências similares nos sentidos do medo, de estarem lidando com o novo e da alta carga colocada nos ombros das pessoas que estavam ali para cuidar da saúde psicológica das pessoas, ainda que estivessem sendo, também, demasiadamente afetadas pelo contexto. **F:** *“no começo eram sentimentos de desespero mesmo, eu estava cuidando da morte dos outros e correndo risco de vida. porque não é como um infarto, um AVC, um câncer que claro que a gente tem na família também, mas são pontuais né? Mas cuidar de pacientes com COVID era risco mortalidade para mim também, e pra minha família, principalmente a minha filha, eu acho que foi mais intenso, porque eu vinha trabalhar desesperada com medo de causar alguma coisa na minha filha, que era o principal ali... Claro que tinha meu esposo, os meus pais, mas é... era desespero mesmo, era o meu sentimento principal.”; G: *“Exaustão. No começo, ficou algo que traumático, pra mim, e para os colegas também, porque a gente viu o hospital inteiro tomado, o pessoal vindo de Manaus, foi desesperador. E... depois a gente começou a ir diminuindo, as paredes agora foram quebradas para diminuir as áreas COVID, em várias vezes a gente teve aquela coisa de aumentar um pouco os pacientes COVID, né? A gente já ficava pensando: Meu Deus, será que volta? Então ficou uma espécie de Estresse Pós Traumático, sabe, assim? E, na época, eu lembro que eu vinha pra casa com o barulho do oxigênio, alguns colegas também fala isso. Ficava no meu ouvido e na minha cabeça, e aí eu ia trabalhar, quando chegava no outro dia, eu paramentava e já ouvia: xiiii (imita o barulho do oxigênio), além do cheiro da morte. Eu**

não tenho estrutura para voltar, ficar daquele jeito de novo. Eram muitos suportes às famílias, cento e tantos pacientes... de cento e tantos pacientes, quantos familiares eram?? Ia sozinho, as vezes iam de dois, ou mais... Foi caótico, ficou uma exaustão, ficou um cansaço, na época, eu me senti muito mais ansiosa, muito mais triste... chorava e chorava.. ligava pra minha mãe e chorava, ou chorávamos juntas, chorava na terapia, ou chorava na sala do hospital... sabe? Me tocava muito, me doía... Hoje eu me sinto muito fortalecida, mas ao mesmo tempo, se viesse tudo de novo, eu ia dar conta, mas acho que eu não quero dar conta não... eu não ficaria lá não. Ainda mais que eu fiquei sozinha, continuei sozinha, eu não quero fazer mais isso comigo.”; **G:** “família também, amigos... e minha mãe também. Chorava, mas muuuuito, e contava... tinha dia que eu chegava e ligava, e só conseguia falar: Hoje eu não consigo falar. E só chorava. Mas a parte que foi mais difícil foi esse ‘Boom’, a parte que não tinha leitos, que não tinha oxigênio, que foi depois do carnaval agora, desse ano (2021), que foi muito diferente de 2020 que era o ano que a gente não conhecia muito... e tinha medo de pegar.”; **F:** “Primeiro, lidar com essa ansiedade do COVID, que é uma ansiedade relacionada não só aos danos físicos, cerebrais, porque o COVID causa danos de inflamação cerebral também, mexe com as questões do cérebro também, é lidar com essa ansiedade. Porque eu era uma profissional chegando no COVID, todos nós né? Ansiosa... como lidar com a ansiedade do outro se a gente também estava ansioso? Pq... a UTI COVID, ela, ela é imediata mais do que o imediatismo das outras UTIS, é imediato! Se você não fizer uma videochamada AGORA, daqui dois minutos o paciente não vai conseguir conversar com a família.”; **G:** “Tivemos muitas mortes, muitas mortes. Teve um dia que foram 13 óbitos, assim... O nosso natural, é ter um por dia, ou nenhum, dois... a pandemia aumentou, tivemos dois... três já é muito. Tivemos 13. Enquanto eu estava de plantão, ou eram 9... Então era só passando aquele carro lá... Muito cansativo.” **G:** “No Hospital a gente chegou a ter 130, 140 leitos, foi pesado.[...] Então, era sempre uma coisa muito tensa, porque a gente também estava totalmente paramentado sempre,

então é a dificuldade de falar, dificuldade de ouvir às vezes esse paciente estava em uso de alguma forma de máscara ou cateter, enfim de oxigênio, e o oxigênio faz muito barulho. É... então é muita dificuldade com a comunicação, então era sempre uma coisa muito tensa, muito cansativa.”; **G:** “Mas mesmo assim, foi muito pesado porque o desafio eram muitas mortes... era muito, muito, muitos pacientes que iam para a gravidade. Pioravam muito, pacientes que iam pra intubação e a gente nem tinha tempo de conversar isso com a família, eu dou suporte para o médico quando o médico vai conversar, além da comunicação do óbito. [...] Mas assim, que pesado, porque a gente era muito... todos os dias era muita coisa... os pacientes mudavam, mudava o quadro, instabilizavam sabe? então era muito desafio, você chegar lá, sair do hospital no dia, chegar no outro, tinha muito mais leitos e pessoal da obra ia quebrando... Ia construindo paredes, e ia fazendo mais áreas de isolamento, mais áreas... de repente o hospital ficou quase todo sendo para COVID, não ficou todo porque não podia. Lidar com a morte, com a gravidade, várias vezes, eu não conseguia, como única psicóloga. Então nesse dia, eu acompanhei 9 óbitos, que eu fiquei sabendo, foram 9 óbitos. Era TANTA gente chorando, sabe? Que eu não sabia quem amparar, era desespero mesmo, desespero... A gente chegava a chorar junto, eu e os colegas, médicos renomados e tudo, sabe? A gente chegou a chorar... tinha dia que eu chorava, o outro chorava, e a gente ia se amparando. Limpava as lágrimas e voltava, porque não dava tempo. Paramentar e desparamentar cansa demais! Eu paramentava, chegava lá, eu era chamada pra uma crise de ansiedade, por exemplo, chegava lá e a paciente estava tranquila, calma, já tinha passado aquilo. Aí você pensa: Caraca, gastei o EPI atoa! Na época não tinha, sabe? Chegavam a esconder da gente, o EPI quando chegava. Quem emprestava a máscara era o colega, o amigo... Os desafios foram estes. Lidar muito mais vezes com a morte, com a instabilidade que a doença trouxe, e lidar com essa exaustão, o medo de se contaminar... Como é que meu corpo vai reagir? Vou contaminar outras pessoas também?”.

As **médicas**, relataram sobre experiências parecidas e o altíssimo nível de estresse, cansaço e sobrecarga (emocional e de trabalho). **I:** *“não só as vítimas dos pacientes doentes, mas os profissionais vítimas: vítimas da sua ambição, do excesso de trabalho, do egoísmo, eram pessoas infelizes, exercendo uma função no automático, e que muitas vezes colocava a vida do próximo como se não valesse nada, e à própria sorte, e isso gerou inúmeras mortes.”*

**I:** *“Abri mão de inúmeros finais de semana, de noites e noites de sono.”* **I:** *“Pra mim, foi extremamente cansativo passar por isso tudo, passando por isso tudo, após o término, é que eu realmente tinha saído de uma guerra, e eu precisava descansar, repousar, me restabelecer.*

*Eu tinha uma fadiga física e mental enorme, é difícil pra uma pessoa que dorme todas as noites em casa, tem todos os finais de semana pra si mesmo, se colocar no lugar de uma pessoa que está dando aí 5, 6 plantões noturnos, e eu passei por isso mais de 1 ano. Então eu fiquei extremamente fatigada, extremamente cansada, era um cansaço físico e mental.”* **B:** *“A UTI COVID é muito mais agressiva, o COVID é muito mais agressivo, e faz um monte de sequelas, é muito mais difícil. É difícil de ser manejado, entendeu? Então é uma coisa que, enfim... a gente fica de muito mãos atadas, sabe?”;*

**I:** *“Naquele início era tudo muito assustador, você vai ver muitos colegas morrendo, adoecendo.”* **B:** *“Não tem uma medicação eficaz contra o vírus em si, então o paciente evolui pra insuficiência renal e vai pra hemodiálise, o paciente vai e faz trombo, porque eu vi paciente fazendo TVP (Trombose Venosa Periférica) e teve que amputar a perna, por aí vai... Então é uma doença mutiladora, muito triste mesmo.”;* **I:**

*“Estamos em um momento de fragilidade coletiva, com seres humanos fracos, voltados para sua insegurança.”;* **I:** *“Dobrei plantão, fiquei sem dormir, mesmo sem ganhar nada, em consideração a aqueles pacientes que precisavam do meu apoio.”* A quantidade exacerbada de mortes assustou os profissionais e lhes deixou marcas que consideram que ficarão para sempre marcadas em suas histórias de vida. Além de tudo isso, precisaram lidar com a instabilidade da doença, que gerou sentimentos de tristeza e angústia. **B:** *“... é um pouco*

*assustador assim, como eu te falei... você tem que se acostumar com a morte assim, total. Acostumar total com a morte...”.*

### **Insignificância**

O desconhecimento das complicações causadas pelo coronavírus deixou o sentimento nos profissionais de insignificância, por não entenderem os contratempos ocorridos durante os tratamentos, nem como e quando agir com os obstáculos. **E:** *“e acredito que talvez o sentimento mais forte que eu tive durante essa atuação durante a pandemia, foi o de quase, eu não sei se insignificância é a palavra, por eu não conseguir fazer quase nada, principalmente quando chegava pacientes particulares. Eles chegam aqui e eu não poder prover um leito... foi terrível. Eu acho que essa parte foi a mais difícil... ter que dar uma má notícia, a estas famílias...”*

### **Revolta**

Os profissionais de saúde tiveram esperanças de que as autoridades civis lançassem medidas proativas e implementariam um quadro dentro do qual poderiam atuar de maneira adequada à situação de emergência. Porém, revoltaram-se com as medidas que poderiam melhorar a qualidade do trabalho – mas não foram tomadas. **B:** *“em alguns momentos me deixou muito revoltada em relação ao governo em si, entendeu?”*. **H:** *“acho que me revoltei muito com a população em geral que não respeitava as medidas e mais ainda com o governo porque no meio disso tudo ainda tinha uma brecha pro oportunismo, onde que nessa, os recursos estavam sendo desviados para a lavagem de dinheiro, porque os recursos eles estavam ali sendo enviados diretos da União, né? Ele não estava passando pelas comissões, então, ele estava sendo já direcionado direto pro município fazer o gerenciamento daquele*

*dinheiro para prestar contas, então arrumaram notas falsas, enfim... foi um charlatanismo que só. Então isso revolta muito quem tá lá na ponta assistindo, o doente, vendo o que a gente estava vendo, passando pelo que a gente estava passando, a gente via que 1 real fazia muita diferença. 1 real poderia trazer a vida de alguém de volta. Poderia ser 1 real a mais no oxigênio da sala tal que estava fechada porque o hospital estava em crise de oxigênio e aí a gente tinha que concentrar os recursos nos pacientes mais críticos e foi isso que revoltou muito.”*

Especificamente, os profissionais de enfermagem relatam um sentimento de desânimo em relação com os órgãos responsáveis por reger as profissões: o COREN (Conselho Regional de Enfermagem) e o COFEN (Conselho Federal de Enfermagem). Nas expectativas dos participantes, poderiam ter oferecido mais auxílio e agido de forma mais incisiva. **E:** *“Acredito também que o desamparo. Não só eu, mas os profissionais de todo o mundo não estavam preparados pra esse tipo de situação, e o desamparo de... eu acho que mais profissional mesmo. Eu penso que, poderia ter tipo mais um movimento das gestões, não falo só de onde eu trabalho, eu falo de todos os lugares.”* **E:** *“Eu acho que a palavra que eu mais estou falando é ‘DESANIMADOR’. Hm... eu acho que também gera um pouco de ‘desacreditar’ dos órgãos que regem as profissões, posso falar por mim, a enfermagem é regida pelo COREN e pelo COFEN, e desacredito um pouco do que eles fazem, porque assim... eles fazem pouco pela categoria, por todas as categorias assistenciais da enfermagem, entende? Eu sei que é uma quantidade enorme de profissionais, porque nós somos a maior quantidade de profissionais da área de saúde do país, e mesmo assim vemos muito pouco acontecer...”*

## **Abalo da saúde**

Os desafios emocionais do trabalho hospitalar já costumeiros no período pré-pandemia, foram exacerbados de várias maneiras. Era comum ser impactado pela morte de pacientes queridos, ou até mesmo, algumas dificuldades pela falta de materiais importantes para o trabalho, ou mesmo ter que lidar com a falta de um colega no plantão. Estes profissionais viveram numa total catástrofe com o abalo tanto do conteúdo quanto do contexto dos trabalhos. Não apenas pela falta de materiais necessários e as cargas exaustivas, o estado emocional destas pessoas encontrava-se em desequilíbrio. A crise de COVID-19 acentuou estas e outras dores, abalando a resiliência já construída pelas experiências prévias. **B:** *“Dei uma surtada boa, perdi 12 quilos, essas coisas... Do dia que eu formei até o ano passado eu já tinha perdido 12 quilos, sabe? 60x48 (escala de trabalho), então... sem dúvida eu surtei, sem dúvida, sem dúvida, sem dúvida.”*; **B:** *“Não conseguia dormir, nisso eu comecei a fazer abuso de Rivotril, né, do clonazepam, mas não é uma medicação boa a longo prazo, e tudo, então comecei a me automedicar, não conseguia dormir. Até hoje eu tenho muito bruxismo né, de não conseguir dormir, ranger os dentes e tudo. Há umas duas semanas atrás, na UTI, eu quebrei um pedaço do dente, mordendo a noite, entendeu?”* **B:** *“Primeiro eu fui ao psiquiatra, por estar precisando de um remédio pra dormir, porque eu percebia que eu estava depressiva, um humor rebaixado, perda de peso, tristeza profunda...”*; **C:** *“A gente só sabia chorar, né? Por causa dos pacientes...”*; **H:** *“Então, eu, no início eu não conseguia dormir, tive privação do sono, tive muito medo, muita ansiedade, angústia, então eu comecei a entrar num estado depressivo.”*

## **Tabela 9**

*Fragmentos do diário da pesquisadora a respeito da Desestabilização Emocional*

---

**Abalo da saúde:** A minha sobrecarga gerava em mim vários momentos e sintomas depressivos e ansiosos. Por fim, era muito difícil até mesmo dormir. Já aconteceu de ter falhas significativas de memória, choro excessivo todos os dias a partir de junho de 2020. Iniciei terapia, mas precisei interromper devido à falta de tempo para tal, e também por ser online, e telas (na época) me causavam graves dores de cabeça.

---

**Revolta:** No meio do desespero, lembro que os outros conselhos de classe dos profissionais de saúde têm leis que sugerem quantos pacientes cada profissional pode cuidar em cada plantão. Ligo no CRP em busca de algum alívio e na intenção de tentar com que o hospital contratasse mais algum psicólogo, mas o retorno que tive, foi: “Não podemos fazer nada por você.”

---

## **Enfrentamento**

Enfrentar, neste contexto, exige muito mais do que simplesmente os desafios do trabalho encontrados normalmente. Neste momento, enfrentar diz respeito, até mesmo, a deixar os cuidados da própria vida para depois, e colocar as vidas dos pacientes em primeiro lugar. Até mesmo o ato de ir para o trabalho, pode ser enxergado como um enfrentamento em tempos de pandemia.

## **Manejar a emoção**

Por entenderem que os impactos que a pandemia causou estavam desestabilizando emocionalmente, os profissionais de saúde recorreram a serviços que poderiam apoiá-los. **B:** “*aí desde o começo deste ano, 2021, que estamos, eu faço psicólogo, psiquiatra. E agora que estou medicada, estou bem melhor.*”; **B:** “*mas tem que ter todo um suporte por trás, pra quem quiser estar bem de saúde mental, porque é triste... é muito triste*”; **E:** “*É... porque financeiramente falando, não é barato, porque terapia não é barata, e assim... eu mesma, eu também tive que financeiramente falando, comprar remédios para estabilizar meu humor, principalmente a ansiedade, por isso que eu estou falando assim, a ansiedade... eu tive que ir pra medicação porque isso não acaba.*”

Os profissionais sentiram-se privados de receber apoio psicológico, mesmo trabalhando nesta árdua posição de cuidados com os pacientes infectados. Embora tivessem que se preocupar com os doentes conforme o modelo biopsicossocial, perceberam que esse modelo não estava valendo para o tratamento que os profissionais receberam das empresas para as quais trabalhavam. **F:** *“Não, não recebi. E nem os colaboradores do (nome da instituição ocultada), porque eu não estava disponível para atender aos meus iguais.”* **A:** *“Não recebi suporte, a não ser o dos meus amigos...”*; **C:** *“Nenhum suporte do hospital”*; **I:** *“Se não fossem meus colegas de plantão, não teria recebido nenhum. Do hospital não teve.”*

### **Mobilizando valores para gerenciar o sofrimento**

Com a falta de apoio psicológico para os profissionais em seus locais de trabalho, restou-lhes o que poderiam fazer para si. Para a ‘autorregulação’, recorreram aos seus princípios fundamentais e mobilizaram seus valores com o objetivo de estabilizarem a si mesmos e às suas equipes. **A:** *“Primeiro: calma, muita calma, é... paciência, é... solidariedade, é... perseverança, é... e, eu acho que, cada dia que passava assim na UTI, que eu via o sofrimento, que eu via os pacientes indo, é como se um pedaço meu estivesse indo junto, mas eu tentava assim, não demonstrar isso, assim, perto da minha equipe, ou perto dos pacientes, e, guardava comigo mesmo. Chegava em casa eu chorava, eu pedia a Deus. E assim, eu pensava assim, na minha cabeça “vai passar, vai ter um fim, e a gente vai vencer”. E sempre com o pensamento positivo... isso me ajudou muito”*; **E:** *“A gente mexe com fezes, vômitos... a gente mexe com feridas... e bem na superfície, é tão claro isso, que é por amor. A gente não faz isso aqui se não for por amor. Qual sentimento que me faz, qual emoção que me faz eu vir aqui e fazer tudo isso aqui, sendo que isso aqui é ruim, isso não tem um cheiro agradável, essas pessoas estão me maltratando... é AMOR.”* **I:** *“Foi um momento de guerra, que a*

*dedicação à vida do próximo, a dedicação à causa, fez a diferença para as pessoas e poderia ter feito muito mais.”*

### **Quebrar regras**

Uma das exigências hospitalares para combater a disseminação do coronavírus foi o isolamento. Por isso, os pacientes contaminados não recebiam visitas de seus familiares frequentemente. Esforçando-se para amenizar o sofrimento emocional do paciente e dos familiares, os profissionais optaram por descumprir algumas regras impostas pelo hospital. **B:** *“e nisso que eu estava conversando com a mãe dela, a mãe “Nossa, então deixa eu ver ela, antes de tudo e tal”, e eu fiquei numa posição meio assim, né? Porque tinha um protocolo muito rígido no hospital, né? Porque geralmente quem faz isso são os psicólogos, né? Que na verdade fazem videochamadas, e coisas assim... Então isso era um sábado, um domingo, e aquele caos, aquela história, a mãe dela começou a chorar, e eu sei que fui fazer o vídeo com a menina.”* **I:** *“numa ocasião de ter que entubar paciente sem N95 porque o paciente estava morrendo, e... eu acabei entrando, e eu não peguei COVID nessa época, é um fato marcante, numa urgência, se você considerar a vida do próximo tanto quanto a sua, você vai se colocar em risco, não que fosse o certo, mas foi algo assim marcante, porque por mais que você fale ‘paramente’, na hora da urgência que tem paciente entrando em parada cardíaca por não estar entubada, os profissionais acabam entrando.”*

### **Usar seus sentimentos para melhor cuidar**

Infelizmente, por estarem em constante contato com o vírus os profissionais se contaminaram, mas apesar de todas as dificuldades, conseguiram ressignificar este momento. Dessa forma, transformaram sua própria história pessoal numa ferramenta para sua atuação.

Estes profissionais mostraram que a empatia poderia ajudar os pacientes neste momento difícil, e assim, proporcionar ações que fizessem que o ambiente se tornasse menos traumático. **A:** “*eu tento me colocar no lugar do paciente*”; **A:** “*Porque, gera medo pra mim, transmitir pra minha família, mesmo eu tendo pegado duas vezes, mas é a minha profissão, e eu sinto que preciso estar ali para ajudar, então eu tento assim, pensar mais nessa forma, pra mim poder contribuir.*” **A:** “*eu tento me colocar no lugar do paciente, porque eu tive também, né, esta doença, então eu sinto que o paciente tem um medo, um pânico muito grande. [...] Porque é uma doença que dá muito medo, gera um pânico muito grande, e tentar assim, deixar esse paciente mais tranquilo e tentar que ele tenha força, pra encorajar ele, né, pra que ele consiga vencer, né, essa doença, porque vai passar.*”

Na tentativa de oferecer conforto emocional para os pacientes, os profissionais investiram em ocultar seus sentimentos negativos, entendendo que desse modo conseguiriam trabalhar com mais eficácia. Entenderam que mostrar-se fortes naquele momento, poderia ajudar o paciente a melhorar, já que não tinham outra opção a não ser, serem fortes. **A:** “*a gente tem que tentar separar um pouco o emocional, porque se não, a gente não consegue lidar com a situação.*” **A:** “*não, eu tenho que ser forte porque aquela pessoa precisa de mim. E se eu tiver no lugar daquela pessoa, eu vou precisar também*” **A:** “*é onde que a gente tem mais garra, mais força, e separar o lado assim tão emocional, controlar ele.*” **C:** “*Foi tudo tão rápido... era tudo assim, todo dia era um novo paciente, uma nova história, uma nova vida. E, a gente tinha que ser forte, não tinha o que fazer...*” **B:** “*Na minha cabeça passava o que eu poderia, o que seria de consequências se eu fosse embora, porque era isso que eu queria, tudo o que eu queria era ir embora. Mas aí chegou um colega do plantão da noite, e aí eu pedi pra ele meio que tomar conta dessa paciente.*” **C:** “*nesse tempo eu afastei muito da minha filha, da minha mãe... me dói muito, mas eu fui forte por elas!*”; **I:** “*e abrindo mão de muitas*

*vivências na minha vida pessoal é que eu tive um grande êxito aí, que eu considero o maior êxito de todos que foi que nós conseguimos salvar inúmeras vidas.”*

### **A equipe como fator de proteção**

A experiência compartilhada de trabalho intenso, plantões cansativos, e vivências diárias muito parecidas, levou os profissionais a contarem com apoio mútuo no seio da própria equipe. Cada um deles, da forma que conseguia, oferecia e recebia algum suporte dos seus colegas de trabalho. **A:** *“Eu sempre tentava assim, eu mesmo, orar, pedir a Deus, dar força pra minha equipe... até pros médicos.”* **A:** *“não, vamos lá, você é forte, você consegue, todo mundo aqui precisa de você...”* e, assim ia, eu senti mais força assim, com a garra, com a equipe toda.”; **H:** *“então era aquela relação de autoajuda, é... minha para comigo mesmo, e minha para com colegas próximos. Então esses momentos de... de descontração, de reuniões, eram os momentos que a gente se apoiava.”*; **C:** *“Então, um ia dando força pro outro. Eu fiz uma amizade muito importante pra mim, e a gente trabalhava junto no A., a E., que ela me dava um apoio muito grande, e eu pra ela, então esse foi o apoio que eu tive.”* **E:** *“O que eu hoje na Educação Continuada tento trazer para as pessoas, é um pouco disso, sabe? De... a gente conversar sobre inteligência emocional. Eu fui conversar isso e acho que as pessoas, elas ‘param’, sabe? Mas é importante a gente entender e trazer o problema aqui pra dentro, tá todo mundo chateado, se alguém te dá uma resposta, você não sabe o que ela está passando. Você não sabe o porquê ela está mais ‘amuada’ hoje. Deixa ela sofrer o sofrimento dela, e dizer só: eu estou aqui.”* **G:** *“meus colegas ali, que apesar de não ter tempo, conversávamos sobre nosso sentimento e a gente se abraçava... chorava junto.”*; **H:** *“e meu recurso foram as pessoas que estavam trabalhando junto comigo e a gente promovia entre nós, profissionais ali, com o pessoal que já foi designado pra missão, a gente promovia momentos de interação entre*

a gente.”; **H:** “Então esses momentos de bate papo, de reunião, a gente fez muito diagnóstico situacional né? Então a gente tinha que se reunir pra escrever, passar esse relatório para o ministério da saúde. Porque foi baseado nisso que os recursos, as pessoas, tudo foi providenciado ou foi tentado conseguir providenciar. Então eram esses momentos que a gente tinha de tentar esquecer, um pouco, a realidade que a gente vivia. E nessas reuniões rolava uma cerveja, rolava é... uma descontração, rolava música, e era isso que fazia a gente fugir um pouco da realidade. Se eu não tivesse tido o apoio das pessoas que estavam ali comigo, eu teria abandonado a missão e não teria ficado lá.”; **H:** “Os momentos com a equipe me trouxeram benefícios, como uma melhor qualidade de sono, uma melhor alimentação... já deixei de sentir muitos sentimentos ruins, já deixei de vivenciar o meu fracasso. O meu fracasso emocional. Me retirou de uma angústia muito grande. Esse compartilhamento de emoções e apoio mútuo, foi importante por causa disso, porque a gente se ajudava, ajudava o grupo.” **I:** “Se eu estava em uma equipe que eu estava impulsionando, eu impulsionava os profissionais a se dedicarem tanto quanto eu, a se empenharem tanto quanto eu, e isso tornava a equipe acima da média.”; **A:** “eu acho que precisa de ajuda de várias pessoas, pra não sobrecarregar. Porque todo ser humano, eu acho que tem um limite também... eu acho que tem que compartilhar.”. **H:** “Se eu não tivesse tido o apoio das pessoas que estavam ali comigo, eu teria abandonado a missão e não teria ficado lá.”;

Junto com esses outros companheiros, passando pelas mesmas experiências e compartilhando estes sentimentos, a pessoa volta a cuidar melhor de si: **H:** “Os benefícios foram uma melhor qualidade de sono, uma melhor alimentação... já deixei de sentir muitos sentimentos ruins, já deixei de vivenciar o meu fracasso. O meu fracasso emocional. Me retirou de uma angústia muito grande. Esse compartilhamento de emoções e apoio mútuo, foi importante por causa disso, porque a gente se ajudava, ajudava o grupo.” **H:** “então era aquela relação de autoajuda, é... minha para comigo mesmo, e minha para com colegas próximos.

*Então esses momentos de... de descontração, de reuniões, eram os momentos que a gente se apoiava.”*

### **Tabela 10**

#### *Fragments do diário da pesquisadora a respeito da Vivência*

---

**Sobrecarga.** Além de trabalhar intensamente na UTI, eu também era responsável pelos outros setores: Oncologia, Alas de Internações (3 alas, ao todo), Pronto-Socorro e Sala de Hemodiálise. Na época, pensava que quando eu não conseguia atender algum dos outros setores, estava deixando meu trabalho ‘a desejar’, e me sentia muito muito muito mal com essa situação. Por diversas vezes, eu saí do hospital às 22:00hrs (meu plantão era de segunda a sexta, de 8:00 às 18:00hrs). A minha sobrecarga gerava em mim vários momentos e sintomas depressivos e ansiosos.

---

**Vivendo a catástrofe plena.** Chego no hospital, tranco a porta da minha sala e a única coisa que eu sei fazer é chorar. Vou na UTI e vejo todos os funcionários chorando. Do médico à senhora da limpeza. Que caos!

Na segunda-feira, chego no hospital, e a primeira frase que ouço é: Este final de semana foram 13. Me questiono em pensamentos: 13? 13 para a UTI? 13 entubamentos?. E a pessoa continua a frase: 13 mortes. De sexta-feira após às 18 horas, até domingo de madrugada. 13 pessoas morreram. 13 amores de 13 famílias, mortos. Olhando os prontuários das pessoas que morreram, encontro o prontuário de um dos pacientes que mais tive o prazer de encontrar durante todo o meu trabalho no hospital.

No meio dos incontáveis, 13, vejo que a perda física é só uma das etapas difíceis no meio disto tudo. No meio dos 13, me lembro dos pais e 2 irmãos do H., dos 2 filhos (gêmeos) do E. e de sua esposa (que disse tantas vezes que o amava, durante as videochamadas), da filha do A., que sempre que falava comigo, perguntava - Você acha que meu pai ainda ficará muito tempo na UTI? -. Lembrando dos 13, e de todos os familiares que tive a oportunidade de conhecer, início mais uma semana que já começou do pior jeito possível. O paciente H., 35 anos, teólogo, filósofo, extremamente religioso, e no dia que fiz sua primeira videochamada, passou horas conversando comigo, me dizendo o quanto meu trabalho era importante, e o quanto a videochamada faz diferença para todos aqueles pacientes que estão isolados sem poder se conectar de alguma outra maneira com suas famílias. Sua mãe reside no setor rural, e durante uma das videochamadas me convidou para tomar café um dia, quando H. recebesse alta do hospital e a pandemia tivesse seu fim. Em nossas cabeças, era CERTEZA que iríamos entregar H. para seus familiares novamente. Inclusive, me despedi dele na sexta-feira, dizendo que eu retornaria na segunda para fazermos novamente a videochamada, caso ele continuasse na UTI. Mal sabíamos o que estava prestes a acontecer.

Por usar meu telefone para o contato com os familiares, recebia muitas ligações após os plantões e mensagens pelo WhatsApp. Geralmente, eram pedindo informações sobre seu familiar internado, ou me pedindo para mandar algum recado quando eu chegasse no plantão do outro dia. Acredito que essas situações fora do hospital me deixavam pior do que eu já estava. Apesar de compreender muito as dores e as necessidades das famílias, eu me sentia muito mal. Pior do que isso, era chegar no outro dia e ir dar o recado que a família havia pedido, e quando eu chegava, me deparava com outro paciente no leito e não o que eu estava esperando. Quando eu perguntava, a resposta nunca era outra: MORREU.

Trabalhei com COVID. O resultado havia dado negativo, mas tive todos os sintomas possíveis. Após mais de uma semana trabalhando SUPER debilitada, senti chiar meu pulmão e procurei a emergência do hospital numa sexta-feira às 18:00 (ou seja, após o fim do meu plantão). Fiz

---

---

tomografia e estava com 25% do pulmão comprometido – sequelas da COVID. Penso que se não tivesse continuado trabalhando e exercendo o repouso necessário, eu não teria esse comprometimento.

---

## **Repercussões**

Como resultado de todas as dificuldades enfrentadas, os profissionais de saúde vivenciaram consequências (positivas e negativas) ao encarar o trabalho contra a COVID19. Perceberam que ao lidar com adversidades acometidas pelo novo contexto, cresceram em humanidade e resiliência, e melhoraram suas competências profissionais. Quanto aos impasses encontrados, está a desmotivação com o trabalho.

## **Desmotivação**

Por compreenderem que os serviços de saúde eram indispensáveis neste contexto, os trabalhadores tiveram esperanças quanto à atenção voltada para suas classes profissionais. Mas ao contrário disso, foram frustrados e se sentiram desmotivados com o trabalho exercido na área da saúde. **C:** *“Eu acho que eu até desanimei de hospital... É... eu voltei a estudar, e eu penso em fazer uma pós futuramente em ser professora, é... em outras áreas. Eu continuo fazendo enfermagem...”* **E:** *“Muito desânimo das pessoas, muitas desistências, muitos colegas muito bons de trabalho desistiram da profissão.”* **E:** *“Então, eu acho que teve muita violência, a desistência dos colegas que amavam a profissão e gostam de fazer isso... e acredito que um pouco dessa frustração toda acabou assim... trazendo para as pessoas, não sei, acho que infelicidade. Eu vejo muita gente que... desanimou.”* **E:** *“Conversei com muitas pessoas nesse período que falavam assim “cara, eu nem sei o que vou fazer”, então assim, da mesma forma que meus colegas saíram da profissão para fazer outras coisas, muitas pessoas jogaram tudo*

*pra cima e disseram assim “vamos viver”. Um colega meu largou um emprego muito legal aqui em Anápolis, e mudou, se reinventou, ele estava mal e está bem agora.”*

### **Crescimento profissional em resiliência, humanidade e competência**

Embora o trabalho fosse árduo e por vezes catastrófico, os profissionais ainda assim, conseguiram extrair experiências positivas deste momento. A evolução profissional que tiveram, contribuiu para o crescimento desta resiliência, ressignificando o que sentiram de negativo. **E:** *“isso não vai acabar, então estou buscando outras formas de ressignificar isso aqui.”*; **F:** *“Tem consequências boas e consequências ruins. Hoje eu consigo entrar em contato com a morte de uma forma diferente.”*; **G:** *“Sou o tipo de pessoa que acha que cresce muito nas dificuldades.”*; **I:** *“E nesse contexto pessoal, participar dessa pandemia e vendo outras pessoas em situações piores, e que ao ver minha capacidade de fazer a diferença na vida delas, me deu bastante ânimo pra passar por meus problemas pessoais como se eles fossem menores, que aqueles problemas das pessoas que estavam lutando para viver eram maiores que os meus.”* **I:** *“mas sempre tive também uma capacidade enorme de ter empatia, de me colocar pelo outro, de sentir pelo outro, de me colocar no lugar do outro e nessa capacidade de ter empatia, eu acabo amenizando toda e qualquer tipo de sofrimento que eu tenha.”* **I:** *“a covid é um divisor de águas na medida que ele mostra o tamanho da nossa força enquanto profissionais de referência.”* **I:** *“Eu tenho uma satisfação pessoal da minha capacidade, de ter feito diferença e tenho orgulho das vidas que eu e minha equipe fomos capazes de salvar.”*; **I:** *“O que eu falava para as minhas filhas era: “a mamãe tá indo salvar outras mamães para as criancinhas não ficarem sem suas mamães. Vocês estão sem a mamãe hoje durante pouco tempo, durante um período curto, e se a mamãe não for lá salvar elas, várias crianças vão ficar pelo resto da vida sem mamães”*), e isso, eu despertei nelas o sentimento de empatia.” **I:**

*“Eu só tenho orgulho da profissional que eu sou, do ser humano que eu sou e do ser humano que eu tive capacidade de me transformar aí nessa situação de guerra.”*

Reconhecer a importância do seu trabalho e os efeitos que ele causa nas pessoas, foi uma ferramenta utilizada para entender que nem tudo foi tão ruim – houve ganhos em meio ao caos. **G:** *“gratificante por saber que no meio de uma pandemia você está ali fazendo parte da história, e amenizando de alguma forma aquela pessoa que está ali em isolamento, então é ao mesmo tempo gratificante e cansativo. Eram os atendimentos mais cansativos, porque era o tempo de paramentar e ir atender, porque seu trabalho é com a pessoa que está no isolamento, que fala com a família ou não fala pq não dá conta de falar nem pelo celular, não tem a família por perto. Então é gratificante pra eu poder trazer calma, às vezes até fazer um encontro pra família pela chamada de vídeo.”* **I:** *“O COVID pra mim foi um... uma experiência do que a nossa capacidade de doação, de amor ao próximo pode fazer por mudar uma realidade.”*

Os profissionais souberam reconhecer que houve ganhos mesmo com os atravessamentos da doença. Consideram que trabalhar na linha de frente encarando esse vírus fatal, pode ter contribuído para o crescimento profissional e pessoal. Ao enfrentar suas emoções – da maneira que deram conta, perceberam que sentimentos e valores mudaram, entendendo que se tornaram pessoas melhores. **A:** *“um dos benefícios, que... eu me torno uma pessoa mais forte. Porque eu me baseio assim: o sofrimento, a dor das pessoas, com uma doença dessa, é... o profissional da saúde ele se torna um pouco forte, porque ele tem que ser!”* **C:** *“Eu aprendi muito. Aprendi a escutar, a falar menos, a... a família, o espiritual. A gente aprende demais com eles.”* **E:** *“Eu acho que a terapia vale pra tudo, né? E eu tendo buscado nela não só pra atravessar tudo isso que estamos atravessando, mas pra lidar com o todo da enfermagem, lidar com as críticas, lidar com pessoas em sofrimento por todo tempo, e não trazer isso pra minha realidade, entender o paciente num contexto geral e não trazer aquele sofrimento pra mim, não deixar isso passar para as pessoas.”* **F:** *“No COVID, você não tem tempo no COVID.*

*Hoje em dia a gente tem um pouco mais de tempo, a gente consegue visualizar melhor, porque a vacina... a vacina, trouxe possibilidades, né? Mas eu consegui lidar melhor com a morte, eu como profissional mesmo. Pessoalmente eu consigo lidar melhor com a morte. Dos 'porquês' da morte."*

A experiência adquirida neste momento de pandemia pareceu ter sido importante para a vida profissional e pessoal de quem trabalhou na linha de frente. Mesmo com as adversidades do desconhecimento do vírus, trabalhar em prol da melhora das pessoas neste momento, resultou em crescimento das competências profissionais. Os profissionais também consideram que algumas medidas necessárias para evitar a contaminação, continuarão à tona mesmo após a pandemia. **E:** *"Higiene das mãos. Eu acho que isso aí as CCIHs (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar) do mundo estão muito felizes, porque acaba que vira um hábito."* **F:** *"eu acho que nós profissionais de saúde, foi entendendo melhor como é que se pegava, como que era a Transmissão do vírus, então a partir do momento que todo mundo ficou seguro e eu fiquei segura de como paramentar e utilizar a máscara, lavagem de mãos, aí eu fiquei mais tranquila em relação a chegar perto mesmo, a tocar o paciente, conversar de perto, abraçar, algo assim... já que eles foram privados disso. Consegui fazer isso e me sentir segura pra chegar em casa. Em relação a mim pessoalmente, parece que o 'atuar na área' é muito mais forte, porque mesmo com o medo de que posso me contaminar, se precisar você vai abraçar, deitar em cima do paciente para poder ajudá-lo se for preciso, Independente do risco que teve."* **F:** *"E agora eu tenho experiência em Terapia Intensiva, e tenho experiência em Terapia Intensiva COVID. E... lidar com pessoas, ainda muito mais! Então, conversar, acolher, conter a angústia, é... a cada gratidão dos familiares, e dos pacientes também, a gente sempre aprende um pouco mais. A gente aprende com a teoria, com a prática..."* **G:** *"então eu aprendi a lidar muito mais com conflitos, com o caos, eu acho que já tenho esse perfil de UTI que tudo precisa ser resolvido muito rápido, tomadas de decisão, só aumentou isso e foi muito legal,*

hoje faço isso com mais facilidade. Antes eu já fazia rápido, mas ficava tensa, hoje eu já consigo ficar melhor. Triar melhor os casos de maior dificuldade, lidar com os conflitos, seja de família ou equipe, e... isso me levou também a amadurecer e lidar melhor com os caos que acontecem na minha vida. Dar valor à algumas coisas eu sempre dei, por já ser da área. Eu sempre soube que a vida é sopro, é frágil, é delicada. Mas acho que me fez cuidar muito mais de mim, mentalmente.”; **H:** “uma semana que você passa no COVID é a mesma coisa de... 10 anos trabalhando na área. Ou você aprende ou você aprende. Uma semana qualquer que você passa lá, é como se você vivesse o mundo em uma semana. Você, você, passa a vivenciar várias situações que talvez nunca se foi estudado, nunca se foi comentado no... no ambiente escolar, né? Num ambiente acadêmico”.; **H:** “o gerenciamento melhor do resíduo de saúde, eu acho que isso também é muito importante, porque todos os resíduos eram contaminados, independente do papel que fosse na sua mão. Então pra onde foi isso tudo, né? Então acho que teve essa preocupação, eu acho que as cidades se mobilizaram para dar um destino mais adequado para esses resíduos, acho que essa questão sanitária mesmo, que veio para ficar de melhoria. A preocupação com os resíduos e melhor higienização, a limpeza de ambientes abertos, fechados, públicos... melhor higiene destes locais.”; **I:** “covid pra mim ele me deu muita satisfação pessoal, porque eu através das inúmeras vidas salvas, eu tive convicção dos meus dons e talentos, da minha capacidade de liderança, da minha capacidade profissional, de mudar cenários e destinos, incentivar equipe, transformar a vida das pessoas, como sujeito ativo.”

O crescimento vivenciado por estes profissionais perpassa o profissional: ampliar o autoconhecimento foi um fator real acontecido, dando início a mudanças significativas na vida destas pessoas. **I:** “Eu era uma pessoa mais retraída, mais introspectiva, eu não tinha essa noção de resplandecer, de iluminar o ambiente que eu estava, como eu tenho agora.”

## Mudanças institucionais

Para além do trabalho, é perceptível que estes profissionais fizeram mais do que lhes foi cobrado. Ainda que o peso e a carga emocional de tudo o que viveram ficasse marcado, compreenderam que trabalhar de forma humanizada poderia ajudar estes pacientes de forma mais ativa, mesmo em um momento de crise. As alterações no regimento hospitalar após entenderem isso, finalmente aconteceu. **A:** *“Os leitos, ficam os familiares, juntos, isso é muito importante demais, demais... porque ajuda o tratamento, por causa da ansiedade, ajuda por causa do medo.”* **A:** *“a parte da psicologia, também... é, tem uma pessoa agora, só exclusiva, pra UTI dos COVID, eu falo assim, a psicóloga agora atua muito, muito, muito lá, não é pro hospital inteiro, como era antes, né?”*

De acordo com o afastamento dos locais de trabalho, foi recomendado que os atendimentos psicoterapêuticos mantivessem apenas de forma online, o que facilitou seu uso pelos profissionais de saúde em necessidade de apoio psicológico. **B:** *“aqui em SP como é tudo muito complicado, então eu faço virtual [...], eu tenho uma empatia com ela, sabe? Então de qualquer forma foi até positivo pra eu entrar em contato com essa abordagem logo, talvez eu fosse ficar em casa enrolando um pouco mais pra ir atrás, né...”*; **H:** *“a gente recebeu um canal de comunicação com o serviço de psicologia.”*

## Tabela 11

*Fragmentos do diário da pesquisadora a respeito das Repercussões*

---

**Desmotivação:** Ao vir todas estas memórias, me vem um misto de sentimentos: Continuar trabalhando fazia sentido pra mim neste momento? Será que hoje seria um daqueles dias para respeitar meus sentimentos e ir embora para casa? Será quantos ainda vamos perder? Quantas famílias não receberão seus amores de volta? E chorei. Tenho meus momentos de revoltas com Deus, por ainda não conseguir acreditar que tudo isto está acontecendo.

---

**Crescendo em competência:** Hoje recebi flores da família de uma paciente que morreu. Uma senhorinha muito querida, que jamais vou esquecer da felicidade que ela demonstrava enquanto eu fazia as videochamadas. Sentir esse abraço da família, ainda que tenha sido sem receber seu familiar de volta, acalenta a alma e acalma os dias de desespero.

---

---

**Crescendo em humanidade:** E, receber um incentivo, um agradecimento e ouvir que se não fosse por mim, provavelmente esse contato com os familiares não estariam acontecendo (no caso da videochamada), é uma das maiores alegrias que tenho passado.

---

**Crescendo em resiliência:** Apesar de toda a tristeza, alguns dias são melhores do que outros. Receber a notícia (e ter que passá-la adiante) de que um paciente – ou vários – morreu, com certeza é a pior parte do meu trabalho, mas é muito bom quando podemos ‘devolvê-lo’ bem para a família. A dor também nos faz crescer.

---

## 5 Discussão

### *Grounded Theory*

Averiguou-se com clareza quais foram as dificuldades e desafios que os profissionais participantes tiveram ao trabalhar com pacientes em isolamento por COVID-19 durante a pandemia. Estes profissionais perderam as pessoas, os familiares e os pacientes, passando por um processo de luto. Para além disso, muitas vezes perderam suas identidades, descaracterizando-se do ‘profissional’ para atender as demandas pessoais dos pacientes, colocando sua própria saúde em risco. A pandemia os afetou num contexto integral: saúde física, emocional, psicológica, financeira e social.

O método adotado, além de permitir a construção de uma teoria baseada nestes dados, possibilitou também que estes profissionais tivessem um momento de desabafo sobre esta experiência. Momentos estes, que não foram oferecidos em nenhum outro momento pelas instituições de trabalho durante a pandemia (apenas um dos participantes recebeu possibilidade de suporte psicológico proveniente da instituição na qual trabalhou).

Muitas vivências dos profissionais eram similares, independentemente das regiões onde trabalharam. Todos sofreram, uns mais, outros um pouco menos, mas todos em uma grande proporção. Conforme a Tabela 5, pode-se perceber dados importantíssimos para a pesquisa:

Viver a catástrofe plena, foi um desafio gigantesco para os participantes, visto que foi um código com um dos maiores números de contribuições (participantes H, E, F, G, I e B), percebido como o maior dificuldade encontrada por estes. Como mecanismo de enfrentamento utilizado, Manejar a emoção foi significativamente importante para continuarem exercendo o trabalho, tendo também um maior número de contribuições (participantes B, E, F, A, C e I). No entanto, apesar de terem sido altos os números de respostas classificadas com estes dois códigos, o Crescimento profissional (participantes E, F, G, I, C, A, H) e o Crescimento pessoal (participantes E, F, G, I, C, A e H) ainda obtiveram um nível mais alto de respostas. Percebe-se então, que apesar do sofrimento ser enorme, os profissionais cresceram ao passar por este momento. Este resultado entra em consonância com a pesquisa de Kalaitzaki et. al. (2022), visto que estes participantes utilizaram estratégias adequadas para lidar com o sofrimento, e dessa forma, puderam diminuir as chances da ocorrência do estresse traumático secundário e aumentar o crescimento pós-traumático vicariante.

O período pesquisado no presente estudo foi marcante e transformador para a área da saúde. Os impactos sofridos pelos profissionais de saúde estiveram presentes em diversos contextos da vida, não apenas no trabalho. As emoções e os sentimentos foram abalados por diversas preocupações, além da saúde física também ter sido prejudicada: *“Dei uma surtada boa, perdi 12 quilos, essas coisas... Do dia que eu me formei, até o ano passado, eu já tinha perdido 12 quilos, sabe? 60x48 (escala de trabalho), então... sem dúvida eu surtei, sem dúvida, sem dúvida, sem dúvida.”* (participante B). Os estudos de Mediavilla et. al (2022) concordam com os dados encontrados nesta pesquisa, na medida em que os autores discorrem sobre o impacto sofrido pelos profissionais de saúde já no primeiro ano de pandemia. O abalo emocional, o sofrimento psicológico e a depressão, foram suportados por estas pessoas.

Conscientes da importância dos seus papéis para o tratamento dos pacientes com COVID19, os profissionais de saúde atuaram ativamente na linha de frente contra a pandemia.

Souberam transformar experiências parecidas com as quais os pacientes viviam, em melhores formas de atuação profissional e em auxílio para compreender o medo do paciente. Lizu, et. al. (2021) havia descrito sobre quanto mais o profissional está no caminho da busca de sentido, mais este fato se torna um mediador importante para o processo de crescimento pessoal e profissional.

Certamente, estar imerso à catástrofe plena foi extremamente uma fonte ameaçadora para a segurança dos profissionais de saúde e a maneira como a pandemia escancarou os perigos que cercam este público. Comparando a pandemia por COVID-19 com um Tsunami, Blustein et. al. (2022) usam o termo ‘Precariedade’ para captar como as pessoas lidam com este momento de caos. Averiguando como as pessoas entendem, lidam com e resistem à perda significativa de estabilidade, saúde e segurança, os resultados destacaram que as pessoas já são conhecedoras da vida com a precariedade, e que a pandemia apenas elevou os efeitos disso a um novo patamar, com uma profunda ameaça existencial, aumento do medo, e a generalização dessa precariedade através dos múltiplos papéis e contextos da vida.

A exaustão tomou conta destes profissionais. A carga de trabalho exigiu forças que os profissionais de saúde desconheciam até o momento: *“A gente chegava do plantão morto, cansado, exausto. Totalmente absorvido, sugado. Então a gente tomava um banho, eu dormi no chuveiro! Eu dormi no chuveiro, não foi uma, nem duas vezes, eu dormi. Com a água ligada, caindo e eu deitei e não conseguia levantar, eu dormia no chuveiro, várias e várias vezes. Exausto! Desidratado, a gente não tomava água pq não tinha como...”* Os estudos de Wang et al. (2022) e de French et al. (2021) mostram que burnout pode estar diretamente ligado com a lesão moral, ou seja, a angústia que pode surgir de ações, ou falta de ação, em violação da ética, podem abalar o equilíbrio psicológico de qualquer profissional.

O desconhecimento dos agravos e consequências da COVID-19, a falta de recursos para exercer o trabalho, e as outras muitas situações que estes profissionais viveram, deu início à doenças psicológicas e acarretaram no desânimo com a profissão: *“Acredito também que o desamparo. Não só eu, mas os profissionais de todo o mundo não estavam preparados pra esse tipo de situação, e o desamparo de... eu acho que mais profissional mesmo. Eu penso que, poderia ter tipo mais um movimento das gestões, não falo só de onde eu trabalho, eu falo de todos os lugares.”* (participante E). Tiveram suas expectativas quebradas ao imaginar que as políticas públicas e os conselhos de classe profissionais poderiam despejar orientação e auxílio: *“em alguns momentos me deixou muito revoltada em relação ao governo em si, entendeu?”* (participante B). Este sentimento de desânimo e revolta diz respeito à quebra do vínculo afetivo com a gestão e à quebra de uma confiança. French et. al. (2021) haviam estudado sobre estes conhecimentos, ao descrever que há diversas implicações que dificultam a conexão entre profissionais - organização. Os autores sugerem que a reparação desta ruptura dificilmente se regenera, podendo haver desmotivação profissional e até mesmo falta de motivação para a equipe. Pior será, se as organizações não promoverem contextos para reparar esta situação, pois assim, a perda desse vínculo poderá ser permanente.

Compreende-se também, que outra questão que impactou os profissionais de saúde, foram as investidas elaboradas para a assistência aos enfermos e baixíssimos recursos voltados para o amparo psicológico dos trabalhadores da saúde, que também experienciaram os desafios da pandemia. Allbot et. al. (2020) comparam esta classe de trabalhadores com soldados na linha de frente em um campo de batalha, sofrendo com a falta tanto de munição, quanto de meios de segurança, além de estarem expostos à morte.

Além de Ribeiro e cols. (2020) acreditarem que o impacto psicológico do profissional da linha de frente deveria ser considerado de forma individual, estes autores também refletem sobre a magnitude do sofrimento emocional vivido pelos enfermeiros. Também confirma-se,

através da presente pesquisa, que os sentimentos dos participantes foram permeados por tristeza, desamparo, sensação de impotência, entre outros. Há possibilidade destes e de outros sofrimentos terem ocasionado depressão e altos níveis de ansiedade nestes profissionais.

Durante a interação do profissional de enfermagem com seu trabalho, esta pesquisa evidencia que as novas imposições da COVID-19 afetaram diretamente a saúde psicológica dessas pessoas. Segundo outros pesquisadores, os sentimentos de aflição permearam a relação profissional-paciente, pois sofreram profundamente com a sobrecarga emocional e física, impossibilitando que, até mesmo suas necessidades básicas, fossem atendidas (Queiroz, et. al., 2021): *“Pra mim, foi extremamente cansativo passar por isso tudo, passando por isso tudo, após o término, é que eu realmente tinha saído de uma guerra, e eu precisava descansar, repousar, me restabelecer. Eu tinha uma fadiga física e mental enorme, é difícil pra uma pessoa que dorme todas as noites em casa, tem todos os finais de semana pra si mesmo, se colocar no lugar de uma pessoa que está dando aí 5, 6 plantões noturnos, e eu passei por isso mais de 1 ano. Então eu fiquei extremamente fatigada, extremamente cansada, era um cansaço físico e mental.”* ” (participante I); *“Foi caótico, ficou uma exaustão, ficou um cansaço, na época, eu me senti muito mais ansiosa, muito mais triste... chorava e chorava...”* (participante G). Oliveira e Silva (2022) descobriram que a necessidade de mais medidas de proteção foi a principal mudança de rotina que os profissionais tiveram, logo, isso implicou no aumento da carga de trabalho e maior risco de infecção pelo coronavírus. Observaram também que um grande estressor foi a falta de conhecimentos dos pacientes frente à COVID-19, sendo que as *fake News* reforçaram as dúvidas quanto à veracidade do tratamento. Pode-se também perceber que a forte pressão do trabalho, as mudanças exigidas, e a falta de vacinas aumentou o nível de estresse e afetou significativamente o bem-estar psicológico dos profissionais. Reforçando também os resultados alcançados por esta pesquisa, Machado et. al. (2022), estudaram que, como um dos atravessamentos enfrentados pelos profissionais, pode-se identificar a alta

demanda de trabalho, que impossibilitava o autocuidado. Outras dificuldades relatadas pelos profissionais de saúde, relacionaram-se à baixa remuneração, falta de valorização do profissional, a falta do profissional de psicologia, bem como um serviço efetivo que fosse responsável pela saúde do trabalhador.

Ao procurar lidar com as emoções, emergiu o perigo do abuso de medicações psicotrópicas, por exemplo. O entendimento das doenças que em geral subsidiam a atuação profissional, e a tomada de decisão em ambiente hospitalar, não tiveram presentes por conta do desconhecimento do vírus, gerando o sentimento de impotência nos profissionais. O sofrimento emocional e os danos psicológicos que os profissionais de saúde na linha de frente incorreram, ao ter que lidar com o contexto pandêmico, não foi destacada somente nesta pesquisa. O papel do desconhecido nesse processo doloroso, como também as complicações de ordem interpessoal e institucional, foram identificados por Queiroz (et. al., 2021), que descreve que os trabalhadores da enfermagem sofreram com o ‘novo’, por precisarem elaborar significados de acordo com a evolução da pandemia, prestarem atendimentos em tempo integral e terem que lidar com dificuldades das relações profissionais e institucionais, importantes para o desenvolvimento de seus trabalhos.

Lidar com a morte, era procedimento comum no trabalho em hospitais. Mas, encarregar-se de preparar inúmeros corpos devido à elevada mortalidade causada pelo coronavírus, abalou fortemente as estruturas psicológicas dos profissionais e as condições de trabalho: *“Tivemos muitas mortes, muitas mortes. Teve um dia que foram 13 óbitos, assim... O nosso natural, é ter um por dia, ou nenhum, dois... a pandemia aumentou, tivemos dois... três já é muito. Tivemos 13 [...] Muito cansativo (participante G)”*. A perda do paciente pode gerar muitos efeitos sobre estes trabalhadores, como afetar o bem-estar emocional, cognitivo, espiritual, relacional e profissional. Os níveis de estresse dos profissionais de saúde estão correlacionados com a morte dos pacientes (Mota et. al., 2011; Destro et. al., 2022).

As instituições de saúde se tornaram amplamente zonas emergenciais por conta do coronavírus. A agilidade do psicólogo (de atitude, pensamento, criatividade, etc.), critério exigido pelos cuidados da COVID-19, não poderia excluir os verdadeiros propósitos da psicologia quando se tratava dos atendimentos à tríade paciente-família-equipe. Seus serviços não foram mais considerados apenas como importantes – tornou-se essencial (Azevedo, 2022). Da mesma forma, as psicólogas participantes desta pesquisa, ao mesmo tempo em que sofriam as consequências da pandemia, tinham como atribuições oferecer cuidados psicológicos às pessoas necessitadas: *“Primeiro, lidar com essa ansiedade do COVID, que é uma ansiedade relacionada não só aos danos físicos[...]. Porque eu era uma profissional chegando no COVID, todos nós né? Ansiosa... como lidar com a ansiedade do outro se a gente também estava ansioso?”* (participante F).

Achados semelhantes aos de Brito (2021), concorda com esta pesquisa, ao discorrer sobre uma das grandes dificuldades causadas pela pandemia: com a falta de recursos necessários, os profissionais de saúde tiveram que escolher os pacientes que iriam fazer uso dos recursos disponíveis, ou seja, escolher quem morreria. Além disso, os protocolos para esta escolha não estavam em concordância. Cada documento sobre esta temática, apresentava diferentes diretrizes, confundindo os profissionais e prejudicando esta escolha. Este fato abalou significativamente o estado psicológico destes participantes: *“Tinha um adolescente de 15 anos, obeso, muito grave, chegou na sala vermelha pra gente, e... ele teve uma parada cardíaca e ficou 9 minutos em parada cardíaca, ai... foi bem difícil porque desestruturou todo mundo da equipe. A gente estava bem acostumado com os idosos, porque chegou uma época que tínhamos que escolher quem ia viver e quem ia morrer... e essa não era uma decisão só médica, ela se tornou uma decisão multiprofissional. Então quem tinha um prognóstico melhor era quem vivia.”* (participante H). Os valores morais dos profissionais foram profundamente

anulados, desviando do caminho pelo qual procurava anteriormente à pandemia (Horsch et al., 2020).

Oferecer cuidados no hospital durante a pandemia gera sofrimento e sintomas psicológicos para profissionais, o que pode impactar negativamente a interação com os pacientes. A relação face a face, por exemplo, tem como características o contato de olhares, expressões de sentimentos e o acesso à voz real das pessoas, mostrando-se características fundamentais para a qualidade dos cuidados. Logo, o uso do EPI (Equipamento de Proteção Individual), indispensável para o cuidado com os pacientes contaminados, ao mesmo tempo que protege, dificulta a interação paciente-profissional. Estas duas variáveis: os problemas de Saúde Mental dos profissionais e o próprio uso do EPI, podem causar efeitos traumáticos nos pacientes: *“Paramentar e desparamentar cansa demais! Eu paramentava, chegava lá, eu era chamada pra uma crise de ansiedade, por exemplo, chegava lá e a paciente estava tranquila, calma, já tinha passado aquilo.”* (participante G).

Esta pesquisa concluiu de forma semelhante à de Brito (2021), pois a maior dificuldade, para alguns profissionais da saúde, foi a necessidade de arbitrar acerca do destino da existência de cada paciente, embasados em protocolos nebulosos e parciais, ante a insuficiência de recursos para atendimento de todos os pacientes. Dado que concorda com os sentimentos frequentemente encontrados também nos resultados desta pesquisa, que foi o medo (palavra frequentemente encontrada nas descrições das falas dos participantes), assemelhando-se com a pesquisa de Queiroz et. al. (2021), autores que também descreveram que o sentimento de medo permeia os profissionais de enfermagem durante a pandemia.

Algumas críticas duras foram direcionadas à falta de recursos. Na presente pesquisa, cinco (participantes B, C, H, I e G) dos nove participantes relataram sobre faltas relevantes para o exercício de suas funções (de treinamento, de recursos e de garantias trabalhistas), demonstrando que o desamparo esteve presente diversas vezes. Pelas complicações

gravíssimas que a COVID-19 causou em muitos pacientes, os profissionais enfrentaram dolorosa incerteza de precisarem escolher os pacientes que iriam usufruir dos aparelhos disponíveis (Brito, 2021). Shortland, et. al., (2020) haviam abordado sobre a precariedade do trabalho na área da saúde, que abalou os sistemas de valores dos profissionais, obrigando-os a se sujeitar a escolhas difíceis e que implicavam a manutenção da vida. Um trabalho que mostrou-se eficiente a estas demandas foi o de Pinheiro e Oliveira (2022), que implantaram quatro projetos em uma UTI durante a pandemia de COVID-19. Dentro os projetos executados estavam o Prontuário Afetivo, exposto ao lado do leito que o paciente estava, e era responsável por informar aos profissionais como o paciente gostaria de ser chamado, onde e com quem mora, do que gosta e alguma mensagem dos familiares, sendo que os profissionais eram incentivados a sempre ler este Prontuário para o paciente, mesmo quando inconsciente.

O Projeto Música na UTI, oferecia momentos musicais para pacientes e equipe de profissionais neste ambiente da UTI, sensibilizando pacientes, familiares e até mesmo a equipe. Outro projeto que a tríade paciente-equipe-família tiveram acesso, foi o projeto Eu Venci a COVID-19, que relaciona-se com a saída do paciente após seu tratamento da UTI, onde um corredor de profissionais era formado e um certificado de Honra ao Mérito era entregue ao paciente. O projeto Acolhe Cuidador era destinado às equipes de saúde, que se reuniam semanalmente e eram trabalhados temas relacionados com os sentimentos e as emoções sofridas por estes profissionais, e desta forma, tinham acesso à psicoeducação relacionada aos temas. Estas pesquisadoras observaram que cada projeto estava intimamente ligado às necessidades de todos. A equipe pôde reduzir o estresse ocupacional, por serem adotadas intervenções psicológicas que podem reduzir crises emocionais e enfraquecer transtornos pré-existentes. A alta humanizada ofereceu maior união dos profissionais, pacientes e familiares, além de ter sido fator protetivo para a Síndrome Pós Terapia Intensiva (PICS). E os momentos

musicais puderam proporcionar momentos de descontração e a participação ativa dos pacientes (que puderam pedir as músicas que gostavam e até mesmo dançar).

Outro projeto que fez-se importante para o manejo das emoções dos profissionais de saúde, foi o de Machado et. al. (2022), que implantou o projeto TelePsi, a fim de acolher às diversas demandas dos trabalhadores da saúde. Desta forma, estes pesquisadores puderam ter acesso à dor emocional e psicológica dessas pessoas. Nas ligações, eram proporcionadas orientações sobre estratégias de enfrentamento contra o estresse, como técnicas de relaxamento e o incentivo ao acesso à rede de apoio social, por exemplo. Obtiveram resultados como a diminuição da intensidade das emoções desagradáveis (observado por meio de escala aplicada ao início e ao fim das ligações).

Ao integrar os conceitos da presente pesquisa, percebemos que, mesmo com todas as adversidades, há um sentimento positivo acerca do empreendimento e esforço em propiciar a assistência e alívio do sofrimento dos pacientes. Resultado similar ao de Queiroz, et. al. (2021), que concluiu que, mesmo com as novas formas de trabalho e, apesar de todo o sofrimento, a possibilidade de oferecer suporte ao paciente causa bem-estar nos profissionais de enfermagem.

Apesar dos momentos complicados experienciados nas áreas de saúde, estas pessoas puderam desfrutar de sentimentos positivos resultantes dos frutos de seus trabalhos. Tentando reduzir os provocadores de estresse e de mal-estar, os profissionais de saúde foram atrás de estratégias que pudessem auxiliá-los neste momento catastrófico. A busca pela terapia, mudanças de valores pessoais, apoio para a equipe de trabalho e tentar evitar a sobrecarga para os colegas, foram planos indispensáveis para o bem-estar dessas pessoas. Diversas vezes, ao perceber o acontecimento do caos, estes trabalhadores também conseguiram estender a mão em sinal de ajuda para seus companheiros de trabalho, promovendo escutas e apoio psicológico ao próximo. E frequentemente, esta era a única ajuda que estes profissionais tiveram: o

companheirismo durante e após os plantões. Cinco participantes (A, H, C, G e I) perceberam a importância de oferecer e receber apoio mútuo das pessoas que sofriam as mesmas situações que eles: *“não, vamos lá, você é forte, você consegue, todo mundo aqui precisa de você...” e, assim ia, eu senti mais força assim, com a garra, com a equipe toda.*” (participante A); *“então era aquela relação de autoajuda, minha para comigo mesma, e minha para com colegas próximos. Então esses momentos de... de descontração, de reuniões, eram os momentos que a gente se apoiava.*” (participante B); *“Então, um ia dando força pro outro. Eu fiz uma amizade muito importante pra mim, e a gente trabalhava junto no (nome do hospital ocultado), que ela me dava um apoio muito grande, e eu pra ela, então esse foi o apoio que eu tive.*” (participante C). Blustein et. al. (2022) confirma os dados encontrados nesta pesquisa, visto que discorre sobre como faz diferença a importância das conexões interpessoais que são repletas de sentido. Proibições em massa podem ser poderosas medidas contra a disseminação de doenças infectocontagiosas, mas são também estressores significativos. Martínez, et. al. (2021) mostraram que durante a pandemia, a angústia diminuiu significativamente nos dias em que as pessoas experimentaram maior conexão social, comprovando que o contato com outras pessoas funciona como um fator de proteção. Também verificaram que praticar atividades físicas está intimamente associado com menor sofrimento, enquanto ingerir muitas comidas calóricas e consumir exageradamente notícias sobre a COVID-19 são práticas que aumentam o sofrimento.

A realização profissional se dá quando o indivíduo se percebe no caminho certo das metas que traçou anteriormente. Não basta apenas o alcançar o que desejou como objetivo, mas entender que o processo também proporciona prazer quando está trabalhando em algo que lhe traz satisfação (Ozanan, et. al., 2019). Apesar das complicações do trabalho na linha de frente, os trabalhadores da saúde puderam sentir-se realizados enquanto ofereciam seus serviços às

pessoas infectadas. Obter satisfação no trabalho fez todo o sentido para estes profissionais, mesmo com tantas crises acontecendo ao mesmo tempo.

Dadas as regras difíceis de serem colocadas em prática (isolamento social, carga aumentada de trabalho, etc.), um dos fatores de proteção mais buscados pelos profissionais foi o serviço de psicologia. A pandemia exigiu esta medida, produzindo tantos efeitos que acabou por gerar maior busca de apoio emocional (Bluestein, et. al., 2022). Este desdobramento corrobora com os achados de Inchausti et. al. (2020), que defendem que o apoio psicológico auxilia positivamente na identificação e gerenciamento das reações emocionais.

Do mesmo modo, a fé e religião apareceram como fontes de busca de apoio para estes trabalhadores: *“Chegava em casa eu chorava, eu pedia a Deus. E assim, eu pensava assim, na minha cabeça “vai passar, vai ter um fim, e a gente vai vencer”* (participante A). Anterior ao infeliz acontecimento da pandemia, a fé e as práticas religiosas eram, por vezes, excluídas da visão de bem-estar humano. Porém, pode-se considerar que após ao experimentar o medo, sofrimento ou doenças, as pessoas também vivenciam um tipo de “renovação espiritual” (Kowalczyk, et. al. 2020).

No modelo desenvolvido no presente estudo, mostra-se que profissionais podem crescer em resiliência, humanidade e competência. Isto confirma a literatura que indica que a exposição ao sofrimento dos pacientes, pode levar para um síndrome de estresse pós-traumático vicariante, mas que a reflexão contínua acerca disso pode levar a um grau de crescimento pós-traumático (Kalaitzaki et. al., 2022). Similarmente, um estudo de Lizu et al. (2021) descobriu que profissionais com maior empatia são mais vulnerável a desenvolver um transtorno de estresse pós-traumático vicariante, e que esse mesmo processo leve a um crescimento pós-traumático vicariante só em profissionais que têm a tendência de procurar sentido na vida.

Como o participante que disse *“Que ao ver minha capacidade de fazer a diferença na vida delas, me deu bastante ânimo pra passar por meus problemas pessoais como se eles*

*fossem menores,*” o estudo de Kalaitzaki et al. (2022) aponta que o crescimento consistiu em uma sensação de poder pessoal aumentado e de maior apreciação da vida.

Assim como os participantes da presente pesquisa demonstraram, a empatia é um sentimento importante para o serviço hospitalar. Ter o contato constante com diversas famílias em sofrimento, exigiu que estes participantes fossem empáticos com elas, melhorando a qualidade do trabalho e ainda oferecendo o conforto que fosse possível no momento. Trabalhar este sentimento de empatia de forma que o profissional saiba “separar” o que é dele e o que é do outro, proporciona maior satisfação e engajamento no trabalho (Pohl, 2014).

Preocupando-se com a saúde mental dos profissionais de saúde que foram infectados pela COVID-19, Faiman e colaboradoras (2020) desenvolveram um plano de atendimento psicológico para profissionais de um determinado hospital. Os resultados que obtiveram durante a pesquisa reforçam que a falta de apoio psicológico é profundamente prejudicial para quem trabalha na linha de frente. Estes autores deixam claro o quanto a saúde dos trabalhadores da saúde foi comprometida por conta do trabalho na pandemia. Perdas, sensação de impotência, mudanças de rotinas (que promoviam sentimentos de insegurança) são exemplos de como estes profissionais foram diretamente afetados.

Além disso, estes achados também contribuíram com a importância de oferecer uma assistência integral à pessoa que cuida, pois esta ferramenta pode ser um grande auxílio para estes profissionais que experimentam tanto sofrimento. Estes estudiosos defendem que este plano de atendimento psicológico é útil a ponto de poder ser utilizado em prováveis futuras situações parecidas.

## **Autoetnografia**

Escrevi uma autoetnografia daquilo que experienciei trabalhando como profissional da saúde, no pior momento da pandemia causada pelo coronavírus. A partir dos dados coletados dos sujeitos da pesquisa, faço a interpretação juntamente com a minha convivência com o fenômeno estudado. Encontrando padrões e singularidades nos sentimentos, situações, traumas e crescimentos pessoais dos entrevistados, é possível refletir sobre a minha própria experiência e perceber todas as sensações que compartilhamos e aquelas que são excepcionais, resultados da natureza e do ambiente de cada um. Assim, consigo trazer uma narrativa mais pessoal e contextualizando os resultados com a minha própria reflexão sobre as situações que vivenciei. É possível trazer uma melhor qualidade à discussão, visto que a investigadora é qualificada a entender as dores de cada um dos investigados, pois ela também as sentiu. Por outro lado, consigo identificar melhor aquilo que é extraordinário, que varia do contexto cultural, social e ambiental de cada pessoa.

Ter vivido e sentido na pele o que foi o impacto da pandemia para os profissionais de saúde, apesar dos desafios diários, foi uma oportunidade de experienciar o caos, meus próprios limites, aumentar o aprendizado e o respeito pela dor do outro. A intensidade destes dias me fez entender que sendo uma profissional de saúde, consigo me aproximar dos meus valores de vida.

A percepção que tenho, é que realmente vivemos o caos. A plena catástrofe. A crise financeira (seja na vida pessoal, ou vendo o quanto as empresas foram afetadas, inclusive os hospitais), a crise da saúde física e psicológica, a crise da luta e do luto. Dessa vez, a crise não escolheu classe social, cor, raça ou gênero. Todo o mundo foi afetado de alguma maneira.

Ter este espaço, não como participante, mas como apoiadora da maioria das falas dos participantes, me fez perceber que sofremos de forma igual. Ficaram as marcas, a experiência

e a sensação de que esta catástrofe nos prejudicou de alguma forma, mas alimentou nossa vontade de ajudar ao próximo e poder contribuir de forma positiva para a vida das pessoas.

Apesar do sofrimento, trabalhar neste marco triste - e histórico, pôde oferecer para nós uma experiência única: este marco, elevou nossos crescimentos e nos fez perceber a importância dos nossos trabalhos - ainda que os órgãos públicos, privados, políticos e conselhos de classe não tenham percebido ainda.

Percebeu-se que, meu diário de campo que foi utilizado para preservar meus sentimentos e pensamentos sobre os ocorridos durante o trabalho, serviu não apenas para trazer minha própria experiência para este trabalho. Serviu também como método de autorregulação para meus sofrimentos, e a cada escrita, era como se eu tivesse ‘desabafado’, colocando para fora o que eu estava guardando.

A motivação para a escrita desta dissertação, deu-se justamente pela minha vivência no meio do pandemônio. Sentir o que sentia e ver meus colegas de trabalho passando pelo mesmo sofrimento, me deixou com um sentimento de total impotência. Acredito fielmente no poder da ciência, e escolhi esta, como a ‘arma’ para ser utilizada neste momento conflituoso.

Espero alcançar os profissionais de saúde com esta pesquisa. Gostaria também, que ao lerem os resultados, percebessem que todos sofreram e que sintam-se apoiados nisso. Vocês não são invisíveis. Outra pretensão pessoal com esta pesquisa, é que as instituições de saúde e conselhos de classe comecem a enxergar e valorizar os profissionais de saúde. Oferecer suporte psicológico, reduzir os sentimentos negativos acerca do trabalho, regularizar salários, oferecer um ambiente de trabalho seguro e minimamente confortável, fornecer estrutura para que uma equipe de psicologia atue também com as equipes de profissionais e não apenas com os pacientes/familiares.

## 6 Considerações Finais

Participar da pesquisa pôde oferecer aos profissionais um momento para entrar em contato com esses sentimentos e refletir sobre isso. Apenas um profissional recebeu suporte de um psicólogo da instituição durante sua atuação na linha de frente. Os outros procuraram de forma particular.

Os resultados apontam que a vivência destes trabalhadores foi, por vezes, traumática, relacionada ao trabalho diário intenso, tanto físico, quanto emocional, e a falta de diversos tipos de suporte (instrumentos para trabalhar, apoio psicológico, etc.)

Normalmente, na *Grounded Theory*, apresenta-se nos resultados apenas as falas mais significativas. Porém, por considerar as contribuições e valorizar cada experiência de forma individual, decidiu-se manter fielmente os recortes de todas as contribuições. A participação e a preciosidade de cada fala não poderia ser excluída.

O acesso aos profissionais de saúde foi dificultoso, visto a sobrecarga de trabalho. Ademais, considera-se também que o tema ainda seja ‘pesado’ para “revivê-lo” nas falas, e por isso, alguns profissionais tenham se esquivado de participar da pesquisa.

Como pontos a serem melhorados para as próximas pesquisas, sugere-se que sejam feitas, se permitido, pesquisas presenciais com os profissionais de saúde, como grupos focais, por exemplo. Esta era a ideia inicial desta pesquisa, mas interrompida devido às proibições de contatos sociais. Outra tentativa também, foi a formação destes grupos online, mas as altas demandas dos profissionais não permitiam realizar encontros em grupo.

## Referências

- Agência Brasil. (2020). Ministério da Saúde fala sobre distribuição de insumos contra Covid-19. Recuperado de: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-07/ministerio-da-saude-fala-sobre-distribuicao-de-insumos-contracovid-19>
- Albott, C. S., Wozniak, J. R., McGlinch, B. P., Wall, M. H., Gold, B. S. & Vinogradov, S. (2020). *Battle Buddies: Rapid Deployment of a Psychological Resilience Intervention for Health Care Workers During the COVID-19 Pandemic*. *Anesthesia & Analgesia*, v. 131, n. 1, p. 43-54.
- Azevedo, H. V. (2022). Uma visão prática da psicologia na emergência durante a pandemia da COVID-19. Contribuições da Psicologia para o enfrentamento da pandemia da COVID-19 No âmbito do Conselho Regional de Psicologia da 9 a Região
- Benhamou, K., Piedra, A. (2020). CBT-Informed Interventions for Essential Workers During the COVID-19 Pandemic. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. n. 50, p. 275–283.
- Blustein, L. D., Smith, M. C., Wu, X., Guarino, P. A., Joyner, E., Milo, L. & Bilodeau, C. D. (2022). “Like a Tsunami Coming in Fast”: A Critical Qualitative Study of Precarity and Resistance During the Pandemic. *Journal of Counseling Psychology*.
- Borges, F. E. S., Aragão, D. F. B., Borges, F. E. S., Sousa, A. S. J. & Machado, A. L. G. (2021). Fatores de risco para a síndrome de burnout em profissionais da saúde durante a pandemia de covid-19. *RevEnfermAtual*, v. 95, n. 33.
- Brito, B. F. De M.; Sousa, A. M. De; Alencar, K. C.; Martins, R. M.; Azevedo, R. L. F. De; Araújo, J. M. N. de. (2021). *The COVID-19 pandemic and a new public health problem: The emotional impacts on health professionals*. *Research, Society and Development, [S.l.]*, v. 10, n. 6,
- Carrillo-García, C., Solano-Ruíz, M. D. C., Martínez-Roche, M. E., & Gómez-García, C. I. (2013). Influência do gênero e da idade: satisfação no trabalho de profissionais da saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 21, n. 6, p. 1314-1320. Disponível em <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3224.2369>
- Chang, H. (2008). *Autoethnography as method*. Walnut Creek, CA: Left Coast Press.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing Grounded Theory: A practical guide through qualitative analysis*. Thousands Oaks: Sage.
- Charmaz, K. (2009). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*. Londres: SAGE.
- Chaudhuri, P. (2007). Experiences of sexual harassment of women health workers in four hospitals in Kolkata, India. *Reproductive health matters*, v. 15, n. 30, p. 221-229. Disponível em [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(07\)30319-4](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(07)30319-4).

Conselho Regional de Enfermagem (COREN). (2022). Mais de 4.500 profissionais de saúde morreram por covid-19 no Brasil. Disponível em: [Mais de 4.500 profissionais de saúde morreram por covid-19 no Brasil – Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro \(portalcofen.gov.br\)](https://portalcofen.gov.br/mais-de-4500-profissionais-de-saude-morreram-por-covid-19-no-brasil)

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). (2020). lado oculto de uma pandemia: a terceira onda da covid-19 ou o paciente invisível. Recuperado de: <https://www.conass.org.br/biblioteca/o-lado-oculto-de-uma-pandemia-a-terceira-onda-da-covid-19-ou-o-paciente-invisivel/>

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). (2021). Governo de Goiás repassa EPIs ao HDT para enfrentando à COVID-19. Recuperado de: <https://www.conass.org.br/governo-de-goias-repassa-epis-ao-hdt-para-enfrentamento-a-covid-19/>

Damluji, A. A., Wei, S., Bruce, S. A., Haymond, A., Petricoin, E. F., Liotta, L., Maxwell, L., Moorea, B. C., Bell, R., Garofaloa, S., Houptf, E. R., Trumpg, D., & deFilippi, C. R. (2021). Seropositivity of COVID-19 among asymptomatic healthcare workers: A multi-site prospective cohort study from Northern Virginia, United States. *The Lancet Regional Health-Americas*, 2, 100030. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.lana.2021.100030>.

Darwin, C. (1971). *The descent of man and selection in relation to sex*. V. 1. Seventh thousand. London.

Destro, C.; Destro, C. R. de S.; Destro, L. R. De S.; Silva, R. M. C. R. A.; Pereira, E. R. . Evidência científica del duelo del profesional en equipo de enfermería ante la muerte del paciente en ambiente hospitalario: una revisión integradora. *Research, Society and Development*, [S. l.], v. 11, n. 6.

Dicio.com. (2022). Significado de Crise. Dicionário Online de Português. Recuperado de: <https://www.dicio.com.br/crise/>

Ellis, C, Adams, T & Bochner, A. P. (2010). *Autoetnografia: an overview*. *Historical Social Research*, 36, 273-290.

Faiman, C.J.S; Rocha, R.G.G & Garanhani,A.C.S. Covid-19 e trabalhadores de hospital: uma experiência de atendimento psicológico . *R. Laborativa*, v. 11, n. 1, p. 153-171, abr./2022.

French, L., Hanna, P. & Huckle, C. (2021). “If I Die, They Do Not Care”: U.K. National Health Service Staff Experiences of Betrayal-Based Moral Injury During COVID-19. *American Psychological Association*, v. 14, n. 3, p. 516–521.

Henwood, K; Pidgeon, N. A teoria fundamentada. In: Breakwell, G. M.(org.). *Métodos de pesquisa em psicologia*. São Paulo: Artmed, 2010, p. 340-361.

- Horsch, A., Lalor, J. & Downe, S. (2020). Moral and Mental Health Challenges Faced by Maternity Staff During the COVID-19 Pandemic. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. v. 12, n. S1, p.141–142.
- Houvèssou, G. M., Souza, T. P. D., & Silveira, M. F. D. (2021). Medidas de contenção de tipo lockdown para prevenção e controle da COVID-19: estudo ecológico descritivo, com dados da África do Sul, Alemanha, Brasil, Espanha, Estados Unidos, Itália e Nova Zelândia, fevereiro a agosto de 2020. *Epidemiologia e serviços de saúde*, v. 30, n. 1, Brasília. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000100025>.
- Inchausti, F., MacBet, A., Hasson-Ohayon, I. & Dimaggio, G. (2020) Psychological Intervention and COVID-19: What We Know So Far and What We Can Do. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. 50, 243–250.
- Kalaitzaki, A., Tamiolaki, A., & Tsouvelas, G. (2022). From Secondary Traumatic Stress to Vicarious Posttraumatic Growth Amid COVID-19 Lockdown in Greece: The Role of Health Care Workers' Coping Strategies. *American Psychological Association*, v. 14, n. 2, p. 273–280.
- Kowalczyk, O., Roszkowski, K., Montane, X., Pawliszak, W., Tylkowski, B. & Bajek, A. (2020). Religion and Faith Perception in a Pandemic of COVID-19. *Journal of Religion and Health* n. 59, v. 2671–2677.
- Lasalvia, A., Bonetto, C., Porru, S., Carta, A., Tardivo, S., Bovo, C., Ruggeri, M., & Amaddeo, F. (2021). Psychological impact of COVID-19 pandemic on healthcare workers in a highly burdened area of north-east Italy. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 30.
- Levitt, H. M. (2021). *Essentials of critical-constructivist grounded theory research*. American Psychological Association.
- Li, G., Miao, J., Wang, H., Xu, S., Sun, W., Fan, Y., Zhang C., Zhu, S., Zhu, Z., & Wang, W. (2020). Psychological impact on women health workers involved in COVID-19 outbreak in Wuhan: a cross-sectional study. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, v. 91, n. 8, p. 895-897. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1136/jnnp-2020-323134>.
- Lizu, L., Zhihong, R., Yifei, Y., Gengfeng, N., Chunxiao, Z., Mei, L. & , Lin, Z. (2021). The double-edged-sword effect of empathy: The secondary traumatic stress and vicarious posttraumatic growth of psychological hotline counselors during the outbreak of COVID-19. *Acta Psychologica Sinica*, 53, 992-1002.
- Machado, M. D. G. G., Barreto, T. C. X. & Silva, G. M. (2022). Atendimento psicológico a trabalhadores de saúde em tempos de pandemia da COVID-19: relato de experiência. Contribuições da psicologia para o enfrentamento da pandemia da COVID-19. No âmbito do Conselho Regional de Psicologia da 9ª Região.

- Martínez, M. M. A. & Naismith I. (2021). Social connectedness, emotional regulation, and health behaviors as correlates of distress during lockdown for COVID-19: A diary study. DOI: 10.1111/aphw.12395
- Mauder, R. G., Lancee, W. J., Rourke, S., Hunter, J. J., Goldbloom, D., Balderson, K., Petryshen, P., Steinberg, R., Wasylenki, D., Koh, D., & Fones, C. S. (2004). Factors associated with the psychological impact of severe acute respiratory syndrome on nurses and other hospital workers in Toronto. *Psychosomatic medicine*, v. 66, n. 6, p. 938-942. DOI: 10.1097/01.psy.0000145673.84698.18
- Mediavilla, R., Fernández-Jiménez, E., Martínez-Morata, I., Jaramillo, F., Andreo-Jover, J., Morán-Sánchez, I., Mascayano, F., Moreno-Küstner, B., Minué, S., Ayuso-Mateos, J. L., Bryant, R. A., Bravo-Ortiz, M. F., & Martínez-Alés, G. (2022). Sustained negative mental health outcomes among healthcare workers over the first year of the COVID-19 pandemic: a prospective cohort study. *International journal of public health*, v. 67, p. 114.
- Mota M. S., Gomes G.C., Coelho M.F., Lunardi W.D. & Sousa L.D. (2011). Reações e sentimentos de profissionais da enfermagem frente à morte dos pacientes sob seus cuidados. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS) n.32, v.1.
- Nogueira, A. B., Silva, C. V. S., Silva, L. M., Freitas, M. R. B., & Knackfuss, F. B. (2021). Perfil epidemiológico da pandemia de COVID-19 e características do agente etiológico: Revisão. *Pubvet*, v. 15, n. 6, p. 181. Disponível em: <https://doi.org/10.31533/pubvet.v15n03a845.1-11>. Acesso em: 30 jul. 2021
- Oliveira, J. C. A. & Silva, A. I. P. (2022). Impactos psicológicos da assistência direta contra a COVID-19 em profissionais de saúde da atenção primária. Contribuições da psicologia para o enfrentamento da pandemia da COVID-19. No âmbito do Conselho Regional de Psicologia da 9ª Região.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2020) OMS declara emergência de saúde pública de importância internacional por surto de novo coronavírus. Acessado em 24/10/2020.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2022). Excesso de mortalidade associado à pandemia de COVID-19 foi de 14,9 milhões em 2020 e 2021. Recuperado de: <https://www.paho.org/pt/noticias/5-5-2022-excesso-mortalidade-associado-pandemia-covid-19-foi-149-milhoes-em-2020-e-2021>
- Ozanam, M. A. Q., Santos, S. V. M. dos, Silva, L. A. da, Dalri, R. de C. de M. B., Bardaquim, V. A., & Robazzi, M. L. do C. C. (2019). Satisfação e insatisfação no trabalho dos profissionais de enfermagem. *Brazilian Journal of Development*, 5( 6), 6156-6178. doi:10.34117/bjd.v5n6-127
- Pereira, A., Cruz, K. A. T., & Lima, P. S. (2021). Principais aspectos do novo coronavírus sars-cov-2: uma ampla revisão. *Arquivos do MUDI*, v. 25, n. 1, p. 73-90. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/arqmudi.v25i1.55455>. Acesso em: 30 jul. 2021

- Pinheiro, A. D. & Oliveira, S. E. (2022). A re(estruturação) da atuação do psicólogo intensivista pela implantação de novos projetos em tempos de pandemia. *Contribuições da Psicologia para o enfrentamento da pandemia da COVID-19. Conselho Regional de Psicologia da 9ª Região.*
- Pohl, S. (2014). Empathy in the emotional interactions with patients. Is it positive for nurses too. *Journal of Nursing Education and Practice*, 2014, v. 4, n. 5.
- Poulos, C. N. (2021). *Essentials of Autoethnography*. American Psychological Association.
- Queiroz, A. M., Sousa, A. R., Moreira, W. C., Nóbrega, M. P. S. S., Santos, M. B., Barbosa, J. L. H., Rezio, L. A., Zerbetto, S. R., Marcheti, P. M., Nasi, C. & Oliveira, E.(2021). O 'novo' da COVID-19: impactos na saúde mental de profissionais de enfermagem?. *Acta Paulista de Enfermagem* [online].v. 34.
- Reis, A. A. A., Noé, P. A. A. B., Sartes, L. M. A., Guedes, L. M. & Grinchencov, F. R. S. (2022). Saúde Mental na Pandemia de Covid-19 em um Município Mineiro: Diálogos diante de uma Realidade Global. *Revista Psicologia e Saúde*, 14, 217-231.
- Ribeiro, A. M. N., Costa, G. O. P., Ferreira, M. T. A., Silva, F. M. D., Rodrigues, L. M. C., Santos, F. P., Dias, L. F., Cavalcante, D. L. A., Nery, E. L., Oliveira, E. F. P., Pereira, E. S. & Nunes, M. I. S. (2020). Impactos Emocionais e Psicológico Da Pandemia Da COVID 19 nos Profissionais De Enfermagem. *COVID-19 no Brasil os múltiplos olhares da ciência para compreensão e formas de enfrentamento*. v. 1, n.5. Ponta Grossa (PR). Atena.
- Ryerson, N. C. (2022). Behavioral and Psychological Correlates of Well-Being during COVID-19. *Psychological Reports*, 125, 200-217.
- Sanderson, C. W., Arunagiri, V., Funk, P. A., Ginsburg, L. K., Krychiw, J. K., Limowski, R. A., Olesnycky, S. O. & Zoe, S. (2020). The Nature and Treatment of Pandemic-Related Psychological Distress. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. v.50, p.251–263.
- Santos, S. M. A. (2017). O método da autoetnografia na pesquisa sociológica: atores, perspectivas e desafios. *Plural: Revista de Ciências Sociais*, 24(1), 214-241.
- Santos, D., & Vandenbergue, L. (2013). Atuação profissional e bem-estar em enfermeiros. *Revista de Enfermagem da UFSM*, vol. 3(1), pp. 26 - 34.
- Shortland, N., McGarry, P. & Merizalde, J. (2020). Moral Medical Decision-Making: Colliding Sacred Values in Response to COVID-19 Pandemic. American Psychological Association. v.12, n. S1, p.128 –130.
- Vinuto, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas*. Campinas-SP, v. 22, n. 44, p. 203–220, 2014. DOI: 10.20396/tematicas.v22i44.10977. Disponível em:

<https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/tematicas/article/view/10977>. Acesso em: 25 nov. 2022.

Wang, Z., Harold, K. G., Tong, Y. , Wen, J., Sui M., Liu H., Zaben, F. A., & Liu, G. (2022). Moral Injury in Chinese Health Professionals During the COVID-19 Pandemic. *American Psychological Association*. v.14, n.2, p.250–257.

Wermelinger, M., Machado, M. H., Tavares, M. D. F. L., Oliveira, E. D. S. D., & Moysés, N. M. N. (2010). A Força de trabalho do setor de saúde no Brasil: focalizando a feminização. *Divulg saúde debate*, n. 45, p. 55-71.

World Health Organization – WHO. (2020). Covid 19 Infection. Geneva. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>. Acesso em 29 nov. 2022