

Universidade Federal de Minas Gerais  
Escola de Enfermagem  
Gabrielli Pinho de Rezende

**NARRATIVAS DE ENFERMEIRAS E ENFERMEIROS EM TEMPOS DA COVID-  
19: uma História Oral**

Belo Horizonte  
2022

Gabrielli Pinho de Rezende

**NARRATIVAS DE ENFERMEIRAS E ENFERMEIROS EM TEMPOS DA COVID-  
19: uma História Oral**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem – Nível Doutorado, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Área de Concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de pesquisa: Gestão e Educação na Saúde e Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Claudia Maria de Mattos Penna

Belo Horizonte  
2022

R467n Rezende, Gabrielli Pinho de.  
Narrativas de enfermeiras e enfermeiros em tempos da COVID-19 [manuscrito]: uma história oral. / Gabrielli Pinho de Rezende. -- Belo Horizonte: 2022.  
140 f.: il.  
Orientador(a): Claudia Maria de Mattos Penna.  
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.  
Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. COVID-19/epidemiologia. 2. Pandemias/história. 3. Brasil/epidemiologia. 4. Enfermeiras e Enfermeiros. 5. Adaptação Psicológica. 6. Acontecimentos que Mudam a Vida. 7. Fatores Socioeconômicos. 8. Saúde do Trabalhador. 9. Narrativa Pessoal. 10. Dissertação Acadêmica. I. Penna, Claudia Maria de Mattos. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WY 153.7



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

#### ATA DE DEFESA DE TESE

**ATA DE NÚMERO 189 (CENTO E OITENTA E NOVE) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA TESE APRESENTADA PELA CANDIDATA GABRIELLI PINHO DE REZENDE PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE DOUTORA EM ENFERMAGEM.**

Aos 23 (vinte e três) dias do mês de fevereiro de dois mil vinte e dois, às 14:00 horas, realizou-se a sessão pública para apresentação e defesa da tese "A HISTÓRIA DE ENFERMEIROS E ENFERMEIRAS EM TEMPOS DA COVID-19", da aluna **Gabrielli Pinho De Rezende**, candidata ao título de "Doutora em Enfermagem", linha de pesquisa "Organização e Gestão de Serviços de Saúde e de Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Cláudia Maria de Mattos Penna (orientadora), Maria Cristina da Costa Marques, Kênia Lara da Silva, Selma Maria Fonseca Viegas e Maria José Menezes Brito, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

APROVADA;

REPROVADA.

A Comissão examinadora recomendou a mudança do título para:

**"NARRATIVAS DE ENFERMEIRAS E ENFERMEIROS EM TEMPOS DA COVID-19: uma História Oral"**

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andréia Nogueira Delfino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 23 de fevereiro de 2022.

Profª. Drª. Cláudia Maria de Mattos Penna  
Orientadora (Esc.Enf/UFMG)

\_\_\_\_\_

Profª. Drª. Maria Cristina da Costa Marques  
(Faculdade de Saúde Pública USP)

\_\_\_\_\_

Profª. Drª. Kênia Lara da Silva  
(Esc.Enf/UFMG)

\_\_\_\_\_

Profª. Drª. Selma Maria Fonseca Viegas  
(UFS)

\_\_\_\_\_

Profª. Drª. Maria José Menezes Brito  
(Esc.Enf/UFMG)

\_\_\_\_\_

Andréia Nogueira Delfino  
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação

\_\_\_\_\_

#### MODIFICAÇÃO DE TESE

Modificações exigidas na Tese de Doutorado da Senhora **GABRIELLI PINHO DE REZENDE**.

HOMOLOGADO em reunião do CPG  
Em 04/03/2022



**Dedico esse estudo a todos os enfermeiros e enfermeiras que trabalham incansavelmente no cuidado do outro e tantas vezes são invisíveis! Todo o meu amor e admiração por essas nobres pessoas!**

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecer pelas oportunidades, pelas pessoas...e são muitas!

Como Deus cuida de mim e como Ele me proporciona vivências inacreditáveis!

Quando terminei minha graduação eu não pensava em seguir uma carreira na docência. Eu queria cuidar das pessoas, assistir diretamente. As coisas foram acontecendo de uma forma bem natural, leve e hoje estou finalizando o doutorado.

Agradeço a todos que me acompanharam nessa trajetória e que foram tão importantes para que eu pudesse ser mulher, mãe, enfermeira, pesquisadora e tantas outras coisas que eu desejasse! Minha família!!! Pai, mãe, Christiano, Diego, Ramon, Bento, Benjamim, Gla, Lulu e Bia, vocês são meu porto seguro, minha base, minha força, meu incentivo e minha vontade de ser sempre melhor.

Minha equipe de trabalho, em especial aos amigos da ESF Nossa Senhora do Carmo. Não tenho palavras pra agradecer tanta parceria, companheirismo e flexibilidade pra que eu pudesse dar conta de tudo. Vocês são especiais demais em minha vida!

Larissa e Carla, muito obrigada por todos os momentos juntas, pelo incentivo, saber partilhado, pelo apoio técnico e por essa amizade tão gostosa e de verdade!

Rita, Selma e Kênia, muito obrigada pelas contribuições na minha banca de qualificação. Vocês foram essenciais para a construção desse trabalho!

Muito obrigada a todos!

## **AGRADECIMENTOS ESPECIAIS**

Agradeço em especial à minha orientadora, Cláudia Maria de Mattos Penna.

Nossas discussões das obras do Maffesoli, por vídeo, viravam momentos de falar sobre nossa vida, sobre nossas experiências... Em uma dessas conversas você me contou, pela oportunidade de estudar enfermagem, entre outras coisas, que era considerada uma pessoa de muita sorte. Então somos duas! Sou muito abençoada por tê-la tão presente na minha vida.

Fico admirada com a sua inteligência, forma de interpretar as coisas e até mesmo com a maneira como avalia, corrige e sugere, sem ofender ou diminuir ninguém. Pode parecer bobagem, mas faz toda a diferença para o nosso crescimento.

É impressionante como tem a capacidade de me compreender, de aceitar o meu tempo, de respeitar meu lado humano para além do lado pesquisadora, de ser amiga e ainda, de sentir os meus desejos de mudança!

Todo o processo de orientação, por mais que tenhamos alterado a trajetória nos dois últimos anos, foi leve e prazeroso! Eu queria muito desenvolver um trabalho de qualidade, à altura da sua competência e que pudesse fechar com chave de ouro esse ciclo de orientações. Não sei se consegui, mas o que apresento aqui é resultado de empenho e amor.

É imensa minha gratidão, carinho e amor por você! Que Deus possa retribuir tudo de bom que faz por mim em saúde, paz, viagens e tudo mais que te faz feliz!

Agradeço ainda, de coração, a todos os enfermeiros e enfermeiras que foram colaboradores desse estudo. Sem a vivência e história de vocês nada do que está sendo mostrado aqui teria visibilidade!

Com foi bom conhecer cada um, seus hábitos e a enfermagem linda que exercem! Até hoje me emociono ao ler as narrativas. Posso lembrar da voz, da entonação, das emoções e dividir essa experiência com vocês foi incrível!

Desejo muito sucesso pessoal e profissional e a valorização que todos nós desejamos.

Obrigada!!!



REZENDE, G. P. de. **Narrativas de Enfermeiras e Enfermeiros em Tempos Da Covid-19: Uma História Oral**. 2022. Tese (Doutorado em Saúde e Enfermagem) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2022.

## RESUMO

A COVID-19, doença conhecida na China no final de 2019, torna-se uma pandemia e modifica a vida de todas as pessoas. Com alta transmissibilidade, mortalidade considerável e um quadro geral de incertezas em relação ao seu desenvolvimento, todos os países passam a se organizar da forma que era possível. Na área da saúde, ao mesmo tempo que instituições e profissionais passam por estruturas no sentido de organizar os serviços, problemas já existentes como relações fragmentadas no trabalho, sobrecarga, precariedade de recursos, falta de apoio à saúde do trabalhador, entre outras fragilidades vêm à tona. O profissional enfermeiro, conhecido pela proximidade com os usuários e pelos cuidados constantes, está inserido nesse cenário e vivendo transformações pessoais e profissionais. Questiona-se então como a história da pandemia – COVID-19 – vem sendo construída no cotidiano de enfermeiras e enfermeiros brasileiros? Como estabelece, pessoal e profissionalmente, sua história como enfermeiro nesse momento de grande relevância histórica, social e econômica para a população mundial? O presente estudo tem como objetivo compreender a história de enfermeiros e enfermeiras atuantes no enfrentamento da pandemia da COVID-19 e suas vivências pessoais e profissionais. Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, com 30 enfermeiros atuantes na linha de frente do enfrentamento da COVID-19 dos diferentes Estados brasileiros. A coleta dos dados aconteceu por meio de entrevista com roteiro semiestruturado, de junho de 2020 a agosto de 2021, via plataformas virtuais de comunicação de acesso livre. Utilizou-se como referencial metodológico a História Oral e referencial teórico a Sociologia Compreensiva do Cotidiano proposta por Michel Maffesoli. A análise das entrevistas possibilitou a construção de três categorias para discussão: 1. Assim Começa a História: Momentos Vividos; 2. Vivenciando a Pandemia: O Enfrentamento da COVID-19 pelos Enfermeiros e Enfermeiras; 3. O que ainda temos a vivenciar: expectativas, fim, recomeço? Foi possível compreender que a história de enfermeiros e enfermeiras atuantes na linha de frente da pandemia foi construída, e ainda é, em meio a um contexto político, social e econômico instável e a incertezas que trouxeram novas formas de trabalho, de cuidar e de ser. A vida antes da COVID-19 mostrava o trabalho com uma carga histórica de desvalorização, busca de melhores salários e sobrecarga mas era possível o contato com a família e amigos e a realização de atividades de lazer. Com a chegada da pandemia todas as áreas foram tomadas por incertezas econômicas, políticas e sociais; em relação às informações que eram veiculadas e conseqüentemente sobre como agir no contexto da saúde. Reafirmam-se os problemas já vivenciados pela enfermagem e somam-se a eles mudanças nos fluxos e protocolos, fragilidades como a indisponibilidade de equipamento de proteção individual, o adoecimento e morte de colegas, a necessidade de se abordar a saúde do trabalhador e de reconhecer o enfermeiro como ser humano. Em meio a tantas dificuldades, a missão de cuidar e o desejo de fazer seu papel enquanto profissional foi o que motivou a continuidade da assistência nesse momento histórico. Os colaboradores do estudo tinham como expectativas em relação à vivência da pandemia maior valorização da enfermagem e do saber com base na ciência, melhores condições de trabalho e assistência ao trabalhador, a produção de vacinas e minimização da crise, o aprimoramento da tecnologia como ferramenta de trabalho e a transformação das pessoas e seus valores. Espera-se que a COVID-19 e os resultados do presente estudo despertem não somente a necessidade de modificações no sistema de saúde, mas também de um olhar diferenciado para os profissionais enfermeiros.

**Palavras-chave:** Enfermagem; Enfermeiros e enfermeiras; Pandemias; Infecções por coronavírus; COVID-19.

REZENDE, G. P. de. **Narratives of Nurses in Times of Covid-19: An Oral History.** 2022. Thesis (Doctorate Degree in Health and Nursing) Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, 2022.

## ABSTRACT

COVID-19 is a disease known in China at the end of 2019. It becomes a pandemic and changes the lives of all people. With high transmissibility, considerable mortality, and a general picture of uncertainties regarding its development, all countries started to be organized as much as possible. In the area of health, while institutions and professionals undergo structuring to organize their services, we found existing problems such as fragmented relationships at work, overload, the precariousness of resources, the lack of support for workers' health, among other weaknesses. Professional nurses, known for their proximity to patients and constant care, are inserted in this scenario and are experiencing personal and professional transformations. Thus, we ask how the history of the pandemic - COVID-19 - has been built in the daily life of Brazilian nurses? How do you establish, personally and professionally, your history as a nurse in this moment of great historical, social, and economic relevance for the world population? This study aims to understand the history of nurses working during the COVID-19 pandemic and their personal and professional experiences. This research has a qualitative approach, with 30 nurses working on the front line of the fight against COVID-19 in different Brazilian states. Data collection took place through an interview with a semi-structured script, through open access virtual communication platforms. Oral History was used as a methodological reference and, the Comprehensive Sociology of Everyday Life proposed by Michel Maffesoli was used as a theoretical reference. The analysis of the interviews allowed the construction of three categories for discussion: 1. This is how the story begins: Vivid Moments; 2. Experiencing the Pandemic: Nurses Confronting COVID-19; 3. What do we still have to experience: expectations, end, beginning? We could understand that the history of nurses working on the front line of the pandemic was built, and still is, in an unstable political, social, and economic context and uncertainties that brought new ways of working, caring, and being. Life before COVID-19 showed work with a historical burden of devaluation, search for better wages, and overload, but it was possible to have contact with family and friends and carry out leisure activities. With the pandemic, all areas were taken by economic, political, and social uncertainties; in the information that was conveyed and consequently on how to act in the context of health. The problems already experienced by nursing are reaffirmed, in addition to changes in flows and protocols, weaknesses such as the unavailability of personal protective equipment, the illness and death of colleagues, the need to address the health of workers and to recognize the nurse as a human being. The reality of work was characterized by the reaffirmation of overload, inequality, and devaluation; by daily changes in flows, audiences, services, and protocols; due to uncertainties and weaknesses in the availability of personal protective equipment and the illness and death of acquaintances and co-workers. This whole situation showed the fragility of workers' health care, the need to reinvent the practice of nursing, and the view of the nurse as a human being who has weaknesses. With so many difficulties, the mission of caring and the desire to play their role as a professional motivated the continuity of care at this historic moment. The study collaborators had as expectations regarding the experience of the pandemic a greater appreciation of nursing and knowledge based on science, better working conditions and assistance to workers, the production of vaccines and minimization of the crisis, the improvement of technology as a tool for work and the transformation of people and their values. We expect that COVID-19 and the results of this study will not only awaken the need for changes in the health system but also a differentiated look at nursing professionals.

**Keywords:** Nursing. Nurses. Pandemics. Coronavirus infections. COVID-19.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

|  |     |
|--|-----|
| IMAGEM 1: Foto da autora .....   | 16  |
| IMAGEM 2: Mercado em Wuhan – China (veja.abril.com.br) .....   | 19  |
| IMAGEM 3: Florence Nightingale (gec.proec.ufabc.edu.br).....   | 25  |
| IMAGEM 4: Alunas da primeira turma da Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública – Ano de 1925 (objdig.ufrj.br) .....             | 25  |
| IMAGEM 5: Enfermeiros da linha de frente da COVID-19 (bbc.com) .....   | 25  |
| IMAGEM 6: Hospital Nossa Senhora das Graças – Sete Lagoas-MG (hnsq.com.br).....  | 39  |
| IMAGEM 7: Hospital Unimed Sete Lagoas (unimed.coop.br) .....   | 39  |
| IMAGEM 8: ESF Nossa Senhora do Carmo – Paraopeba-MG (arquivo da autora)  | 39  |
| QUADRO 1: Apresentação da seleção dos colaboradores do estudo, 2021.....   | 49  |
| FIGURA 1: Cenário do Estudo, 2021.....   | 49  |
| IMAGEM 9: Um ano de pandemia de covid: uma tragédia ainda mais desastrosa para os brasileiros (redebrasilatual.com.br) .....                           | 52  |
| IMAGEM 10: 375 mil mortos por Covid no Brasil; país registrou 1607 mortes em 24 horas – Click Guarulhos (clickguarulhos.com.br).....                   | 52  |
| IMAGEM 11: Hospital de Campanha Estadual comemora alta de dois pacientes – Governo do Piauí (pi.gov.br) .....  | 52  |
| IMAGEM 12: Retirada EPI – MSF – Novo Coronavírus (coronavirus.msf.org.br) .  | 52  |
| IMAGEM 13: Projetos buscam garantir vacinação da população brasileira contra Covid-19 – Notícias – Portal da Câmara dos Deputados (câmara.leg.br)..... | 52  |
| IMAGEM 14: Milhares de europeus em confinamento saem na janela para aplaudir profissionais de saúde (semprefamilia.com.br).....                        | 52  |
| QUADRO 2: Perfil dos participantes do Estudo, 2021.....  | 54  |
| IMAGEM 15: Imagem mãos dadas. Universidade Federal do Paraná (ufpr.br) .....   | 110 |
| IMAGEM 16: Por que escolhi a enfermagem? (ecotecbetim.com.br) .....  | 110 |

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AC – Acre

AL – Alagoas

AM – Amazonas

APS – Atenção Primária à Saúde

BA – Bahia

CE – Ceará

COE – Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

COREN – Conselho Regional de Enfermagem

CVB – Cruz Vermelha Brasileira

DF – Distrito Federal

DNSP – Departamento Nacional de Saúde Pública

ES – Espírito Santo

MA – Maranhão

MG – Minas Gerais

MS – Mato Grosso do Sul

MT – Mato Grosso

OMS – Organização Mundial de Saúde

PB – Paraíba

PE – Pernambuco

PI – Piauí

PR – Paraná

RJ – Rio de Janeiro

RN – Rio Grande do Norte

RS – Rio Grande do Sul

RO – Rondônia

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SC – Santa Catarina

SE – Sergipe

SP – São Paulo

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

USP – Universidade de São Paulo

UTI – Unidade de Tratamento intensivo.

## SUMÁRIO

|   |            |
|---|------------|
| <b>1 ONDE COMEÇA A HISTÓRIA .....</b>   | <b>17</b>  |
| <b>2 ERA UMA VEZ: A ORIGEM DO ESTUDO .....</b>  | <b>20</b>  |
| <b>3 APROXIMAÇÕES HISTÓRICAS.....</b>   | <b>26</b>  |
| <b>3.1 A Construção da Profissão Enfermagem .....</b>   | <b>26</b>  |
| <b>3.2 Pandemia do Novo Coronavírus (COVID-19): Contexto e Saúde .....</b>                          | <b>31</b>  |
| <b>4 PERCURSO TEÓRICO-METODOLÓGICO .....</b>  | <b>40</b>  |
| <b>4.1 Uma Maneira de Fundamentar e Escrever a História.....</b>                                    | <b>40</b>  |
| <b>4.2 Cenário.....</b>   | <b>46</b>  |
| <b>4.3 Participantes.....</b>   | <b>46</b>  |
| <b>4.4 Técnica de Coleta e Análise dos Dados .....</b>  | <b>49</b>  |
| <b>4.5 Aspectos Éticos.....</b>   | <b>50</b>  |
| <b>5 VIVÊNCIAS DA PANDEMIA DA COVID-19 EM NARRATIVAS DE ENFERMEIRAS E ENFERMEIROS .....</b>         | <b>53</b>  |
| <b>5.1 Quem contou a história .....</b>   | <b>53</b>  |
| <b>5.2 Assim Começa a História: Momentos Vividos.....</b>   | <b>55</b>  |
| 5.2.1 Vida Pessoal Pré-pandemia .....   | 55         |
| <b>5.3 Vivenciando a Pandemia: O Enfrentamento da COVID-19 pelos Enfermeiros e Enfermeiras.....</b> | <b>62</b>  |
| 5.3.1 Foi Noticiado o Novo Coronavírus: Contexto Geral.....   | 62         |
| 5.3.2 Ser Enfermeiro Frente à COVID-19: O Desafio de Lidar com as Incertezas .....                  | 71         |
| <b>5.4 O que ainda temos a vivenciar: expectativas, fim, recomeço? .....</b>                        | <b>101</b> |
| <b>6 É NECESSÁRIO FINALIZAR... ..</b>   | <b>111</b> |
| <b>REFERÊNCIAS .....</b>  | <b>115</b> |
| <b>APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>                                 | <b>132</b> |
| <b>APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS .....</b>   | <b>133</b> |
| <b>ANEXO 1- APROVAÇÃO DO PROJETO PELO COMITÊ DE ÉTICA DA UFMG..</b>                                 | <b>134</b> |





***APRESENTAÇÃO***

## 1 ONDE COMEÇA A HISTÓRIA

A construção da presente pesquisa, assim como o momento que estamos vivenciando, dá-se em um contexto de mudanças. Após a finalização do mestrado, que teve como tema “A construção do vínculo entre profissionais e usuários da Estratégia de Saúde da Família”, em 2015, era grande o desejo de continuar os estudos. Inicialmente pretendíamos dar continuidade aos resultados do trabalho desenvolvido e aprimorar a compreensão, em uma perspectiva histórica, do processo de construção do cuidado em saúde nos serviços públicos, no olhar dos usuários.

Entretanto, com o andamento do projeto, devido a algumas intercorrências e de certa forma um desgaste em relação ao mesmo, o caminho até então traçado foi modificado. Em meio à pandemia da COVID-19, crise econômica, social, política e de saúde em nível mundial, deparamos com um cenário de grandes transformações que afetaram a vida pessoal e profissional de todos. Em especial, no setor saúde, assistimos cenas de sobrecarga, falta de equipamentos de proteção individual, adoecimento e mortes, aliados a uma maior valorização e reconhecimento da enfermagem, mesmo que isso acontecesse somente em alguns discursos.

Diante desse cenário de incertezas, em maio de 2020, após conversa com minha orientadora, tornou-se impossível não envolvermos e apaixonarmos pela proposta de escutar narrativas de profissionais enfermeiras e enfermeiros da linha de frente do enfrentamento da COVID-19, para além de protocolos, fluxos e técnicas.

Enquanto pesquisadora, enfermeira de uma unidade de saúde da família, professora, mulher (mãe, esposa e filha) vivenciei o contágio pelo vírus da COVID-19, apesar de assintomática, o adoecimento de familiares e a morte de pessoas próximas. Ainda vivo, nesse momento da pandemia, diferentes nuances de uma assistência realizada há algum tempo, mas que, a cada dia precisa ser reinventada no cotidiano do serviço, buscando novas formas de cuidar de pessoas e suas famílias, aliadas a muitas dúvidas, incertezas e, ao mesmo tempo, com reivindicações dos trabalhadores por maior valorização pessoal e profissional. Nesse contexto, propôs-se o presente estudo que, ao escutar enfermeiras e enfermeiros em relação às suas histórias de enfrentamento cotidiano da pandemia, com as vivências pessoais e profissionais, de quem cuida e deve ser cuidado, busque contribuir para a compreensão da história que está sendo construída sobre a pandemia do século XXI.

Por meio da narrativa de cada participante, a cada entrevista, cada depoimento e cada leitura, o encanto pelo tema e desenvolvimento do estudo vai-se configurando uma história da

COVID-19. Fica a vontade, em tempos de não aglomeração, estratégia de prevenção da doença, de conhecer pessoalmente cada participante e poder abraçar, consolar, apoiar, dividir de perto toda a vivência compartilhada e agradecer pela riqueza do conteúdo, particularidades e subjetividades.

Espera-se que os resultados desse trabalho, que falam sobre questões pessoais e profissionais de enfermeiras e enfermeiros possibilitem reflexões para a prática, gestão e formação dessa categoria, para além de uma construção histórica da pandemia do século XXI.



***ERA UMA VEZ...***

## 2 ERA UMA VEZ: A ORIGEM DO ESTUDO

No dia 30 de janeiro de 2020, toda a população mundial toma conhecimento, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), do surto de uma doença, que posteriormente seria denominada COVID-19. A mesma, causada pelo novo coronavírus, nomeado como SARS-Cov-2, inicia-se na China em fins de 2019 e, em março de 2020, é caracterizada como uma pandemia. Informações atualizadas em maio desse mesmo ano mostram a existência de 3.588.773 casos confirmados de COVID-19 no mundo e 247.503 mortes decorrentes desse problema. Esses números crescem diariamente e os valores presentes em 04 de fevereiro de 2022 são de 386.548.962 casos e 5.705.754 mortes (BRASIL, 2020a; BRASIL, 2020b; CORONAVIRUS 2022; OMS, 2022).

Em 16 de março de 2021 existiam no Brasil 11.603.533 casos confirmados de COVID-19, 282.127 óbitos pela doença e um total de 14.180.274 doses de vacinas aplicadas contra o vírus, sendo que 3.791.197 pessoas já haviam completado o esquema de vacinação. A taxa de letalidade era de 2,4%. Em 04 de fevereiro de 2022 o Brasil registrou uma alta de 160% dos casos e foram identificados mais de mil óbitos por COVID-19 em 24 horas, números não observados há mais de 5 meses. Os dados atualizados em 05 de fevereiro de 2022 mostram a existência de 26.473.273 casos confirmados da doença e 631.802 mortes (BRASIL, 2021a; BRASIL, 2021b; BRASIL, 2022; BRASIL, 2022i). São profissionais que adoecem e morrem em meio ao cuidado de outras pessoas.

Considere-se, também, que ao realizar um estudo que se inscreve na história ainda inacabada corre-se o risco de não conseguir mostrar algumas de suas nuances, como a onda da nova cepa denominada Omicron ter aumentado de novo o número de casos e internações no início desse ano de 2022. Uma reportagem de 13 de janeiro de 2022 mostra que ao mesmo tempo que acontece o aumento da procura pelos serviços de saúde e para a realização de testes rápidos cresce também o afastamento dos profissionais por adoecimento em todo o país. Enfermeiros relatam que atendem mais pacientes, sofrem agressões e lidam diariamente com a sobrecarga (AVANÇO, 2022). Mas, essa é nesse momento uma outra história a ser contada, pois é tempo de contar parte da história já vivida.

A história natural dessa doença é notadamente incerta até o momento e está, portanto, sendo determinada cotidianamente, não existindo, ainda, medidas definitivas e efetivas para o manejo clínico dos casos e, nem mesmo, profilaxia específica. No Brasil, a infecção humana iniciou-se com o beta Coronavírus do mesmo subgênero da Síndrome Respiratória do Oriente

Médio, porém de outro subtipo e hoje em dia já existem algumas variantes. A transmissão acontece por meio de gotículas respiratórias de pacientes doentes, sintomáticos ou assintomáticos, e o período de incubação é de 5 a 6 dias, podendo variar até 14 dias (BRASIL, 2020a; BRASIL, 2020d; BRASIL, 2020e; JESUS, 2020).

A ocorrência de altos índices de morbidade e transmissibilidade da doença, que se apresenta com insuficiência respiratória aguda de leve a grave, associada a uma mortalidade variável de acordo com a idade e presença de alguma comorbidade, estabelece diversas transformações na área da saúde e na rotina da população em geral. Tal fato ocorre, principalmente, relacionado ao isolamento social, apresentado enquanto uma das estratégias de contenção da disseminação do vírus. Por consequência, tal estratégia interfere sobremaneira nas formas de viver das pessoas e de relacionarem-se, pois traz consigo novas realidades, tais como: o distanciamento entre todas as faixas etárias; perda de emprego ou a redução da carga horária e salarial de muitos trabalhadores; fechamento do comércio, com exceção daqueles considerados essenciais; e, até mesmo, paralização de ensino presencial em todos os níveis escolares (BRASIL, 2020a; CHAN; ZHANG; JOSEFSSON, 2020; MEDIDA, 2020; OMS, 2020). O viver e as relações precisam, dia após dia, serem reinventados.

Na área da saúde, especialmente, são observadas mudanças no sentido de preparar os serviços para o atendimento a um grande número de doentes que era esperado, porém desconhecido quantitativa e qualitativamente, fossem eles graves ou não. Pensa-se, então, em reestruturar todos os níveis de atenção, capacitar os profissionais, adquirir equipamentos que eram insuficientes, construir novos pontos de atendimento (como hospitais de campanha) e distribuir verbas e recursos que subsidiassem a obtenção de equipamentos e insumos necessários para o enfrentamento dessa pandemia (BRASIL, 2020a; SANTOS M *et al.*, 2020; NOVO, 2020; VERBEEK *et al.*, 2020).

Apesar disso, a realidade mostra-se diferente. Em relação aos profissionais da saúde e especificamente enfermeiras e enfermeiros, reconhecidos pela proximidade com os usuários pelos cuidados prestados em tempo integral, a COVID-19 traz à tona as relações existentes nos serviços, os variados vínculos empregatícios, a sobrecarga de trabalho e a precariedade de recursos e capacitação. O olhar para os profissionais mostra que a vivência experimentada no cotidiano da pandemia traz a cada dia a insegurança frente a uma doença desconhecida. Desvelam-se as várias nuances de uma pessoa, escamoteada, talvez inscrita em anos de trabalho, interligadas às condições do cuidado que exercem, tais como: situações de estresse e problemas emocionais; a necessidade do distanciamento dos familiares e amigos pelo medo de ser transmissor do vírus; a convivência diária com a falta de equipamentos de proteção



individual; a relação de descontinuidade da assistência entre as diferentes estruturas das unidades de atendimento; a falta de testes diagnósticos, as subnotificações; além de ter que conviver com a possibilidade de adoecimento de si, de vários colegas e, conseqüentemente a morte (CHAMPAGNE, 2020; OLIVEIRA, 2020; COFEN, 2020a; LI *et al.*, 2020; NOVO, 2020; OZAMIZ-ETXEBARRIA, 2020; SANTOS M *et al.*, 2020; RIZZO, 2020).

Vale lembrar, ainda, que há uma classificação das pessoas por grupos de risco para possível afastamento do trabalho. Nem todas as legislações aplicadas ao público em geral serão válidas para o profissional da saúde, tendo em vista a necessidade da sua presença para o atendimento dos casos (BRASILa, 2020). Isso significa que mesmo sendo deslocado para serviços administrativos ou de gestão, ele estará com risco aumentado frente à COVID-19.

De uma maneira geral, os enfermeiros e enfermeiras que lidam na linha de frente da pandemia estão diante de uma “antiga realidade”, relacionada às condições de trabalhos precárias e sobrecarga dos serviços e de um presente que coloca à prova várias construções já realizadas em relação a protocolos e diretrizes. É necessária uma incorporação da enfermagem a novas formas de saber-fazer frente às mudanças do cotidiano (DAVID *et al.*, 2021).

Em meados de maio de 2020 foram registradas 94 mortes de profissionais da enfermagem no Brasil e 12 mil profissionais entre infectados e suspeitos de terem adquirido a doença, índice que coloca o país como primeiro do ranking de profissionais mortos e doentes. Em 16 de abril de 2022, os números registrados são de 63.353 casos de COVID-19 entre esses profissionais e 872 mortes confirmadas. Ao mesmo tempo em que os meios de comunicação valorizam a profissão ressaltando o cuidado dispensado aos pacientes, destacam-se reivindicações sobre o exercício profissional e diferenciações de classes entre as várias profissões de saúde, tais como a distribuição de auxílios e benefícios salariais (OLIVEIRA, 2020; VARELLA, 2020; NICOLAV, 2020; RONAN, 2020; DAVID *et al.*, 2021; COFEN, 2022).

Entretanto, independente das adversidades apresentadas, da falta de um maior “cuidado” das gestões em todos os âmbitos e principalmente nas próprias unidades de saúde com a saúde de seus trabalhadores, da premência de um autocuidado, prevalece a assistência contínua, realizada diuturnamente. Se por um lado, a pandemia vem mostrando certo descaso por parte de autoridades com o setor saúde, histórico e economicamente determinado, em nível mundial, sem preocupação efetiva com seus trabalhadores; por outro, os profissionais de saúde e, particularmente, da enfermagem preocupam-se em cuidar do outro, tanto em seu contexto de trabalho como em seu contexto social, em uma busca constante de minimizar a transmissão da doença, construindo, assim, uma história a ser narrada. Visto que, a movimentação feita pela

ciência tem priorizado estudos, reconhecidamente necessários, para a descoberta de meios de profilaxia e cura, com a produção de medicamentos e vacinas, acredita-se que outros estudos com enfoques diferenciados, também sejam necessários. Percebe-se que as subjetividades, individualidades, dificuldades e desafios vivenciados pelos profissionais podem tornar-se objetos de estudos, que venham, paralelamente, auxiliar para o entendimento histórico dessa pandemia.

Diante disso questiona-se: Como a história da pandemia – COVID-19 – vem sendo construída no cotidiano de enfermeiras e enfermeiros brasileiros? Como estabelece, pessoal e profissionalmente, sua história como enfermeiro nesse momento de grande relevância histórica, social e econômica para a população mundial?

Parte-se do pressuposto que a vivência da COVID-19 pelas enfermeiras e enfermeiros possibilitou ressignificações da sua vida pessoal e profissional no sentido de valorizar mais o vínculo e o cuidado dos seus entes e de reconhecer a precariedade dos serviços, a desvalorização profissional, a busca constante do lucro e a inexistência do cuidado profissional.

Defende-se a tese de que a história de enfermeiros e enfermeiras confunde-se à história da pandemia COVID-19, sendo escrita cotidianamente na busca de uma assistência baseada em evidências científicas e na reinvenção de outras formas de pensar e fazer o cuidado. Além de que, a escrita dessa história alia-se à necessidade de reconhecimento enquanto sujeitos em sua integralidade e alteridade, frente às diversas interferências sociais, econômicas e políticas que influenciam na qualidade de vida e atendimento prestado.

A COVID-19 desperta não somente a necessidade de modificações no sistema de saúde, mas também de um olhar diferenciado para a enfermagem. Espera-se que esse estudo possa contribuir com a construção da história da pandemia do século XXI, denominada COVID-19, estabelecida no cotidiano da assistência nos serviços de saúde; apresente subsídios para novas reflexões sobre o pensar e fazer o cuidado, que auxilie tanto na capacitação daqueles que já atuam, como para a formação de novos enfermeiros; além de buscar estratégias que fortaleçam o reconhecimento de uma classe profissional, imprescindível, para as estruturas de saúde, quer em seus aspectos gerenciais, de formação e principalmente assistenciais.

O objetivo do estudo foi compreender a história de enfermeiros e enfermeiras atuantes no enfrentamento da pandemia da COVID-19 e suas vivências pessoais e profissionais.

Esse trabalho é dividido em uma apresentação da pesquisadora que contempla seu contexto de vida e de trabalho bem como o interesse pelo tema em estudo, e em 5 capítulos, descritos a seguir.

Este primeiro contempla a origem do estudo, sua contextualização e objetivo.



O segundo capítulo, que trata da revisão de literatura, aborda a construção da profissão enfermagem ao longo do tempo e o contexto geral e de saúde da pandemia do novo coronavírus (COVID-19).

O terceiro capítulo apresenta o percurso teórico-metodológico que fundamenta o presente estudo, descreve o cenário, quem são os colaboradores, técnica de coleta e análise dos dados, bem como os aspectos éticos respeitados na pesquisa.

Os resultados e a análise dos dados constituem o quarto capítulo que é dividido em categorias. A primeira delas trata das vivências dos enfermeiros antes da pandemia e é dividida em duas subcategorias: “Vida Pessoal Pré-pandemia” e “Rotina do profissional enfermeiro antes da pandemia”. A segunda, que tem como título “Vivenciando a Pandemia: O Enfrentamento da COVID-19 pelos Enfermeiros e Enfermeiras, composta pelas subcategorias “Foi Noticiado o Novo Coronavírus: Contexto Geral”, “Ser Enfermeiro Frente à COVID-19: O Desafio de Lidar com as Incertezas” e “O processo de cuidar imbricado da personalidade do enfermeiro” aborda questões políticas e sociais que permeiam o contexto da pandemia, bem como a vida profissional e pessoal dos enfermeiros nesse momento de enfrentamento da COVID-19. A terceira e última categoria, intitulada “O que ainda temos a vivenciar: expectativas, fim, recomeço?” fala sobre expectativas dos enfermeiros em relação ao que ainda temos a vivenciar.

O quinto capítulo, que encerra esse estudo, trata das considerações finais do trabalho bem como das experiências da pesquisadora durante a realização do mesmo.



***APROXIMAÇÕES HISTÓRICAS***

### 3 APROXIMAÇÕES HISTÓRICAS...

#### 3.1 A Construção da Profissão Enfermagem

Ao buscar informações sobre o desenvolvimento da enfermagem e seu reconhecimento enquanto profissão, bem como compreender situações vivenciadas atualmente e sua possível relação histórica, percebe-se que o trabalho de pessoas e suas intervenções no processo saúde-doença sempre esteve vinculado ao contexto social, político e econômico de cada época.

Inicialmente acredita-se que a doença ou fatores que trazem modificações na saúde estão ligadas a forças externas e que somente os deuses ou pessoas com poderes divinos poderiam trazer a cura. Dessa maneira, o desenvolvimento dessa profissão, mas ainda sem o nome de Enfermagem, começou por meio da prática do cuidado a enfermos por alguém que estivesse ligado às questões religiosas. A igreja católica e aqueles que exerciam cargos mais altos dessa, principalmente pelo seu poder econômico e social, eram vistos como enviados de Deus para pôr fim às patologias. Somente em 460 a. C, Hipócrates começou a realizar estudos sobre o ser humano, as doenças e a confrontar as ideias vigentes até então (PAIXÃO, 1979; PADILHA; BORENSTEIN, 2006; OGUISSO; CAMPOS; MOREIRA, 2011).

Estudos mostram que por muito tempo não existia nenhum aspecto científico ou preparo para tal prática. As mulheres, pela ligação à figura de mãe e de protetora, as irmãs de caridade e outras pessoas disponíveis, como prostitutas, pessoas mais pobres e bêbados realizavam ações ligadas à higiene, ao cuidado de ferimentos e administração de medicamentos nos próprios domicílios, nos templos ou em pequenos hospitais (PADILHA, 1999; OGUISSO; CAMPOS; MOREIRA, 2011; OGUISSO, 2014; DONOSO; WIGGERS, 2020).

No século XV esse contexto sofre transformações pela redução dos cuidados prestados pelos religiosos. Com o declínio da igreja nos períodos conhecidos como Renascimento e Reforma, vários serviços de saúde são fechados e sacerdotes expulsos. Com o aumento dos períodos de guerra os militares começam a participar da assistência a alguns doentes (CORTEZ *et al.*, 2010; OGUISSO, 2014; DONOSO; WIGGERS, 2020).

Ressalta-se novamente a realização do cuidado de acordo com o contexto vivido pela variação dos locais e cuidadores. Um exemplo disso é a assistência prestada por religiosos da Companhia de Jesus ou da Ordem dos Jesuítas no primeiro hospital fundado no Brasil, em 1543, a Santa Casa de Misericórdia de Santos. Os mesmos eram responsáveis por ações da enfermagem com auxílio de índios e escravos (OGUISSO; CAMPOS; MOREIRA, 2011).

A impressão que se tem desse momento é de que as ações eram simples e não exigiam conhecimento específico. Apesar disso, na busca de maior organização, divisões nos serviços administrativos e assistenciais, como são observadas atualmente, começam a acontecer. Os hospitaleiros, aqueles que atuam nos hospitais, são divididos em enfermeiros pequenos, que prestam assistência ou cuidado direto aos doentes e enfermeiros maiores ou mor, responsáveis pela organização das atividades. Planejamentos acontecem também de acordo com o número de pessoas para prestar cuidado e número de enfermarias (um enfermeiro-mor para cada enfermaria) e em relação à necessidade de boa índole para assumir as funções de gestão. O nome da profissão Enfermagem e dos profissionais enfermeiros advém das enfermarias que eram locais de cuidado (QUEIRÓS *et al.*, 2018; MENDONÇA, 2019).

Ao longo de toda a trajetória, destaca-se que quatro profissionais, por meio de suas ideias e ações, foram fundamentais para a profissionalização de fato e reconhecimento da enfermagem no Brasil. O padre José de Anchieta (1534-1597) contribuiu com sua experiência como professor, médico e enfermeiro. Francisca de Sande (1643-1702), primeira enfermeira brasileira, utilizou da sua condição financeira favorecida e mesmo contra os princípios sociais da época, funda um hospital em sua casa na época de uma epidemia de febre amarela. Anna Nery (1814-1880) atuou de forma brilhante na Guerra do Paraguai, em 1865, e teve destaque com sua forma de cuidar em um ambiente estritamente masculino. Florence Nightingale (1820-1910) enfrentou a família e a sociedade para lutar pelo reconhecimento da enfermagem. Durante a guerra da Criméia mostrou para médicos e militares resistentes ao trabalho feminino e a novas formas de cuidar, que era possível realizar melhorias e melhor recuperação dos doentes por meio de ações mais humanas, como o contato com as famílias; técnicas adequadas, principalmente em relação à higiene pessoal e do ambiente para evitar infecções e a base científica. Teve relevante participação no ensino da enfermagem com a criação da primeira escola de enfermagem no Hospital St. Thomas, em Londres, no ano de 1860 e o símbolo da profissão, representado pela lâmpada, se deve ao cuidado que a mesma prestava a todos até à noite com essa fonte de iluminação (OGUISSO; CAMPOS; MOREIRA, 2011; GUTIERRE; SERRES; RIBEIRO, 2016; MCENROE, 2020; DAVID *et al.*, 2021).

Por meio do legado de Florence, já no final do século XIX, foi que a enfermagem se configurou como profissão. Apesar disso, ainda não havia reconhecimento e era mantido o desempenho das ações por qualquer pessoa (SANTOS, 2008; FERNANDES *et al.*, 2018; BUDU *et al.*, 2019).

Nesse sentido de maior qualificação, principalmente pela necessidade de mão de obra para atuar em conflitos e em crises na área da saúde pública, houve o incentivo à criação de

escolas. Algumas que tiveram destaque na formação de profissionais da enfermagem brasileira foram a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras da Assistência a Alienados (1890), atual Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, que precisou investir na formação de profissionais devido à separação entre Igreja e Estado na época e exclusão das irmãs de caridade; a Cruz Vermelha Brasileira (CVB), em 1910, que formava enfermeiras para atuar de forma voluntária da 1ª Guerra Mundial; atividades do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) por meio da Missão Técnica de Cooperação para o Desenvolvimento da Enfermagem no Brasil que buscava formar enfermeiras visitadoras e reestruturar o Hospital Geral da Assistência do presente departamento; a Escola de Enfermagem Anna Nery (1923), que integrada à Universidade do Brasil por meio da Lei nº 452 de 05 julho de 1937 organizava o ensino superior no país. Essa escola instituiu marcas ainda existentes na profissão relacionadas a vestimentas, juramento e questões relacionadas à hierarquia que traziam maior reconhecimento perante à sociedade, além da abertura da atuação na saúde pública. E ainda a Escola de Enfermagem Carlos Chagas (1933), conhecida como a escola da Universidade Federal de Minas Gerais, primeira instituição fora do Rio de Janeiro (BRASIL, 1937; MOREIRA, 1999; MOTT; TSUNECHIRO, 2002; TYRRELL; SANTOS, 2008; SANTOS; OGUISSO; da FONSECA, 2011; CAMPOS, 2012; SOUZA, 2019; MARQUES; BRASILEIRO, FRAGA, 2019; SANTOS, 2018; SANTOS F, 2020).

Ressalta-se que o acesso às escolas não era para todos. Existiam critérios relacionados à raça, gênero, condição financeira e ter boa índole. Era preciso recrutar ou convidar pessoas visto que a procura não era satisfatória. Muito disso se deve também aos precários locais e condições de trabalho, à rotina desgastante e com baixa valorização financeira existentes nesse momento e que perduram até os dias atuais (SANTOS, 2008; MASCARENHAS; MELO; SILVA, 2016; FERNANDES *et al.*, 2018; BATISTA, 2019; BUDU *et al.*, 2019; DAVID *et al.*, 2021).

Em 1931, por meio do Decreto nº 20.109, foi regulamentado o exercício da enfermagem enquanto profissão no país e os requisitos para padronização das escolas. Posteriormente, em 1968, o movimento da Reforma trouxe modernização às universidades e a criação do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Buscava-se que a classe fosse fiscalizada por enfermeiros, que entendiam de fato da profissão e que melhorias fossem implementadas de uma forma geral. Em 1973 houve a descentralização das atividades por meio dos Conselhos Regionais de Enfermagem (COREN) (BRASIL, 1973; TYRRELL; SANTOS, 2007; MARQUES; BRASILEIRO; FRAGA, 2019; MARTINS, 2009; NEVES; MARTINS, 2016; NEIVA *et al.*, 2016).

A partir dessa época várias mudanças foram implementadas no contexto da enfermagem, principalmente no que se referia à criação de legislações que garantissem melhores condições de trabalho, a definição de atribuições das categorias, o dimensionamento adequado de profissionais dependendo da gravidade e cuidado do paciente, a definição de atribuições específicas do enfermeiro, bem como a realização da consulta de enfermagem e prescrições definidas em protocolos. De uma maneira geral pretendia-se que a enfermagem caminhasse para o reconhecimento profissional aliado ao conhecimento científico (COREN, 2020).

A construção das diversas teorias, que baseavam o funcionamento do serviço de enfermagem dependendo do perfil de cada instituição e público em conjunto com a Sistematização da Assistência de Enfermagem mostravam aos profissionais da enfermagem, da saúde de uma forma geral e população, que é possível realizar um plano de cuidados de qualidade baseado nas necessidades de cada pessoa, com o objetivo de melhorias na qualidade de vida. O papel de gestão da enfermagem foi ganhando destaque também e em vários serviços de saúde essas posições eram ocupadas pelo enfermeiro (GARCIA; NOBREGA, 2004; ADAMY; ZOCHE; ALMEIDA, 2020).

Ao se pensar no crescimento da enfermagem após a criação do Sistema Único de Saúde, pode-se dizer que os dois caminharam juntos. O quadro sanitário, político e econômico brasileiro trazia mudanças na área da saúde e a necessidade de políticas públicas e com isso o processo de trabalho da enfermagem foi-se modificando em função do cuidado e participação dessa categoria para a construção de uma assistência de saúde de qualidade. O trabalho de enfermeiros e enfermeiras sempre foi mais próximo dos usuários no que tange à prática assistencial e até mesmo no planejamento e gerência. De uma maneira geral, para que os objetivos do SUS fossem atingidos, era necessário o envolvimento da enfermagem (GOMES; OLIVEIRA; SÁ, 2007).

O Brasil possui atualmente um total de 2.647.995 profissionais, divididos em 653.656 enfermeiros e enfermeiras, 1.551.770 técnicos e técnicas de enfermagem e 442.231 auxiliares (COFEN, 2022).

Uma pesquisa da Fiocruz em parceria com o COFEN traçou o perfil da enfermagem brasileira e mostrou que essa é a maior categoria profissional do campo da saúde. Está inserida em todos os municípios, seja no SUS, setores privados, filantrópicos ou de ensino. Observou-se que dos 1.804.535 entrevistados, 1.063.694 atuam no setor público, sendo que 129.990 não responderam (MACHADO, 2017).

Na atualidade são observadas quatro grandes áreas de atuação da enfermagem, sendo essas a assistência direta ao paciente, atividades de gestão, trabalho com docência e pesquisa e por último o empreendedorismo. Em 2018 houve como um avanço a regulamentação dos consultórios e clínicas de Enfermagem e outra novidade é a atuação voltada para a estética. Apesar da amplitude de possibilidades de atuação, os profissionais, ainda, encontram-se inseridos na área hospitalar e na Atenção Básica, mais especificamente na Estratégia de Saúde da Família (COFEN, 2018).

A construção da profissão de enfermeiros e enfermeiras mostra que, historicamente, o saber prático e o teórico foram se aproximando. Atualmente, o conhecimento real das atribuições permite reconstruir sua imagem e deixar de lado vários estereótipos atribuídos nessa trajetória, apesar dos preconceitos. A enfermagem avança de uma classe servil e sem identidade para uma profissão com práticas sistematizadas e alicerçadas na ciência (DONOSO; DONOSO, 2016).

Porém, no momento presente, ainda, questiona-se: qual é o cenário atual da enfermagem? Apesar de todos esses avanços observa-se que a profissão ainda, social e culturalmente, é atrelada à figura e determinação da classe médica, dos cuidados domésticos femininos e à caridade; condicionada à valorização somente de acordo com as intenções ou estratégias do governo; além de ser palco de conflitos de raça e gênero. Acredita-se também em toda a carga cultural e histórica que reforça o arrastar de situações como jornadas exaustivas, baixos salários, manutenção de mais de um vínculo por necessidade e problemas mentais decorrentes de todo esse contexto (BRASIL, 1890; SANTO *et al.*, 2011; CAMPOS, 2012; BONINI; FREITAS; FAIRMAN; MARCONE, 2015; MASCARENHAS *et al.*, 2016; BATISTA, 2019; SANTOS F *et al.*, 2020; DAVID *et al.*, 2021).

Nota-se que nesses momentos de pandemia a enfermagem tem adotado uma posição singular. A história da enfermagem, reforçada pelas contribuições de Florence, já evidenciava a preocupação com ações como o isolamento dos doentes; a limpeza do ambiente e pessoal, principalmente das mãos e o planejamento das atividades. A atuação em áreas de gestão e assistência se fizeram presentes. Além disso o profissional enfermeiro está ligado à assistência desde a Atenção Primária à Saúde em que busca atuar com medidas de prevenção da doença, controle, educação em saúde e sensibilização da população, à gestão dos serviços de saúde e assistência de alta complexidade a pacientes graves (SANTOS, 2008; FERNANDES *et al.*, 2018; BUDU *et al.*, 2019; BARBOZA *et al.*, 2020; COSTA, 2020; TESTONI, 2020; DAVID *et al.*, 2021).

Ao buscar informações sobre o papel do enfermeiro na assistência em endemias, espera-se que esse profissional tenha capacidade técnica e conhecimento para que possam ser realizadas ações educativas, com foco na prevenção de agravos e promoção da saúde; que ele administre os serviços; que ele atue por meio da epidemiologia e volte sua prática às necessidades da população na busca de maior qualidade de vida (BRAGA; CORTEZ; CARNEIRO; MARTINS, 2011). Em momento algum discorre-se sobre a qualidade de trabalho e vida do profissional a não ser no uso de técnicas corretas para se evitar ou minimizar a contaminação.

Fato é que a enfermagem se envolve emocionalmente, mentalmente e fisicamente em todos os processos e mesmo assim continua pouco escutada. David e colaboradores (2021, p.5) questiona “Quem é a enfermagem no meio dessa pandemia? Qual sua cor, quais os modos de viver, quais as formas de exploração que sofrem? De onde vem? Classe social, raça/ cor? Sexo? Gênero? Que questões a epidemiologia tem dado conta de responder e que limitações estão presentes num mundo mecanicista com respostas prontas?”.

Continua-se a história. Durante os dois últimos anos, em tempos pandêmicos, a mídia mostrou aplausos aos profissionais, entretanto, o meio político discute, adia, aprova em uma instância, adia, constitui comissão em outra instância para estudar e aprovar uma pauta há anos apresentada e, ainda, não concluída, o teto mínimo salarial para os profissionais de enfermagem. Reconhecimento? Não, apenas, direito de uma classe profissional, que em tempos pandêmicos, cuidou de doentes, adoeceu, curou-se e também, perdeu vários de seus profissionais.

### **3.2 Pandemia do Novo Coronavírus (COVID-19): Contexto e Saúde**

Apesar da atual vivência da COVID-19 e todas as mudanças no país, não é a primeira vez que o Brasil passa pela experiência de enfrentar uma pandemia. Em 1918 iniciou-se uma epidemia de gripe na Europa, posteriormente chamada de gripe ou influenza espanhola. Os primeiros infectados eram soldados e profissionais de saúde que atuavam na Primeira Guerra Mundial e estima-se que morreram em torno de 50 milhões de pessoas no mundo (BARREIRA, 1997; PEREIRA, 1997; MOREIRA, 1999; BONINI *et al.*, 2015; BERALDO, 2020).

Naquela época, muitos não acreditaram que a doença chegaria até aqui. Porém, por meio das relações exteriores, principalmente com Portugal, brasileiros adoeceram e morreram. No início da crise os meios de comunicação eram utilizados para pedir calma à população, até que em setembro de 1918, o desconhecimento da doença associado ao grande número de pessoas internadas fez com que as pessoas olhassem para a situação de forma diferente e chamassem a



atenção do governo para a tomada de medidas. Assim como na pandemia da COVID-19 as opiniões das pessoas eram diferentes, e as medidas restritivas, como fechar escolas e proibir missas e romarias aos cemitérios, eram muitas vezes consideradas como terroristas (BERALDO, 2020).

Buscou-se estruturar os serviços de saúde como, por exemplo, com a compra de ambulância, com a inauguração de hospitais e com a participação de estudantes da área. Algumas medidas adotadas para a contenção do vírus e estimuladas pelos profissionais de saúde eram “não se comunicar com os doentes; evitar aglomerações; isolar doentes de seus familiares; ferver a roupa dos doentes; vacinar-se contra a varíola (se não funcionasse, ao menos estaria vacinado, explicava o médico); desinfecção de casas e quintais com creolina; beber água filtrada e fervida; lavar boca e garganta com desinfetante antes das refeições; lavagem frequente das mãos; usar chá de eucalipto e sal de quinina” (BERALDO, 2020).

Os profissionais atuantes na linha de frente estavam exaustos e toda a rede de saúde foi mobilizada. Apesar disso, muitas pessoas continuavam sem acesso aos serviços, tratavam-se em casa com medicamentos homeopáticos e tudo isso levava à subnotificação. Em dezembro de 1918 os casos da gripe espanhola começaram a declinar no Brasil, mas existiram diferenças regionais (BERALDO, 2020).

Comparações feitas entre a pandemia da gripe espanhola e a COVID-19 apontam algumas semelhanças. Estudiosos relatam que os dois vírus foram considerados misteriosos, incontidos e devastadores, com alta morbimortalidade; que os sintomas apresentados pelas duas doenças são diversos, o que dificulta a abordagem e o tratamento; e ainda que o comportamento das pessoas durante essas pandemias dificulta o enfrentamento das mesmas. Nos dois momentos, os vírus foram recebidos com incredulidade por muitos, o que trouxe a não adesão ao isolamento social e o comércio e propagandas de medicamentos milagrosos (ROGERS, 2020; TESTONI, 2020). Uma diferença observada é que durante a gripe espanhola pouco se falava em EPI (BERALDO, 2020).

Esse momento influenciou na criação da enfermagem moderna porque diante do caos instaurado era necessário tomar medidas sanitárias e modificar o cenário da saúde. De 1920 a 1934 Carlos Chagas foi diretor do DNSP e uma de suas ações foi coordenar a reforma sanitária. Por meio de uma aliança com a Fundação norte-americana Rockefeller foram implementadas medidas de bem estar social e oportunizada a criação de uma escola de enfermagem que trouxe capacitação às mulheres visitadoras antes submetidas ao trabalho leigo e subordinado aos médicos (BARREIRA, 1997; PEREIRA, 1997; MOREIRA, 1999; BONINI *et al.*, 2015; BERALDO, 2020).

Por essa experiência prévia da gripe espanhola acreditou-se que exemplos e condutas seriam seguidos na vivência da COVID-19 e até mesmo na prevenção de outras crises. Entretanto isso não se tornou realidade. De uma maneira geral relatou-se que os países que agiram com verdade diante dos fatos e da população e com a priorização de medidas não farmacêuticas, como o distanciamento social e o uso de máscaras, tiveram mais sucesso. Ressaltou-se ainda que não existe um investimento contínuo por parte dos governos para a prevenção de pandemias, o que seria relevante (ROGERS, 2020). Nesse sentido reforça-se a importância das medidas sanitárias que foram implementadas pela enfermagem nos diferentes momentos.

A primeira brasileira a realizar um curso de enfermagem de 3 anos completos, Edith Fraenkel, assumiu papel relevante no controle da gripe espanhola. Nessa época, ainda como visitadora sanitária, contribuiu para o desenvolvimento de ações nos hospitais, domicílios e demais locais de assistência e sua presença feminina reforçou o elo entre as famílias e os serviços de saúde. Auxiliou na criação da Associação Brasileira de Enfermagem, do Congresso Brasileiro de Enfermagem e da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP), na filiação do Brasil no Conselho Internacional de Enfermeiras e na publicação da primeira revista “Anais de Enfermagem”. Sua experiência sanitária possibilitou estudos voltados à dificuldade de acesso à saúde. Apesar de todos esses avanços realizados, Edith deixou de atuar após uma denúncia falsa de irregularidades na escola e finalizou suas atividades sem uma valorização justa (TESTONI, 2020).

Posteriormente, o Brasil vivenciou, no início do século 20, surtos de varíola, peste bubônica e cólera que assolaram a população e trouxeram medidas sanitárias extremas para a vacinação das pessoas e o controle do vírus e a infecção pelo vírus H1N1, uma nova cepa do vírus influenza A. Nesses períodos houve destaque da enfermagem por meio de ações voltadas à prevenção das doenças e imunização, além de ações de educação em saúde que contemplaram a sensibilização, a autonomia e o estímulo à participação individual e coletiva (SEVERO; GASPAR; ZARPELLON, 2009; BELLEI; MELCHIOR, 2011; QUADROS; COIMBRA, 2016; DAVID *et al.*, 2021).

A pandemia de H1N1, conhecida como gripe A, gripe suína ou gripe mexicana iniciou-se no México em março de 2009 e se espalhou por todo o mundo causando grande número de mortes. A doença chegou ao território brasileiro em maio desse mesmo ano e mobilizou o governo para a adoção de medidas no sentido de diagnosticar, assistir e conter os casos. Algumas ações realizadas foram a aquisição de vacinas, de insumos e de materiais hospitalares; a ampliação de leitos de terapia intensiva; a ampliação do horário de funcionamento das

unidades; a produção do medicamento utilizado para o tratamento da doença e de um kit nacional para diagnóstico. Assim como observamos no cenário atual da COVID-19, em vários momentos foi necessário desmentir boatos sobre a doença e sobre a vacina, como por exemplo a alegação de que havia níveis tóxicos de mercúrio na mesma e de que causava a síndrome de Guillain- Barré (CEE, 2021).

Ainda em maio de 2009, o então Ministro da Saúde José Gomes Temporão, emitiu uma carta direcionada aos profissionais de saúde do país para que todos estivessem mobilizados para o enfrentamento da até então epidemia. Nesse documento ele alertava sobre a baixa letalidade da doença, sobre a alta transmissibilidade, bem como sobre o cenário de incertezas e medidas que eram necessárias (TEMPORÃO, 2009).

O enfrentamento dessa pandemia no Brasil foi considerado um sucesso. A vacinação iniciou-se em março de 2010 e em três meses já havia a cobertura de 88% dos grupos prioritários e essa foi considerada a maior campanha de vacinação em massa do século XXI. Em 2009 foram contabilizados 60.000 casos de H1N1 e 2.146 mortes. Em 2010 as mortes reduziram para 100 e a vacina contra H1N1 foi incluída no calendário de vacinação do país anualmente (CEE, 2021).

Vale lembrar ainda da epidemia de HIV/Aids que atinge o Brasil por três décadas. Apesar de todos os avanços alcançados com a terapia antirretroviral, redução da morbimortalidade e melhoria da qualidade de vida daqueles que tratam adequadamente, ainda são grandes os desafios para manter a sustentabilidade das ações. Entre estes, estão: a dificuldade de sensibilizar os jovens sobre a gravidade da doença, visto que os mesmos não vivenciaram a alta letalidade da mesma; a manutenção de mortes muitas vezes evitáveis; e, ainda, a sensibilização de pessoas sobre a importância da adoção de práticas sexuais seguras (SZWARCOWALD; CASTILHO, 2011).

Agostini e colaboradores (2019) relatam que nesse momento de crise, caracterizado por mudanças sociais, políticas e econômicas, observa-se uma gestão que restringe o acesso a ações relativas ao cuidado às pessoas com HIV/Aids, bem como outras relacionadas ao gênero e à sexualidade. Teme-se que questões ideológicas, baseadas em estigmas e discriminação se sobreponham às reais necessidades de acompanhamento dos pacientes.

Eis que surge no final de 2019 a atual pandemia da COVID-19. No dia 30 de dezembro autoridades sanitárias da China notificam o adoecimento de trabalhadores do Mercado Atacadista de Frutos do Mar de Huanan, hospitalizados em Wuhan no dia anterior. O número de casos dessa pneumonia até então de causa desconhecida é crescente e estudos epidemiológicos e do Centro de Controle de Doenças da China mostram que se trata de um

novo tipo de coronavírus. As autoridades sanitárias de todo o mundo são comunicadas por meio da Organização Mundial de Saúde e ações são intensificadas no sentido de conhecer e controlar a transmissibilidade (BRASIL, 2020c).

A transmissão desse vírus conhecido como SARS-CoV, identificado na China em novembro de 2002 e que vem sofrendo mutações ao longo dos tempos, acontece principalmente pelo contato direto com secreções de pessoas contaminadas e ainda por aerossóis em espirros ou tosse. Inicialmente a COVID-19 é caracterizada por alterações no sistema respiratório, mas estudos mostram que essa doença ainda é muito incerta e que já são observados reflexos neurológicos, renais e gastrointestinais. Diante do desconhecimento de muitas questões, as medidas de proteção também são incertas. Um exemplo disso é não se ter evidências que comprovam a proteção das máscaras de tecido, muito utilizadas pela população (ELSAYED *et al.*, 2020).

No Brasil, assim que há a comunicação da existência dos casos na China, uma série de ações são adotadas. No dia 22 de janeiro de 2020 ocorre a ativação do Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública (COE-COVID-19) com a finalidade de nortear o Ministério da Saúde especificamente sobre a COVID-19 e buscar coordenação das ações e serviços para atuar em uma possível emergência (BRASIL, 2020c).

Os primeiros casos do país são identificados em fevereiro de 2020 e a transmissão é acelerada pela circulação de pessoas infectadas entre os diversos países e Estados. Nesse mesmo mês é declarada Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da infecção humana pelo novo Coronavírus por meio da Portaria MS nº 188, e conforme Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011 (BRASIL, 2020c; CAVALCANTE *et al.*, 2020; DAVID *et al.*, 2021).

Foram criadas medidas de resposta que têm como base a atuação dos setores de vigilância, suporte laboratorial, medidas de controle de infecção, assistência farmacêutica, vigilância sanitária, comunicação de risco e gestão. Busca-se uma atuação em rede para que todos os serviços estejam integrados (BRASIL, 2020c).

A disseminação da doença pelo Brasil e o acometimento das pessoas não aconteceu da mesma forma em todos os Estados, sendo isso relacionado às diferenças regionais, territoriais e culturais que de alguma forma afetam as medidas de prevenção não farmacológicas da doença, além do acesso aos serviços de saúde. No dia 16 de maio de 2020, o país ocupava a 4ª posição em números de casos e a 6ª posição em números de óbitos. Pela grande extensão e alto número populacional, considerava-se que o Brasil estava em uma fase anterior da pandemia quando

comparado com outros países e que as medidas de precaução seriam essenciais para o controle da crise e uma boa evolução da doença (CAVALCANTE *et al.*, 2020).

Em todos os períodos de pandemia vale lembrar que a área da saúde é apenas mais uma afetada, visto que mudanças na vida econômica, política e social também se fazem presentes. O início de cada pandemia tem sido marcado por questionamentos relacionados ao início do problema. Não se sabe ao certo se as mortes e adoecimentos foram causados por questões propriamente ditas de saúde ou por problemas ambientais ou mesmo pela busca desenfreada de enriquecimento (DAVID *et al.*, 2021).

Essa é uma resposta difícil de ser dada. Porém reflexões fazem-se necessárias para que os períodos de crise sejam vistos também como momentos de valorizar a ciência, de possibilitar crescimento e de superar problemas. Tanto as pessoas quanto os serviços podem tirar proveito dessas situações, quando existe a prática do bom senso e a ética (DAVID *et al.*, 2021).

Os desafios para o enfrentamento da pandemia são enormes e pode-se elencar, como principais causas de reflexos na área da saúde, a necessidade de reestruturação dos serviços e da equipe para realização dos atendimentos, a dificuldade de sensibilização da população e os embates políticos.

Política e economicamente vivenciamos um período de instabilidade, com um governo sem um delineamento preciso e com grande divergência de opiniões. Observou-se mudanças frequentes de ministros, inclusive no Ministério da Saúde, desigualdades de raça, gênero, descrédito na ciência e na gravidade da COVID-19, além de uma desorganização nos investimentos determinados pelo Presidente da República, advindo das organizações militares. Nota-se ainda dificuldade de relacionamento com os diferentes setores, pouco conhecimento sobre a gestão, principalmente do Sistema Único de Saúde e mudanças repentinas no governo em casos de discordância de suas propostas, entre elas sobre a abertura do comércio e o isolamento social. A necessidade de uma gestão de qualidade no SUS é incontestável nesse momento tendo em vista a produção de insumos, a vigilância sanitária e epidemiológica, entre outras questões essenciais para o controle da situação. Toda essa crise contribui para a construção do caos em que o país se encontra (BEIGUELMAN, 2020, PORTAL DA UFJF, 2020; CRODA; GARCIA, 2020, DAVID *et al.*, 2021).

Em relação ao comportamento da população existe divergência de opiniões sobre a doença e a própria desigualdade social existente no país leva a diferentes ações que nem sempre condizem com o que é esperado para o controle de uma pandemia. As medidas de isolamento e precaução são utilizadas de forma incorreta na maioria das vezes provocando maiores índices de contaminação. Mais uma vez recai uma grande responsabilidade para a área da saúde e para

a enfermagem. Além do cuidado propriamente dito aos doentes, é preciso sensibilizar a população, os gestores e profissionais para que se possa atuar, por meio da educação em saúde, com respeito à cultura e individualidades, no cenário encontrado (DAVID *et al.*, 2021).

Por fim, ao se pensar nos serviços de saúde de fato, percebe-se transformações dos fluxos, protocolos e ainda da oferta e procura pela assistência. Nesse sentido, ocorre a necessidade de atualização da equipe de saúde de forma constante para acompanhar os efeitos das doenças e as novas descobertas. Pelo motivo das pandemias não serem esperadas e surgirem com vírus ou bactérias novas, o tempo que se dispensa para a realização de estudos, definição de condutas e disponibilização de suprimentos, pode custar muito caro, no sentido humano e financeiro (BRASIL, 2020e; BRASIL, 2020d; CHAN; ZHAN; JOSEFSSON, 2020; MEDIDA; 2020; OMS, 2020).

Por mais que planejamentos sejam realizados de acordo com o desenvolvimento das doenças em outros países, nem sempre pode-se prever com precisão os efeitos que serão causados. Em fevereiro de 2020, foi construído no Brasil o Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo Novo Coronavírus COVID-19, pelo Ministério da Saúde. O objetivo do mesmo era descentralizar as ações entre Estados e municípios e definir três níveis de resposta caso o vírus chegasse ao país, sendo eles: Alerta, Perigo Iminente e Emergência. Levou-se em consideração aspectos como a forma de transmissão, as características de cada região, possíveis complicações da doença, a vulnerabilidade da população, a disponibilidade de insumos, entre outros (BRASIL, 2020e).

Foi visto que a COVID-19 chegou e em menos de um ano alguns protocolos e notas técnicas passaram por mais de dez atualizações. Toda a rede de atendimento teve que adequar-se para garantir a segurança dos profissionais e dos pacientes (BRASIL, 2020d).

Em relação à enfermagem, percebe-se que, se houve certo destaque diante do enfrentamento da COVID-19, com a visualização desses profissionais 24 horas por dia nos diferentes níveis assistenciais, desde a gerência e triagem até a assistência direta aos usuários, com uma atuação de louvor no combate à pandemia, desvelou-se, principalmente, o excesso de trabalho dessa classe. O medo de adoecer e morrer nesses momentos de crise deu lugar à coragem e à consciência do seu papel relevante no cuidado do outro (COSTA, 2020).

De uma maneira geral a história nos mostra, apesar das diferentes épocas e consequentes diferenças na estruturação dos serviços de saúde e tecnologia envolvida no cuidado, que é necessário um olhar para as condições da área da saúde, para as desigualdades regionais existentes e ainda para o trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde e condições desse.

A enfermagem, mesmo com maior visibilidade pelas ações sanitárias, possui um papel ímpar em todo o processo da doença e da assistência. Por tudo isso, conhecer a história da COVID-19 construída pelos enfermeiros atuantes na linha de frente do enfrentamento da doença pode favorecer reflexões acerca não só dessas questões mostradas, mas também apresentar para a sociedade esses profissionais, sua atuação, suas condições de vida e de trabalho em prol de maior reconhecimento.



***LUGARES, PERSONAGENS, CAMINHOS:  
assim se constrói esta história***



## 4 PERCURSO TEÓRICO-METODOLÓGICO

### 4.1 Uma Maneira de Fundamentar e Escrever a História

Esse estudo qualitativo foi fundamentado na perspectiva teórica da Sociologia Compreensiva do Cotidiano, proposta por Michel Maffesoli e teve como referencial metodológico a História Oral.

A Sociologia Compreensiva ressalta as vivências individuais e coletivas da maneira que acontecem no cotidiano, ou seja, reais. Considera os diferentes olhares e compreensões que podem surgir de um determinado fenômeno a partir da análise macro e micro das estruturas e relações estabelecidas entre si de acordo com o tempo e espaço em que a experiência acontece (MAFFESOLI, 1978; DIAZ, 2008; MAFFESOLI, 2012).

Ademais contribui consideravelmente para as pesquisas acadêmicas por apresentar diferentes visões das relações humanas. Para Maffesoli a abordagem da vida cotidiana deve contemplar a participação do pesquisador como um agente social, participante do contexto vivido, valorizar as experiências na forma como elas aparecem nesse objeto mais amplo e proporcionar análises mais profundas, reais, para além do que já está determinado pela sociedade, ou seja, ser sensível às vivências reais. Apresenta-se aí a grande riqueza dos estudos qualitativos (MINAYO, 2006; NOBREGA; NITSCHKE; SOUZA; SANTOS, 2012).

Para a pesquisa em saúde e enfermagem as vantagens do uso desse referencial são visíveis pela sensibilidade ao compreender que a vida social não é estática e que ela confere diferentes significados de acordo com a experiência vivida. Sabe-se que a saúde e a doença são influenciadas pelo modo de viver de cada pessoa e que as interações, cultura, valores e crenças existentes podem determinar as condições de vida do indivíduo e até mesmo os conceitos do que é ter saúde (NITSCHKE *et al.*, 2017).

Nesse sentido, as pesquisas na área de enfermagem assumem papel importante pela busca de atentar-se para uma assistência que não é somente quantificável mas que envolve aspectos subjetivos, símbolos, contextos de vida, sentimentos e o desejo do outro. Ao estudar a vida na sua forma original, considera-se que as necessidades e escolhas de cada pessoa existem, são particulares e ao mesmo tempo estão envolvidas em um contexto social (NITSCHKE *et al.*, 2017).

Em relação ao presente estudo, a escolha desse referencial se deveu à sensibilidade do teórico e possibilidade de enxergar no que é considerado banal pela sociedade, algo fantástico, essencial, para além das aparências, cheio de significados e particularidades que determinam o

cotidiano vivido e o momento presente (MAFFESOLI, 2001; GONÇALVES, 2020). Insere-se aí todo o contexto histórico, político e econômico que envolve o enfrentamento da pandemia, o processo de trabalho e de vida dos profissionais enfermeiros e consequentemente do cuidado destinado a eles e aos usuários. Dessa forma, permite-se a compreensão da história narrada por cada enfermeiro em relação à maneira como o mesmo vivenciou ou vivencia esse momento com toda sua subjetividade, memória, dificuldades e descobertas.

Maffesoli utiliza a sensibilidade como protagonista para o entendimento do percurso pósmoderno, levando em conta os aspectos pré-individuais, mediante o que chama de “investigação de sentido”, que passa pelo olhar aprofundado nas minúcias da vida cotidiana, centrada em teorias do imaginário. Discorre sobre como a simplicidade do original, a vida de todos os dias, que inclui os diversos modos de vida, as maneiras de ser, de pensar, de se situar e de se comportar em relação ao outro e a natureza, dá o caráter experimental à vida cotidiana, na qual, o ato de interpretar e de compreender o conhecimento comum se torna mais relevante que explicar os fatos. (Nitschke *et al.*, 2020. p.2).

A profissão da enfermagem e o profissional enfermeiro, por mais que carreguem uma grande carga cultural e aspectos aparentemente definidos sobre como se deve comportar e atuar, caracterizados por Maffesoli como identidade, trazem também singularidades e interações que transformam a forma de cuidar do outro e de si mesmo, e de viver, caracterizadas pela identificação, que nem sempre estão explícitas e são determinantes de todo o processo. Nitschke e colaboradores (2017):

Considera a cultura feita de elementos simples que sedimenta o estar-junto e o viver-junto, expressos na duplicidade, na teatralidade cotidiana, no sentimento trágico da existência, no fantástico vivido no dia a dia, na proximidade que se mostra insignificante e, ao mesmo tempo, estruturante (NITSCHKE *et al.*, 2017. p.3).

O conceito de identidade possui variações que podem ser observadas na literatura. De acordo com Castells (2008) a mesma é caracterizada como aquilo que dá significado com base na experiência de um povo. Bauman (2005) considera a identidade como algo que se desfaz à medida que outras identidades se tornam mais interessantes e satisfatórias.

No presente estudo foi adotada a noção proposta por Maffesoli. Para o teórico “identidade” é algo constituído pela sociedade moderna, determinada, portanto, pela racionalidade apenas, para qual existem um conjunto de ações e comportamentos previamente delimitados pelas relações sociais – assim, espera-se que o enfermeiro cuide de pessoas. Porém, o vivido, as experiências de cada um e do próprio grupo sócio-cultural são permeadas pela sensibilidade, dos sentimentos, de emoções, de sofrer frente a doença do outro, sentir medo de

adoecer e morrer, mas buscar forças e cuidar pela empatia por serem humanos. Dessa forma constitui-se o que o autor denomina de “identificação”, de estar junto com o outro, estabelecendo, assim uma racionalidade sensível no vivido e nas relações sociais, para além da razão moderna (MAFFESOLI, 2010; MAFFESOLI, 2012; BARROSO; PENNA, 2016).

Considera-se que o enfrentamento da pandemia da COVID-19 não se resume à busca de prevenção e tratamento da mesma. Esse contexto está permeado por interações, por vivências e experiências que dão a esse momento toda uma particularidade.

Há, em toda atividade humana, uma carga emocional e afetiva, repleta de simbologia que constrói as experiências do homem. Estas experiências não podem ser interpretadas somente pelos meios racionais, meios que tentam explicar os fatos de forma lógica, aparando as arestas, sem considerar a subjetividade, o que deixa por vezes lacunas na descrição e compreensão dos fenômenos (PENNA, 2007. p.83).

Maffesoli considera que nas coisas mais simples e muitas vezes consideradas como insignificantes ou pequenas no cotidiano pode estar a riqueza e o significado de tantas outras grandes coisas que acontecem. Fatos aparentemente irrelevantes ou imperceptíveis podem se mostrar com tamanha complexidade e relevância dependendo do olhar que é posto sobre ele. São nos “pequenos nada”, entendidos como aquilo que é importante para uma pessoa ou um grupo e não necessariamente precisa ser importante para a sociedade, que as histórias são construídas com toda subjetividade (MAFFESOLI, 2001; GONÇALVES, 2020).

Falar sobre o espaço que as pessoas vivem e convivem e conviviam antes da pandemia, sobre o estar junto com e a questão de viver pequenos nada, não tem muita importância pra história oficial, mas é de suma importância para as pessoas que estão convivendo. Com a COVID-19, quando esses espaços de estar junto são finalizados, espaços de convivência, o ser humano reinventa outras formas de viver e interagir, como por exemplo os encontros virtuais. Fato é que as pessoas precisam continuar porque estão enfrentando a morte de cada dia. Precisam de respiradouros e vão inventando os mesmos para viver. Diferente das histórias oficiais, cada vivência vai construindo a pandemia.

Dessa maneira, acredita-se que o objeto desse estudo, que trata da história de enfermeiros e enfermeiras no enfrentamento da COVID-19, esteja repleto de singularidades e subjetividades que não são mostradas facilmente, mas que podem ter tamanha relevância para o contexto de trabalho e vida desses profissionais e assim, de toda uma assistência em saúde prestada.

Nesse sentido, a utilização da História Oral se justificou pela possibilidade de uma aproximação das vivências e significados dos fatos de acordo com as vivências cada pessoa

(TURATO, 2005; MINAYO, 2011). Buscou-se diferentes experiências acerca do enfrentamento da COVID-19 pelas enfermeiras e enfermeiros e por meio das narrativas resgatar esse profissional como sujeito desse processo histórico e estabelecer vivências, culturas, interações e singularidades diversas sobre esse objeto ainda desconhecido e daí possibilitar a construção de olhares que possam estabelecer políticas e ações voltadas tanto para o cuidado do outro, como para os próprios profissionais.

Existem registros de estudos com história oral desde a década de 20 para a preservação da memória de tribos. No Brasil essa técnica iniciou-se em 1940, mas foi pouco valorizada pela maior utilização, naquele momento, de dados objetivos e quantitativos, pela crença de que o relato oral era demasiadamente influenciado pela psique e ainda por considerarem a influência do pesquisador como um viés. Na década de 60, devido ao contexto político do país e coibição dos depoimentos houve maior enfraquecimento. Somente em 1975, com a busca de captar depoimentos de políticos brasileiros por um programa de história oral no Rio de Janeiro, o uso da técnica foi favorecido e passou a ser mais utilizado principalmente por pesquisadores de história e ciências sociais (CAPPELLE; BORGES; MIRANDA, 2010).

Somente em 1994, com a criação da Associação Brasileira de História Oral houve valorização do método por considerar que os relatos, as memórias e a subjetividade ali contidas permitem reconstruir acontecimentos e histórias bem como apreender situações do presente. Dessa maneira, esses estudos são utilizados para documentar uma realidade ainda não registrada e também para apresentar novas versões de uma história já existente (CAPPELLE; BORGES; MIRANDA, 2010; MEIHY; RIBEIRO, 2011).

Na área da enfermagem esse método começou a ser utilizado pela necessidade de compreender a prática realizada por esses profissionais na dimensão dos atores sociais que os vivenciam (MOREIRA; BARBOSA; CUNHA, 2014).

Divergências sobre o conceito de História Oral existem, principalmente em relação à classificação da mesma como um método de pesquisa ou uma técnica de coleta de dados. Apesar disso, acredita-se que chegar a um consenso sobre isso seja pouco relevante e que o importante é o emprego correto de acordo com o objetivo da investigação (CAPPELLE; BORGES; MIRANDA, 2010).

Os principais tipos de História Oral são a história oral de vida, a História oral temática e a Tradição Oral. Na história oral de vida o colaborador relata sua existência, os acontecimentos e a experiência que adquiriu. Não é considerada uma autobiografia porque existe a intervenção do pesquisador. A história oral temática tem como características a condução explícita das entrevistas pelo pesquisador, por ser essa técnica considerada um

documento para a busca de esclarecimentos e pela delimitação de um assunto. Pretende-se encontrar algo que possa ser discutido e questionado. Já a tradição oral aborda mitos que permanecem nas comunidades e que trazem representação para os dias atuais (CAPPELLE; BORGES; MIRANDA, 2010; MEIHY; RIBEIRO, 2011).

Pode-se classificar a História Oral ainda em híbrida, quando existe a coleta de depoimentos direto de registros ou dos indivíduos e há o diálogo com documentos já escritos e em pura, em que se considera somente o que foi dito (MEIHY; RIBEIRO, 2011; MOREIRA, BARBOSA; CUNHA, 2014).

O presente estudo adotou a História Oral como um método de pesquisa realizado com pessoas que vivenciaram determinado fenômeno e que por meio dos seus depoimentos favoreçam novas interpretações, significados e sentidos para o mesmo. Ressalta-se ainda que podem ser utilizadas diferentes técnicas de coleta e análise dos dados. A riqueza do método consiste justamente na interpretação de cada um sobre os fatos (NEVES, 2003; ALBERTI, 2004; CAPPELLE; BORGES; MIRANDA, 2010; MEIHY; RIBEIRO, 2011).

Foi empregado o gênero narrativo História Oral temática, na modalidade híbrida (ALBERTI, 2004; CAPPELLE; BORGES; MIRANDA, 2010; MEIHY; RIBEIRO, 2011). Isso porque buscou-se priorizar as falas e conteúdo das entrevistas, utilizadas aqui como técnica, analisar as mesmas de forma conjunta com documentos e publicações já existentes e ainda realizar uma avaliação crítica do que já foi feito sobre o tema. Reconheceu-se a produção do conhecimento como cumulativa.

A riqueza das narrativas consiste na identidade e construção dos sentidos dados a um determinado fato por quem o viveu. Refletir sobre esse momento permite dar significado a cada detalhe e utilizar de estruturas linguísticas e psicológicas para transmitir experiências individuais, carregadas de subjetividade e do contexto social e cultural existente e constituir uma realidade antes não vista (RABELO, 2011).

A fala é vista como um meio que possibilita a memória ser apresentada por meio de uma conversa formal com o interlocutor, visto que existe um propósito nesse encontro. Cada colaborador, por meio da sua história sobre determinado fato agrega sua realidade e vivência e ao mesmo tempo agrega informações para a construção coletiva. Aí encontra-se uma das grandes riquezas da história oral: a possibilidades de resultados com alcances públicos e sociais (MEIHY; SEAWRIGHT, 2021).

Paralelo à epidemiologia, números e estatística as pessoas estão fazendo algo para a conservação da humanidade. Independente dos protocolos, elas estão narrando essa história no

cotidiano, resolvendo suas questões, isoladamente ou não, mas auxiliando a construção de um cuidado diferenciado.

A pandemia, por mais que se caracterize como uma crise, possibilita pensar algo (im)pensável e novos desenhos segundo Incerti e Cândido (2020):

E vemos, de várias maneiras, que o que importa é o presente, enraizado no passado e que prefigura o futuro. Ao contrário dos “arautos” do catastrofismo ou do que é comumente chamado de “colapsólogos”, considerando que o que se desenha é o fim de todas as coisas, eu repito, a torto e a direito, que o fim de um mundo não é o fim do mundo. (INCERTI; CÂNDIDO, 2020, p. 7).

Assim, em relação ao contexto de trabalho e vida da enfermeira e do enfermeiro, mais uma inquietação aparece: é possível atuar na linha de frente da pandemia deixando de lado o contexto de vida, sofrimentos, alegrias trazidas por cada sujeito e pela sociedade?

Ao se pensar no trabalho dos profissionais de saúde, não é somente mais um plantão, um paciente a ser cuidado. A mecanicidade tantas vezes apresentada para as práticas em saúde abre espaço para um olhar que contempla as várias interferências sociais, econômicas, políticas, e de vida de cada pessoa, construída por meio de interações, afetos e sentimentos. A formalidade colocada pelos protocolos, normas e rotinas existentes no ambiente da saúde e de trabalho da enfermagem se vê fragilizada frente ao desconhecido, às incertezas e à necessidade de mudanças na forma de cuidar.

Considerando-se quão complexa e heterogênea é a rotina dos serviços de saúde e prática realizada pelos profissionais, qual realidade que esse “pano de fundo” (Maffesoli, 1988) chamado Pandemia da COVID-19 pode desvelar?

É possível integrar na compreensão dessa pandemia a paixão, os ritos, o imaginário, o trágico, entre outros componentes essenciais do viver humano (MAFFESOLI, 1988; MAFFESOLI, 2001; MAFFESOLI, 2012), o que também é possível no contexto da enfermagem.

De uma maneira geral, espera-se discutir os achados desse estudo em relação à história de enfermeiros e enfermeiras no enfrentamento da COVID-19, com suas peculiaridades e entrelinhas, assim como é proposto na Sociologia Compreensiva de Michel Maffesoli e possível com a História Oral.

## 4.2 Cenário

Início essa parte do trabalho relatando que o projeto que desencadeou esse estudo foi elaborado em maio de 2020, pleno período de pandemia, quando já estava programado inclusive o distanciamento entre as pessoas. Toda essa situação trazia inquietações em relação à forma de se realizar um estudo qualitativo e a História Oral, que valoriza o ficar frente a frente com as pessoas.

Diante disso e respeitando as estratégias de prevenção da COVID-19 foi pensado um cenário mais amplo que tivesse uma representatividade da enfermagem brasileira que atua em cada estado do país, de trabalhadores da linha de frente nesse período pandêmico. Esse cenário virtual trouxe a possibilidade de ter pessoas das cinco regiões brasileiras, dos vários espaços socioculturais e de cuidado.

Assim, o cenário virtual foi composto por unidades de saúde de diferentes níveis de assistência dos estados brasileiros mais o Distrito Federal. Essa delimitação torna-se importante para fins da pesquisa tendo em vista as diferenças regionais, dos serviços de saúde e possivelmente da forma de enfrentamento da pandemia pelos profissionais enfermeiros. Acredita-se que as experiências vivenciadas na área da saúde possam ser influenciadas pelo lugar, pela identidade e espaço ali existente.

## 4.3 Participantes

Os participantes do estudo foram 30 enfermeiras e enfermeiros atuantes na linha de frente do enfrentamento da COVID-19, independente do local de atuação, sem distinção de gênero, raça e tempo de formação. Essa delimitação é importante ao se tratar do método História Oral visto que a vivência da situação e realidade escolhida colabora para que os depoimentos sejam significativos (ALBERTI, 2004; MEIHY, 2011).

Ao todo foram convidadas 44 pessoas, dos diferentes Estados. Alguns não participaram por não se adequar aos critérios de inclusão da pesquisa (atuavam somente na gestão ou docência) e outros não retornaram após o convite para a entrevista.

Na história oral os entrevistados são reconhecidos como colaboradores da pesquisa. “Nota-se que a colaboração não iguala as partes, mas convida a um trabalho participante em que os dois polos – os entrevistados e os entrevistadores – são sujeitos ativos, unidos no propósito de produzir um resultado que demanda convivência” (MEIHY, 2011. p. 23).

Essa ideia de colaboração é fundamental na técnica e manutenção da ética na história oral por permitir que diferenças sejam respeitadas em relação ao que é narrado e ao mesmo tempo aconteçam buscas por mutualidades (MEIHY; SEAWRIGHT, 2021).

A escolha dos colaboradores foi realizada inicialmente de acordo com a técnica de amostragem bola de neve (*snowball*), em que novos participantes são indicados pelos próprios entrevistados. Nessa técnica os participantes iniciais de um estudo, denominados “sementes”, indicam novos participantes, que indicam outros e assim sucessivamente (BALDIN; MUNHOZ, 2011). Os três primeiros participantes foram escolhidos intencionalmente e convidados a colaborar, por serem do Estado de Minas Gerais, (local de origem do estudo), por suas atuações frente à pandemia e, também, por trabalharem em diferentes níveis de atenção à saúde. Esses indicaram novos colaboradores e assim sucessivamente. Vale ressaltar que muitas vezes os próprios convidados já faziam um contato prévio.

A proposta inicial do estudo era contemplar o mapeamento de todo o país. Porém, no momento do exame de qualificação o mesmo contava com a participação de 25 colaboradores, ficando os estados do Paraná, Amapá, Roraima, Goiás e Tocantins, sem participantes por não responderem ao convite ou mesmo pela falta de indicação de pessoas desses locais. Diferente do que era pensado inicialmente, a realização das entrevistas havia sido finalizada após a leitura dos relatos; a constatação, por meio de uma análise criteriosa e sensível das pesquisadoras, de que as narrativas apresentadas contribuiriam para alcançar o objetivo do estudo; e pela saturação dos dados com esse número de colaboradores.

Entretanto, foi sugerida pela banca de qualificação a busca de mais enfermeiras e enfermeiros para que a proposta inicial de abranger todo o Brasil fosse contemplada. Acreditava-se que a participação dos profissionais das regiões faltosas enriqueceria e completaria o trabalho. Dessa maneira, buscou-se outras formas de indicação ou contato e esses cinco colaboradores restantes foram indicados por pessoas conhecidas da pesquisadora ou contato com Conselhos Regionais de Enfermagem.

O quadro a seguir apresenta a forma como os colaboradores foram selecionados:



Quadro 1- Apresentação da seleção dos Colaboradores do Estudo, 2021.

| Técnica Snowball                  | Participantes Sementes |    |    |    |    |    |    |    |    |   |    |    |    |
|-----------------------------------|------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|---|----|----|----|
|                                   | MG                     |    | MG |    |    |    |    |    |    |   | MG |    |    |
|                                   | ↓                      | ↓  | ↓  | ↓  |    |    |    |    |    | ↓ | ↓  |    |    |
|                                   | RJ                     | ES | PB | MG |    |    |    |    |    |   |    | AM | DF |
|                                   | ↓                      | ↓  |    | ↓  | ↓  | ↓  | ↓  | ↓  | ↓  | ↓ |    |    |    |
|                                   | BA                     | PE |    | RN | RO | RS | AC | CE | MS |   |    |    |    |
|                                   | ↓                      |    |    | SP | ↓  | ↓  | ↓  | ↓  | ↓  |   |    |    |    |
| SE                                | SC                     |    |    | ↓  | ↓  | ↓  | ↓  | ↓  |    |   |    |    |    |
| ↓                                 | MT                     |    |    | ↓  | ↓  | ↓  | ↓  | ↓  |    |   |    |    |    |
| AL                                | PA                     |    | ↓  | ↓  | ↓  | ↓  | ↓  |    |    |   |    |    |    |
| ↓                                 | MA                     | ↓  | ↓  | ↓  | ↓  | ↓  |    |    |    |   |    |    |    |
| Indicações de conhecidos ou COREN | PR                     |    |    |    |    |    |    |    |    |   |    |    |    |
|                                   | TO                     |    |    |    |    |    |    |    |    |   |    |    |    |
|                                   | AP                     |    |    |    |    |    |    |    |    |   |    |    |    |
|                                   | RR                     |    |    |    |    |    |    |    |    |   |    |    |    |
|                                   | GO                     |    |    |    |    |    |    |    |    |   |    |    |    |

Figura 1- Cenário do Estudo, 2021.



#### 4.4 Técnica de Coleta e Análise dos Dados

A elaboração do projeto de pesquisa e planejamento de todas as etapas de um estudo envolvendo a História Oral são fundamentais para que o objetivo proposto seja alcançado. Por serem as entrevistas e as narrativas o ponto central desse tipo de estudo toda essa preparação deve ser feita de forma cuidadosa para que daí apareçam as principais questões a serem dialogadas (MEIHY; SEAWRIGHT, 2021).

Conforme informado anteriormente e em respeito às medidas de isolamento social, ainda estabelecidas no território brasileiro e sem data de término estabelecida, foi realizada nessa pesquisa a comunicação mediada por meio dos aplicativos Google Meet®, WhatsApp® e também por email. Essa escolha justificou-se pela gratuidade dessas tecnologias e fácil acesso. A coleta dos dados aconteceu de junho de 2020 a agosto de 2021.

Inicialmente foi feito um contato telefônico com o participante, via WhatsApp® ou por e-mail, convidando-o a participar do estudo. Aos que aceitaram o convite, foi enviado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) pelo meio escolhido pelo participante para que o mesmo fosse assinado e reenviado para marcação de posterior da entrevista. Além de que, ao iniciar a conversa, houve uma confirmação do consentimento, de forma verbal, gravada em áudio em poder do pesquisador com garantia de anonimato e sigilo. Em seguida foi iniciado o processo de colaboração, seguindo as etapas: gravação das entrevistas, transposição do código oral para o escrito, conferência e análise.

A entrevista seguiu as seguintes etapas: 1) pré-entrevista: preparação do encontro, quando o colaborador foi informado sobre os objetivos da pesquisa e a gravação para registro da mesma pelo WhatsApp®; 2) entrevista: em que foi feita a gravação, com registro dos dados de identificação - o nome do projeto, identidade do entrevistado, local e data do encontro, e o esclarecimento ao colaborador que ele deveria conferir a entrevista transcrita antes de autorizar sua publicação. Essa etapa foi feita pelo Google Meet® e o pesquisador ficou responsável por orientar o participante sobre o uso do aplicativo, pela abertura da sala para a entrevista e pelo envio do link de acesso; 3) pós-entrevista: etapa quando se devolveu a transcrição para o colaborador, além do agradecimento. Foi elaborada uma carta de cessão, documento que legaliza o uso da entrevista, a ser assinada pelo colaborador autorizando a gravação e aprovação do texto final. O mesmo poderia optar também pela autorização por meio dos aplicativos, de forma escrita (MEIHY, 2011).

Foi realizada uma entrevista aberta com os participantes, na qual eles responderam questões (Apêndice B) acerca do enfrentamento da COVID-19 pelo enfermeiro e as mudanças que observou nesse processo em relação à sua vida pessoal e profissional.

As questões norteadoras que fizeram parte da entrevista foram elaboradas a partir do levantamento bibliográfico já realizado e a ordem das mesmas foi apresentada de acordo com a importância delas no contexto estudado ou de tópicos principais (MEIHY, 2011).

As entrevistas foram finalizadas quando o objetivo do estudo foi alcançado e as diferentes regiões do país foram contempladas. O procedimento para a produção do documento por meio das entrevistas realizadas seguiu as seguintes fases: transcrição, quando se converte o conteúdo gravado em texto escrito; textualização, em que as perguntas são retiradas e fundidas à narrativa e o texto é organizado por temática ou pela cronologia. Valoriza-se a figura do participante como personagem única; e a transcrição ou elaboração de um texto recriado, a transformação final do oral em escrito. Nesse momento existe interferência do pesquisador no texto, palavras podem ser acrescentadas para completar as frases e as narrativas são considerados elementos comunicativos (MEIHY, 2011). A narrativa é feita e interpretada pelo narrador e posteriormente reinterpretada pelo pesquisador (RABELO, 2011).

Observa-se então que por meio da transcrição silêncios, sentimentos, pausas e outras expressões que não podem ser apresentadas na forma oral são acrescentadas ou “recriadas” pelo pesquisador que atua como mediador da linguagem. Ajustes são realizados para que a narrativa apresentada na forma escrita seja mais próxima da realidade expressada (MEIHY; SEAWRIGHT, 2021).

Após estas fases foi feita a validação, com a apresentação de um relatório final, elaborado a partir da análise dos resultados interpretados com o intercruzamento com outros textos e referências existentes na literatura (MEIHY, 2011).

#### **4.5 Aspectos Éticos**

Foram respeitadas nesse estudo as Resoluções 466/2012, 510/2016 e 580/2018 que tratam de pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016; BRASIL, 2018).

A participação dos sujeitos do estudo foi voluntária, sem nenhum gasto financeiro e também sem recebimento de nenhum valor e todos assinaram o TCLE, sem indicação de identificação dos colaboradores e a garantia que poderiam retirar sua participação à entrevista a qualquer momento, sem qualquer dano ou ônus a sua pessoa.

Assegurando o anonimato dos colaboradores, eles foram identificados com os nomes de João e Maria, para distinção de gênero como código, acompanhado da idade e do Estado de referência. Pelo fato do Estado de Minas Gerais ter contado com dois participantes do sexo masculino e mesma idade, à identificação desses está acrescida as letras A e B.

Todas as entrevistas foram utilizadas apenas para fins desta pesquisa e de artigos científicos que poderão ser publicados, sendo somente dessa forma disponibilizados para o acesso público. As gravações ficarão sob a responsabilidade do pesquisador por um período de 5 anos e depois serão destruídas. Os riscos identificados na pesquisa foram somente aqueles referentes a alguma lembrança ou sentimento relacionados ao enfrentamento da COVID-19. A pesquisadora ficou responsável por minimizar esses riscos e buscar atendimento para o participante caso fosse necessário.

Benefícios podem existir por meio da participação dos enfermeiros no que se refere ao conhecimento da realidade vivenciada por esses e ao planejamento de melhorias no processo de trabalho e vida pessoal.

A pesquisa só teve início após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (CAAE: 32998620.8.0000.5149, Parecer 4.082.361) (Anexo 1).



***VIVÊNCIAS, IMAGENS,  
INTERPRETAÇÕES...***

## **5 VIVÊNCIAS DA PANDEMIA DA COVID-19 EM NARRATIVAS DE ENFERMEIRAS E ENFERMEIROS**

Com o intuito de compreender a história de enfermeiras e enfermeiros atuantes no enfrentamento da pandemia da COVID-19 e suas vivências pessoais e profissionais, foi apresentada a caracterização dos colaboradores e três categorias obtidas após a análise dos dados: 1. Assim Começa a História: Momentos Vividos, dividida nas subcategorias “Vida Pessoal pré-pandemia”, “Rotina do profissional enfermeiro antes da pandemia”; 2. Vivenciando a Pandemia: O Enfrentamento da COVID-19 pelos Enfermeiros e Enfermeiras, com as subcategorias “Foi Noticiado o Novo Coronavírus: Contexto Geral”, “Ser Enfermeiro Frente à COVID-19: O Desafio de Lidar com as Incertezas” e “O processo de cuidar imbricado da personalidade do enfermeiro”; 3. O que ainda temos a vivenciar: expectativas, fim, recomeço?

### **5.1 Quem contou a história**

O estudo conta com 30 colaboradores enfermeiras e enfermeiros que atuam na linha de frente do enfrentamento da COVID-19, sendo 23 pertencentes a capitais brasileiras e 07 residentes em cidades do interior. Distribuíram-se em 21 mulheres e 9 homens, com idade entre 25 e 46 anos, graduados há um tempo de 3,5 a 22 anos. Em relação ao estado civil 17 pessoas são casadas, 11 solteiras, 01 união estável e 01 divorciada.

Os locais de atuação variam, mas como foi utilizada a técnica snowball para indicação dos participantes, há maior concentração de enfermeiros dos Centros de Terapia Intensiva possivelmente pela rede de contatos já construída. Entretanto, há participantes alocados em todos os níveis assistenciais: Atenção Primária à Saúde (APS), Serviço de Atendimento Móvel Urbano (SAMU), Unidades de Pronto Atendimento (UPA), unidade mista (que compreende atividades da atenção primária e leitos de observação e internação), hospitais e Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Em relação às características dos Estados, nota-se que mudanças na vida pessoal dos enfermeiros foram mais relevantes tendo em vista os hábitos e costumes de cada local. Em relação à estruturação dos serviços de saúde e forma de atuação dos profissionais durante a pandemia não existiram diferenças consideráveis.

O quadro a seguir apresenta o perfil dos colaboradores do estudo:

Quadro 2- Perfil dos participantes do Estudo, 2021.

| Nº | Idade | Estado civil  | Sexo | Tempo de formação (anos) | Local de atuação        | Estado |
|----|-------|---------------|------|--------------------------|-------------------------|--------|
| 1  | 36    | Solteira      | F    | 14,5                     | ESF/APS                 | MG     |
| 2  | 42    | Casado        | M    | 15                       | SAMU                    | MG (A) |
| 3  | 31    | Solteiro      | M    | 9                        | UTI adulto              | MG     |
| 4  | 39    | Casado        | M    | 11                       | Hospital                | AM     |
| 5  | 40    | Casada        | F    | 18                       | ESF/APS                 | PB     |
| 6  | 42    | Solteiro      | M    | 20                       | UTI adulto              | MG (B) |
| 7  | 40    | Casada        | F    | 16                       | Hospital e maternidade  | RN     |
| 8  | 39    | Casado        | M    | 11                       | UTI adulto              | RO     |
| 9  | 41    | Solteira      | F    | 18                       | UTI pediátrica          | RS     |
| 10 | 40    | Solteira      | F    | 5                        | UTI adulto              | AC     |
| 11 | 31    | Solteiro      | M    | 10                       | UTI adulto              | SP     |
| 12 | 42    | Casado        | M    | 13                       | UTI adulto e hospital   | RJ     |
| 13 | 36    | Casada        | F    | 16                       | UBS/APS                 | SC     |
| 14 | 46    | Casada        | F    | 19                       | Hospital                | MT     |
| 15 | 35    | Divorciado    | M    | 7                        | UTI adulto              | CE     |
| 16 | 29    | Solteira      | F    | 8                        | UTI adulto              | PI     |
| 17 | 30    | Casada        | F    | 7                        | UTI adulto e pediátrica | MA     |
| 18 | 32    | Solteira      | F    | 8                        | Hospital                | PE     |
| 19 | 43    | União estável | F    | 19                       | UTI adulto              | DF     |
| 20 | 36    | Casada        | F    | 15                       | UTI adulto              | MS     |
| 21 | 41    | Casada        | F    | 18                       | Unidade Mista           | ES     |
| 22 | 33    | Casada        | F    | 10                       | UBS/APS                 | PA     |
| 23 | 25    | Solteira      | F    | 3,5                      | Hospital                | BA     |
| 24 | 36    | Casada        | F    | 12                       | UTI adulto              | SE     |
| 25 | 41    | Casada        | F    | 22                       | UPA/Hospital            | TO     |
| 26 | 30    | Casado        | M    | 7                        | Hospital                | AL     |
| 27 | 26    | Solteira      | F    | 4                        | UPA e SAMU              | PR     |
| 28 | 30    | Solteira      | F    | 6                        | Hospital de Campanha    | GO     |
| 29 | 36    | Casada        | F    | 15                       | Hospital Geral          | RR     |
| 30 | 40    | Casada        | F    | 16                       | ESF/APS                 | AP     |

## 5.2 Assim Começa a História: Momentos Vividos

A presente categoria tem como objetivo apresentar o contexto de vida pessoal e profissional dos colaboradores antes da pandemia. Faz-se necessária essa abordagem para que reflexões possam ser realizadas em relação ao momento de enfrentamento da crise.

### 5.2.1 Vida Pessoal Pré-pandemia

Se fizermos a pergunta “Quem é o enfermeiro?” para qualquer pessoa, certamente teremos como respostas: um indivíduo que fez um curso de graduação em enfermagem, que trabalha de roupa branca, que tem como missão cuidar e assistir outras pessoas, que se doa por completo a essa profissão, que trabalha muito e em vários lugares para ter uma renda melhor...enfim, essa é a identidade (MAFFESOLI, 2012) construída socialmente, caracterizada fortemente pelo lado profissional, ao que pese as características da modernidade segundo o autor referido.

Difícilmente escutaríamos alguma referência sobre a pessoa que está por trás daquele que presta o cuidado e essa tem sido uma grande riqueza do presente estudo: mostrar que independentemente do tempo, contexto e local onde o enfermeiro está inserido, existe ali alguém que tem desejos, hábitos e necessidades que movimentam o seu fazer cotidiano.

Os relatos dos colaboradores mostram que cada um, à sua maneira e de acordo com seus gostos e preferências, tinham seus momentos de descontração, lazer e vida social. Alguns mencionam que antes da pandemia costumavam ter uma vida social mais movimentada e com atividades fora de casa:

Antes a gente pelo menos saía de 2 a 3 vezes na semana. Ia ao cinema. Eu tenho um grupo de tricô e participava com minhas amigas. E trabalho manual pra mim é muito importante porque realmente desestressa. Também fazia um grupo de meditação. Então eu tinha uma vida, eu sou uma pessoa muito caseira né? Pra mim a pandemia não teve muita, eu não tive muita dificuldade de permanecer em casa. Até a gente não ficou em casa, eu como profissional de saúde. Mas essas questões, eu ia pra academia todos os dias, de segunda a sábado. Tinha meditação, tinha o grupo de tricô, então tudo. Eu faço terapia, então eu ia na consulta com minha psicóloga e tudo isso ficou bem prejudicado. (Maria, 43, DF)

A pessoal, ela era bem ativa né? Eu casei ano passado, então saía bastante, vida social intensa também, viagem também. Viajava bastante. E aí mudou radicalmente. [...]. E na verdade assim, a minha vida mudou antes disso, mas não só por causa da pandemia. Eu fiquei afastada pra terminar meu doutorado de outubro até março. Então eu estou



isolada desde outubro. Aí eu consegui defender em março. Foi naquela última semana de março que cruzou com toda aquele isolamento social. Teve até alguns lockdowns em algumas cidades, foi bem complicado. Tanto que a minha defesa foi a primeira defesa online do programa aqui na cidade e ainda bem que eu defendi porque se não, eu não ia ter defendido presencial até agora. Aí eu consegui dar entrada no adicional salarial e pouco tempo depois, em abril, foi revogada a concessão de adicionais de até ano que vem. Eu até me arrepio aqui. Foi desse jeito. Mas minha vida mudou completamente. (Maria, 36, MS)

Tá! Antes da pandemia, a gente costumava, eu, meu esposo e a minha filha de 3 anos, a gente costumava sempre sair, ir ao shopping e levar ela em parquinho, almoçar, jantar fora. Sempre tinha esse roteiro assim na nossa vida. Final de semana era muito difícil a gente parar em casa. A gente ia pra alguma praia, alguma coisa assim. (Maria, 33, PA)

Então assim, antes, apesar de eu ter 2 empregos, uma carga horária de trabalho um pouco pesada, a gente tinha uma vida social bem ativa. Então eu sempre saía com os meus filhos. [...] Então sempre a gente tava saindo, indo pra parque, shopping, sempre acompanhava os meninos nas atividades deles. Então, assim, via a minha família no final de semana, eles iam muito pra casa dos avós, então a gente interagia bastante." (Maria, 36, SE)

Nota-se que diferentes atividades eram realizadas, de acordo com as preferências e possibilidades existentes, tendo em vista a necessidade de conciliar a rotina de trabalho com as atividades de lazer.

Outros colaboradores mencionam em suas narrativas que a vida social acontecia em torno do convívio com a família e amigos, mas em atividades de lazer que geralmente aconteciam em casa:

Acaba que minha família era uma família que todo domingo tinha churrascada. Nós somos assim 25, 30 pessoas que todo domingo se juntam. Somos muitos. Aqui o domingo é dia de ver a mãe, né? É normal isso. Domingo é dia de visitar a mãe. Então como a minha mãe e os irmãos dela moram tudo num lugar muito próximo, é sempre ali naquele entorno. (Maria, 41, RS)

Então, eu sou casada, tenho dois filhos e um pouquinho antes da gente, no final do ano passado mais ou menos, estava muito presente, na verdade, na casa da minha mãe, porque ela quebrou, fraturou o fêmur. O fêmur não, na verdade a bacia. Estava muito lá. Estava pouco em casa. Então eu já estava assim meio presa. Vamos dizer assim, não estava muito saindo. Mas tenho uma família, nós somos em seis irmãos. Então uma família muito unida, todo mundo junto, é isso assim. Saio não muito. Saio pouco, mas tenho os amigos vêm muito na minha casa. (Maria, 41, ES)

Os hábitos e costumes adquiridos pelo grupo familiar interferem nas atividades realizadas pelos colaboradores. Percebe-se aqui também as interferências culturais e regionais e mais uma vez pode-se falar de uma identidade já construída (MAFFESOLI, 2012).

Nesse sentido, não é possível considerar somente o lado profissional do enfermeiro. Cada um se constrói nas relações do cotidiano, considerando as percepções, expressões, a relação consigo mesmo e com os outros, por se tratar de um ser particular, cheio de subjetividades e individualidades (NETTO; RAMOS, 2004; MAFFESOLI, 2010; MAFFESOLI, 2012; PEREIRA; OLIVEIRA, 2019).

Ao observar nas narrativas de alguns participantes sobre a vida social em família e a realização de atividades de lazer em função dos filhos, principalmente daquelas do gênero feminino, Carlos e colaboradores (2020) mostram em seu estudo sobre o desafio de ser mãe e atuar na área da saúde, principalmente em tempos de crise. Ressaltam ainda que em certos momentos existe a valorização das mesmas enquanto profissionais, mas que o lado pessoal-afetivo fica quase sempre invisível.

Encontra-se, aqui, uma das nuances apresentadas por Maffesoli (2001) presentes no cotidiano. Esse ser humano que tem como profissão a enfermagem é dotado de sentimentos, experiências e vivências enquanto pessoa. Situações pouco visíveis no dia a dia não deixam de interferir em suas diversas formas de agir.

A importância da socialização e de uma vida fora do trabalho é apresentada pelos colaboradores:

Mas na minha vida pessoal, eu sou casada. A gente vai fazer 3 anos de casados, mas eu tenho 11 de relacionamento. Então nos meus dias livres meu hobby é ficar com a família ou então sair pra um barzinho, eu gosto bastante. É o que geralmente a gente faz porque é sagrado, há 11 anos que eu tô com meu marido, então há 11 anos a gente faz churrasco todo domingo na casa dos pais dele. Depois de casada hoje a gente se divide no sábado na casa dos meus pais e domingo na casa dos pais dele e a noite fica pros amigos. Eu gosto muito de reunir. Eu digo assim que o final de semana é pra gente descansar, mas descansar é mesmo sair, me divertir, eu não fico em casa. (Maria, 30, MA).

É interessante sua pergunta, porque assim, mudou muito a nossa rotina de vida. Eu, por exemplo, fazia reiki uma vez por semana. Eu tava fazendo reiki até pra alívio de estresse, de ansiedade e a profissional que me atende, a mãe dela é idosa. Então ela teve que suspender o atendimento e de cara o reiki já parou. Eu fazia personal, tava indo na academia e parou também. Então de cara eu já tive uma mudança naquele pequeno tempinho que eu reservava para as atividades de lazer e um cuidado pessoal. Tudo parou. E parou até porque as academias fecharam e a pessoa que me atende ela tem receio por saber que eu trabalho no hospital e tenho contato com pacientes com COVID. (João, 42, MG B).

Nota-se que muitos deles praticam atividades como uma válvula de escape e como auxílio no enfrentamento da rotina de trabalho pesada, sendo essas atividades interrompidas com o início da pandemia.

Reafirma-se que a enfermagem é considerada uma profissão ligada a um alto nível de sofrimento psicológico e de exigência. Os profissionais que lidam com pacientes mais críticos e dependentes relatam pior qualidade de vida no trabalho, além do relato de baixo apoio social nos serviços (AZEVEDO; NERY; CARDOSO, 2017; RIBEIRO *et al.*, 2018; TEIXEIRA *et al.*, 2019).

Entretanto, apesar da atenção primária não lidar com pacientes críticos do ponto de vista da terapia intensiva, o enfrentamento de vulnerabilidades sociais, da rotina de trabalho e da fragmentação do SUS também é gerador de sofrimento moral e comprometimentos na qualidade do trabalho (CARDOSO *et al.*, 2016).

Além disso, problemas decorrentes da desorganização do trabalho geram uma sobrecarga e os profissionais ficam sujeitos à violência moral e física que prejudicam sua qualidade de vida (PEDRO *et al.*, 2017).

Segundo Alves e colaboradores (2011):

A vida afetiva, por ser uma dimensão psíquica, dá cor, brilho e calor a todas as vivências humanas. Sem afetividade, a vida mental torna-se vazia, sem sabor e ocorre sempre em um contexto de relação do eu com o mundo e com as pessoas. (Alves *et al.*, 2011. p. 513).

Os significados da vida, por mais que sofram grandes influências dos fatos sociais e interações existentes, partem de uma individualidade que também precisa ser reconhecida (MAFFESOLI, 2010; MAFFESOLI, 2012; MAFFESOLI, 2014).

De uma maneira geral deve-se ressaltar aqui que cada colaborador, por mais que existisse uma política vigente e uma economia ativa, tinha suas livres escolhas. Estar fora de casa, dentro de casa, com amigos, com a família ou até mesmo sozinho fazia parte do desejo do mesmo. Assim acontecia a vida de cada um, de forma particular.

### 5.2.2 Rotina do Profissional Enfermeiro antes da Pandemia

Além da vida pessoal dos colaboradores antes da pandemia é relevante conhecer sobre a rotina profissional. De acordo com os relatos, observa-se que a vida profissional dos

colaboradores já era de certa forma bem atribulada e com muitos desafios para a implementação de uma assistência de qualidade:

A vivência enquanto enfermeira já era de um trabalho extenso e muito desgastante. Na APS a gente assume função dupla de gerência, supervisão e assistência. Então conciliar isso já é muito complicado em época normal. (Maria, 36, MG)

Nós já tínhamos dificuldade de garantir a resolutividade, quando precisava de um encaminhamento pra um serviço de média complexidade ou mesmo de alta, de garantir integralidade porque muitas vezes a gente não conseguia mesmo os encaminhamentos, não conseguia articular com outros setores porque a demanda de... A gente sabe que existe um subfinanciamento no sistema e a demanda de exames, de consultas especializadas ainda é muito maior do que o que os serviços oferecem, do que o sistema oferece na verdade. (Maria, 40, PB)

Alguns desafios apresentados são aliar a função gerencial e assistencial do enfermeiro além da fragmentação da rede de serviços, dificuldade de acesso a alguns atendimentos e problemas na gestão e financiamento do SUS.

Em concordância com os depoimentos, Carvalho e colaboradores (2020) menciona que é notória a presença de profissionais enfermeiras atuando na gestão e alguns desafios dessa prática são garantir um financiamento sustentável, melhorar o acesso a exames e consultas especializadas, capacitar e garantir número de profissionais suficiente nas equipes, bem como ampliar o controle social.

Aliada a essas dificuldades apontadas, ressalta-se a complexidade do processo de cuidar em saúde e o desconhecimento do papel da enfermagem, principalmente no que tange ao planejamento e organização dos serviços (MOURA; MAGALHÃES; CHAVES, 2001).

Moura, Magalhães e Chaves (2001) acrescentam ainda que os hospitais reúnem um grande contingente de profissionais da enfermagem com uma grande carga de trabalho tanto em relação à quantidade de trabalho quanto em relação à complexidade do mesmo. Observa-se que esse cenário se mantém ao longo de 20 anos. Para que seja prestada assistência de saúde à população é necessário planejamento, interação, coordenação, administração.

Apesar das dificuldades apresentadas observa-se que as rotinas de trabalho eram consideradas mais estabelecidas e determinadas antes da pandemia:

É, eu sempre fui atraído pela urgência, sabe? Eu sempre gostei de paciente crítico, de urgência. Então assim, minha vida profissional toda foi na urgência. Trabalhei muitos anos na sala de emergência do Odilon, trabalhei em UPA, trabalhei no João e no SAMU que eu, logo que eu formei eu passei em um concurso público e entrei no SAMU e tô desde então. Eu fiz 15 anos de SAMU. Antes a gente tinha muito mais

tranquilidade pra realizar os atendimentos. A gente fazia de forma mais tranquila, mais rotineira. (João, 42, MG A)

Hoje a gente começou também com essa perspectiva do acesso avançado pra priorizar realmente, pra que a população tivesse mais acesso ao serviço. Isso foi uma coisa que enriqueceu muito nosso atendimento. A população ficou muito satisfeita com essa coisa de não marcar a consulta, de hoje é dia disso, hoje é dia daquilo, de todo mundo que procurar a unidade ele ser ouvido, ele poder de uma certa forma atender à sua necessidade. Mas e aí veio tudo isso. (Maria, 40, PB)

Na instituição, também, a gente conseguia resolver mais, melhor as questões. A gente conseguia fazer as nossas reuniões e conseguia seguir os cronogramas, planejar. A gente conseguia seguir o planejamento. (Maria, 46, MT)

Antes era bem determinado. Como trabalho, acho que todos os hospitais, mesmo os públicos, os particulares, a gente exerce um fluxo. Claro que nos particulares esses fluxos são mais determinados, são mais exigidos, mais controlados. Então, acho que sempre trabalho sobre POP, trabalha sobre fluxo. Então o fluxo era bem determinado. (Maria, 32, PE)

Observa-se que o estabelecimento de rotinas, bem como o planejamento das ações deixa os profissionais mais tranquilos. Conhecer os principais atendimentos, a população por meio dos dados epidemiológicos e a capacidade de atendimento trazia um certo conforto.

Nota-se também que por meio de uma programação, as atividades de gestão e assistência eram facilitadas interferindo diretamente na resolutividade e seguimento das ações, o que refletia de forma positiva nas demais atividades diárias dos enfermeiros:

Bom, antes era uma rotina bem pré-estabelecida. A gente tinha os horários pra tudo. Aqui no posto de saúde e eu também dou aula. Sou professora de noite em uma faculdade e então eu já tinha minha rotina certa aqui. Eu fazia meus atendimentos, tinha uma agenda, às vezes eu fazia visita domiciliar, como é unidade básica, mas assim, era uma rotina. E na graduação onde eu dou aula a mesma coisa, tinha toda uma rotina já fechada. (Maria, 36, SC)

Antes, é, eu vou só fazer uma pequena comparação de onde eu trabalhava antes pra ficar melhor de entender um pouco. Antes eu era enfermeira plantonista da clínica médica do hospital aqui do Estado do Piauí e onde eu tinha uma rotina de plantões fixos. Por exemplo, eu era fixa da sexta 24 horas. Então, como eu só tinha que dar um plantão na semana, eu tinha a semana inteira livre pra, por exemplo, ir pra uma academia rotineiramente, ter um dia pra sair com os meus amigos, eu fazia um curso fora da cidade, então eu conseguia programar toda a vida. Então assim, eu tinha mais tempo. Eu tinha tempo pra estudar, eu tinha tempo pra ir pra academia, eu tinha, por exemplo, eu poderia sair à noite que eu sabia que só ia estar de plantão um dia fixo na semana. Então eu tinha uma vida livre, vamos dizer assim. (Maria, 29, PI)

Mais uma vez comprova-se a importância da organização dos serviços para o andamento do trabalho e qualidade de vida dos profissionais. Por mais que a rotina dos serviços possa passar por mudanças, existe o conhecimento da realidade e uma previsão por parte dos profissionais do que se pode esperar e isso facilita as condutas e tomadas de decisão.

As modificações no trabalho, sejam essas de causa psicossocial, ambiental ou organizacional, podem ser fatores estressores para os profissionais. Ressalta-se então a dinamicidade do estresse em relação ao contexto vivido e a necessidade de conhecer e intervir na estrutura para que as condições de trabalho sejam melhoradas por meio, por exemplo, de planejamento, humanização e educação continuada (MARTINS *et al.*, 2000; RIBEIRO *et al.*, 2018; TEIXEIRA *et al.*, 2019).

De uma maneira geral, a qualidade de vida do enfermeiro compreende fatores ligados ao trabalho e à vida afetiva, pessoal. Alves e colaboradores (2011) mostram que não se pode dissociar a prática da enfermagem das vivências individuais e subjetivas que incluem sentimentos e valores tanto de quem cuida quanto de quem é cuidado, sendo esse um dos desafios atuais.

A qualidade de vida e bem-estar no trabalho deve compreender ações voltadas para melhorias na instituição e nos trabalhadores. Alguns fatores considerados importantes para o comprometimento afetivo com a instituição são a autonomia na tomada de decisões, o desenvolvimento de competências e o incentivo à criatividade (SILVA; FERREIRA, 2013).

Considerar o enfermeiro e sua dimensão subjetiva é reconhecer a possibilidade de melhorias gerais. Isso porque por meio do conhecimento das limitações pode-se investir em ações que viabilizem o desenvolvimento de habilidades e potencialidades que tragam reflexos diretos no bem-estar da pessoa, do profissional e na assistência prestada (HOGA, 2004).

Nota-se que a enfermagem muitas vezes é vista pela sua produção em procedimentos, números e não de forma qualitativa, pela experiência de fato vivida. Cabe a nós pensarmos se a realidade apresentada é realmente vivenciada ou se as aparências podem enganar (MAFFESOLI, 2012; NISTCHKE *et al.*, 2020).

A presente subcategoria apresenta como resultado a vida profissional do enfermeiro carregada de demandas e desafios dos serviços e sistema de saúde para a organização do trabalho. Mesmo antes da pandemia, os profissionais já vivenciam uma sobrecarga de trabalho e sabem lidar com a tal situação. Nota-se que havia uma certa previsibilidade assegurada pelo fluxo, pelo acesso que foi melhorado, pelo conhecimento do público e principais casos a serem atendidos. Tudo isso permite ao enfermeiro certa tranquilidade para planejar e aderir ao planejamento, facilitando assim o cuidado em saúde mesmo frente ao inesperado.

Espera-se que novas reflexões possam surgir por meio da análise da vida pessoal e profissional do enfermeiro atuante na linha de frente da COVID-19.

### **5.3 Vivenciando a Pandemia: O Enfrentamento da COVID-19 pelos Enfermeiros e Enfermeiras**

Chega então o momento em que a COVID-19 está no Brasil, em cada cidade e os profissionais enfermeiros começam a assistir, replanejar, aprender e viver essa experiência.

A presente categoria apresenta a história de enfrentamento da pandemia pelos profissionais enfermeiros, buscando tornar visíveis as entrelinhas desse processo. Inicialmente será apresentado um contexto geral, que permeia questões sociais, econômicas e políticas do país e depois aspectos mais subjetivos relacionados à vida profissional e pessoal dos colaboradores.

#### **5.3.1 Foi Noticiado o Novo Coronavírus: Contexto Geral**

Com o aparecimento de casos de COVID-19 na China em 29 de dezembro de 2019 e a disseminação da doença por todo o mundo, um novo real aparece. Todos os países, diferentes setores e sociedade começam a se preparar, da maneira que é possível, observando as experiências vivenciadas em outros lugares, para enfrentar a pandemia.

Nota-se que a velocidade de transmissão da doença exigia uma rápida tomada de decisão para organizar a situação da melhor forma. Entretanto, por mais que se esperasse uma resposta também em tempo hábil e eficiente de todos os setores, alguns fatos como o entendimento da pandemia pelas pessoas, as diferenças regionais, a divulgação dos acontecimentos pela mídia e a liderança política nesse momento traziam particularidades à área da saúde em relação ao momento vivenciado.

A COVID-19, desconhecida ou conhecida até o momento por meio de comparações com outras doenças e com a experiência de outros países chega ao Brasil em meio a um contexto de crise política e de pensamentos contraditórios instalados.

Profissionais de saúde e gestores apresentavam diferentes reações e sentimentos em relação à presença desse novo vírus. Alguns mostravam-se satisfeitos pela oportunidade de contribuir com seu trabalho em uma pandemia, mesmo que assustados e com medo; outros não

acreditavam que o Brasil viveria a realidade já mostrada pelos noticiários de outros países; e terceiros iniciavam os estudos considerando a seriedade do momento:

Mas eu dizia, inclusive eu disse isso pra minha equipe técnica porque eu acho que da nossa classe a gente teve gente que tava empolgado por participar de uma pandemia, temeroso, mas empolgado por estar vivenciando tudo isso e também tivemos aquelas pessoas que ficaram assustadas. Então, assim, eu falava assim, que realmente às vezes a gente olhava os chineses, os japoneses usando máscara na rua, a gente via na televisão, e quando eu me vi sendo obrigada a fazer isso foi muito estranho, porque aqui no Maranhão logo quando começou, em todos os lugares a gente era barrado. (Maria, 30, MA)

Quando a gente volta pro processo de trabalho, onde você sai praticamente, a gente, assim, eu vi a pandemia como um mundo paralelo. Eu não imaginava que a pandemia ia se tornar uma pandemia. Porque a gente já escutava as informações sobre o coronavírus, mas a gente não sabia que ia ficar, que ia ser um processo tão prolongado e tão grande pra nós, principalmente os profissionais da saúde. (Maria, 26, PR)

As pessoas sempre perguntam se eu não tenho medo. Eu vou ser bem sincera, eu nunca tive medo. Desde o primeiro dia que apareceu isso, que ia vim pra nós, que a nossa presidente (do hospital) colocou que o nosso hospital, ela ia oferecer o hospital por a gente ter um prédio vazio do lado do hospital e poder, e a gente virar referência do cuidado com COVID. Daquilo ali já deu um disparo pra mim começar a estudar. (Maria, 41, RS)

A COVID-19, apesar dos estudos em desenvolvimento, continua como uma novidade e esse é um dos grandes desafios enfrentados pelos profissionais da linha de frente da pandemia e também pela população. O fato de lidar com o desconhecido causa medo, ansiedade, insegurança e até mesmo descrença, visto que muitos não se imaginavam vivendo uma pandemia ou não acreditavam a dimensão que ela poderia ter.

Toda a sociedade se viu diante de medidas restritivas que tinham como objetivo conter a disseminação do vírus e buscar maior controle e um menor número de mortes. Como nunca havia acontecido, mesmo nas demais pandemias vivenciadas no país, escolas e comércios foram fechados, foi solicitado o isolamento social e várias cidades vivenciaram o lockdown. Tudo isso causava estranhamentos visto que somos acostumados a uma mecanicidade da vida cotidiana (MAFFESOLI, 2012). Esperou-se compreensão e adesão da população frente às estratégias de contenção propostas, mas dúvidas frente ao desconhecido suscitam perguntas justificáveis diante do contexto que se apresentou. Entre elas: como agir diante de algo que não conheço? Como vou manter o sustento da minha família sem trabalhar?

Sem discutir aqui o mérito e valia do isolamento social, bem como as medidas impostas pelo governo, os próprios estudos apresentavam dúvidas sobre a condução das medidas



restritivas. O isolamento era necessário para minimizar a pandemia, contudo, poderia trazer outros agravos à saúde. Malta e colaboradores (2020) afirmam que quando a restrição de contato é prolongada efeitos negativos nos hábitos de utilizar telas, praticar atividade física e no consumo de alimentos, álcool e cigarro podem acontecer. E então, o que fazer?

Em diversos momentos os participantes do estudo questionaram sobre a adesão das pessoas às medidas de isolamento, sobre as comparações com outros momentos de crise e sobre o papel que os enfermeiros assumem ao tentar informar e sensibilizar a população:

Mas ao mesmo tempo as pessoas estão me surpreendendo sobre um ponto de vista bem negativo de não pensar no outro, de não se importar com as consequências dos atos. Por exemplo, esse final de semana teve uma festa aqui, bem pertinho, no morro, um baile funk que era muita gente sem máscara e a gente achava que era até a filmagem de um outro momento, sabe? Então pessoas aleatórias ao que tá acontecendo. Impressionante, sabe? E eu vejo que os pacientes mesmo, sem noção, tipo: “Ah, eu dei uma febre, vamos lá proposto!”. Meu Deus, aqui no posto tá cheio. Aqui o posto que eu trabalho, da região sul da cidade de Florianópolis, é o que mais tem casos, o mais cheio. E as pessoas estão circulando na rua, estão indo no parquinho, estão levando seus filhos no parquinho, bem aleatórias. Enquanto tem outras que ficam super preocupadas. Então essa é minha visão. Assim, se as pessoas não aprenderam né, é triste mesmo. Eu tenho vários pontos de vista assim, sabe, espirituais, sociais, enfim, mas de um modo geral o quê que eu acho? Eu fico um pouco assim, impressionada e impactada com o comportamento das pessoas. Acho que isso trouxe muito mais que um dano anatômico-fisiológico-respiratório, principalmente uma questão muito forte de saúde mental pra todo mundo. E o grande desafio da pandemia é esse: as pessoas saberem lidar com essa questão do isolamento. (Maria, 36, SC)

Então assim, pra mim que é isso que todo mundo viu foi a grande venda do governo, que H1N1 matava muito mais, OK. Mas H1N1 matou mais espaçadamente. A gente tá falando de período. Era diferente. Aí é isso que a população acaba não entendendo porque não entendia o que eles estavam falando. Então até você explicar que nariz de porco não era tomada era muito complicado. Então bora lá, volta, mata, mata realmente muito mais, mas ela não consegue alcançar como o COVID alcança. O COVID alcançava 50, ela alcançava 10. COVID mata 30, ela mata 2. Então assim, não tem como comparar. Era realmente muito complicado. (Maria, 30, MA)

Porque quem era leigo tava vivendo muito mais na ignorância, muito mais no “deixa o curso do rio seguir”. E a gente meio que queria agir em cima, né? Isolar, controlar, diminuir a curva, diminuir os contatos, conseguir um diagnóstico mais rápido, encaminhamento, enfim, foi muito duro, foi muito difícil. (João, 30, AL)

Os colaboradores do estudo apresentam em seus depoimentos desafios que passam a ser vivenciados no cotidiano, principalmente relacionados à forma como as pessoas interpretam e vivenciam a pandemia. Alguns enfermeiros, pelos valores que possuem e hábitos que acham corretos, mostram-se assustados com o comportamento da população, buscam sensibilizar a

todos e controlar a disseminação da doença. Ao se pensar no cotidiano e fazendo referência aqui à pandemia do H1N1, por mais que os serviços de saúde tenham ficado lotados e os profissionais de saúde sobrecarregados, a população não sofreu tanto com medidas restritivas como agora e essa foi a experiência mais próxima que todos vivenciaram. De certa forma era normal esperar que essa comparação acontecesse e que as mudanças de comportamento e enfrentamento não fossem visualizadas com tanta facilidade.

Percebe-se que a pandemia afeta consideravelmente a economia, a política e a sociedade como um todo e assim, a forma de vida (DIAS, 2021).

Sobre a participação da população no controle da transmissão, o estudo de Szwarcwald e colaboradores (2020) mostrou que a maioria da população brasileira aderiu às medidas de isolamento social, no que tange à restrição de contato e que as exceções foram homens com baixa escolaridade que saíam de casa para trabalhar. A desigualdade econômica e com interferências políticas existentes no país traz reflexos aos hábitos das pessoas (DAVID *et al.*, 2021). Mais uma vez ressalta-se que diante de necessidades diferentes era de se esperar que as condutas também fossem diferentes. Penna (2007) afirma que:

O processo de ser saudável e de adoecimento estão relacionados com as questões sócio-culturais, ambientais, além das biológicas e das interações estabelecidas com o espaço onde vivem. Daí a necessidade de compreender o cotidiano das pessoas, como elas o vivenciam e enfrentam as adversidades que se apresentam em seu dia a dia na construção de seu processo de viver (PENNA, 2007. p. 81).

Isso mostra que a vida cotidiana é construída por meio de afetos, paixão, imprevisibilidade, prazeres e não só pela razão. Várias medidas são determinadas à população para a contenção da disseminação da COVID-19. Entretanto, o próprio entendimento do que é a doença bem como a forma de se comportar diante dela é muito individual. O adoecer e o morrer, em um determinado momento, podem não ser a maior preocupação da população. Ao se sentirem bem ou não estarem doentes, eles se preocupam em comer, trabalhar, enfim, ter suas necessidades básicas mantidas.

Muitas vezes aquilo que é determinado pelo sistema de saúde não atende às necessidades da população. A demanda do usuário pode ser diferente daquilo que o serviço oferece ou que ele deseja. Dessa forma, cada usuário assume a condução da sua situação. Mostra-se que o cuidado e como ele se dá é fruto de experiências individuais, coletivas de interações, ou seja, do cotidiano (GONÇALVES; PENNA, 2019; MACHADO; PENNA; CALEIRO, 2019).

Em concordância com o presente estudo, Beiguelman (2020) afirma que as desigualdades existem e apresenta como curáveis aqueles que podem ficar sem trabalhar, que podem determinar seus horários de circulação e assim serem rastreados. Os demais são considerados aqueles que já eram esquecidos pelo Estado.

Somado às diferentes condições de vida e à capacidade para apreender as informações, outro aspecto que precisa ser ressaltado é a influência da mídia na forma de vida das pessoas durante a pandemia. A maneira como acontece o acesso e quais notícias são veiculadas provoca mudanças nos hábitos da população, interferindo positivamente e/ou negativamente no controle da doença.

Os colaboradores do estudo mostram que as fakenews são produzidas sobre diferentes assuntos, como resultados de pesquisas e efeitos de medicamentos e cada um reage de uma maneira diante disso:

Os estudos, ontem ainda vi uma aula sobre as fakenews e manipulação de dados nas pesquisas, né, eles, os caras trouxeram os estudos de ivermectina, de cloroquina e a gente fica chocado. É grotesco os erros que os caras fazem, mentindo os dados. Eles, as pessoas que analisam conseguem mostrar no mesmo texto diferenças de escrita de dados. As pessoas não tiveram nem cuidado de mudar a tabela com outro número ou mesmo botar outra. Então assim a gente não tem certeza de nada. (Maria, 41, RS)

Eu acho que como profissional inicialmente, assim, a gente escutava tanta informação da televisão, né? Fakenews e muita informação. As informações vinham de tudo quanto é lado. As informações assim, as percepções que a gente tinha eram reproduzidas da forma como a gente escutava. Pra ficha cair mesmo, que eu tava numa pandemia, pra ter uma percepção da pandemia, isso demorou mais ou menos uns 4 meses que foi quando eu comecei a receber pacientes bem mais graves. [...] Mas foi, eu acho que foi, a percepção da pandemia foi um processo onde eu pelo menos comecei a me desligar um pouco das informações, do punhado de informações que vinham de todos os lugares no sentido assim, eu não assisto mais televisão porque as percepções das outras pessoas estavam me deixando tão mal e tão acoada que daí no meu trabalho eu tava reproduzindo isso. (Maria, 26, PR)

De que maneira, então, na minha atuação no dia a dia acolhendo as pessoas e orientando elas de que forma elas podem prevenir e se cuidar e também proteger os seus entes queridos, enfim, as pessoas próximas. Mas principalmente educá-los pra que eles também sejam educadores porque eles lá onde eles estão, na casa deles, eles podem multiplicar isso. E hoje também a gente tem um meio de divulgação que é a internet, as redes sociais, que hoje podem ter resultados positivos e negativos também. Então pra que eles usem isso, essa educação em saúde que a gente tanto fala, né, pra divulgar a verdade deles e orientar as pessoas próximas. Então o que eu acho, o meu principal papel hoje claro que é cuidar, tratar a doença, mas principalmente essa função de orientadora e educadora pra que eles sejam multiplicadores na comunidade. Do quanto deve se prevenir, do quanto deve se cuidar e do quanto deve se cuidar dos outros, principalmente. (Suspiro) Que eu pense assim, não. A única coisa que é importante, que a gente tem sempre que reforçar e eu falo muito quando eu oriento é que eles não devem tomar medicação nenhuma, não devem acreditar em tudo que eles

lêem na internet. Porque tem pessoas muito bem instruídas, enfermeiras, que estão tomando medicações sem saber os efeitos reais, sabe? Baseados em uma pesquisa X e sabem que uma coisa pra ser bem consolidada, um fármaco, pra que ele seja largado lá no mercado pra consumo, ele tem 10 anos de estudo, em várias populações. Então eles vêm com sugestões, com especulações e as pessoas vão no desespero, claro, não é por mal. Mas eu sempre digo assim, não tomem medicação, não façam nada inconsequentemente. Isso é bem importante a gente ressaltar. (Maria, 36, SC)

Mostram, também, que as informações têm diferentes fontes, uma produção rápida e em grande volume. Tudo isso causa tensão, dúvidas e incertezas sobre o que é verdade ou não e o que seguir. Dessa maneira alguns enfermeiros se isolam e buscam apenas o conhecimento científico voltado para o trabalho, alguns se assustam e demoram para compreender de fato a existência e gravidade da doença e outros buscam contribuir em relação às informações por meio da produção e veiculação notícias confiáveis.

Nota-se que as imagens divulgadas da pandemia nem sempre traduzem a realidade vivenciada e produzem diferentes interpretações (BEIGUELMAN, 2020). Por meio do que é entendido acontecem novas identificações (MAFESSOLI, 2012) e conseqüentemente ações que nem sempre colaboram para reduzir os efeitos negativos da pandemia.

Ao mesmo tempo em que profissionais de saúde relatam estresse devido à quantidade de informações e sintomas como dor de cabeça, inquietação e insônia (BAZÁN *et al.*, 2020), acredita-se no poder da informação correta para a transformação da realidade e percebe-se que o enfermeiro assume uma posição singular para a construção cotidiana do cuidado à saúde da população.

Ao se analisar o contexto político brasileiro em tempos de pandemia e ainda constatando a veracidade das informações e a desconfiança sobre o que é divulgado, vale ressaltar aqui que o advento da atual situação não é devido à COVID-19. Os últimos anos foram palcos de circulação de *fakenews* e as próprias eleições presidenciais e campanhas também foram questionadas.

No começo da pandemia dúvidas existiram até mesmo em torno do aparecimento da doença. Pessoas da base xenófoba atribuíram a criação do vírus à China pelo surto ter iniciado nesse país. Inicia-se junto com o vírus uma época de defesa também de interesses econômicos e políticos (DAVID *et al.*, 2021).

Em relação às informações confiáveis, o Ministério da Saúde está desde o início da pandemia orientando diariamente sobre o número de casos, novidades sobre o comportamento da doença, formas de controle bem como as ações do governo para equipar os diversos locais

(DAVID *et al.*, 2021). Mesmo assim é difícil acompanhar e colocar em prática de imediato todas as atualizações.

Nesse contexto de mudanças diárias e diante da necessidade de organização dos serviços, alguns colaboradores relatam acreditar que algumas ações políticas, mais relacionadas à saúde pública, poderiam ser mais ágeis:

Na verdade, assim, eu acho que a questão da política, política pública de saúde, que embora aqui tenha dado, tenha tido alguns resultados, embora tenha tido assim, sucesso aqui na saúde pública, eu acho que a resposta da gente foi muito devagar, entendeu? Porque assim, Sergipe é um Estado pequeno. Então a questão de barreira sanitária, a questão de atitudes mesmo, de controle de acesso aqui ao Estado... Quando a Bahia já tava bombando a gente não teve essa preocupação, entendeu? Então demorou muito. Eu acho que faltou mesmo é corpo político aí pra tá fazendo esse manejo. Mas enfim, passou né? Demorou, mas passou, passou. Aqui pelo menos a gente tá em queda, não tem mais enfermaria COVID. Só estamos com 8 pacientes lá na UTI do hospital e a projeção é que daqui pro final do mês feche. Então assim, eu só crítico mesmo as ações de política pública. Acho que deveria ter sido mais uniforme e com tempo de resposta mais rápida mesmo. (Maria, 36, SE)

Essa diferença de respostas para a pandemia nas várias regiões do país também pode ser reflexo da falta de liderança e de uma condução adequada diante da crise. Embora o Brasil tenha tido tempo para planejar suas ações, em comparação aos países onde a doença se alastrou imediatamente, acredita-se que a crise vivenciada pelo Governo Federal e consequentemente desamparo do Ministério da Saúde seja um dos motivos da falta de uma organização e planejamento mais contundentes (CRODA; GARCIA, 2020; DAVID *et al.*, 2021).

Diferenças regionais podem ter interferido na tomada de decisões entre os Estados. Alguns participantes chegam a associar esses aspectos culturais e regionais ao tempo da chegada do pico da pandemia. Relatam sobre a impressão da doença não chegar ou do pico da mesma demorar muito. Outros estavam com os serviços “preparados” e poucos atendimentos foram realizados:

Porque a gente tava tendo um número pequeno de atendimentos, os hospitais estavam vazios e parece que a transmissibilidade, a transmissão regional se tornou mais intensa de maio pra cá. Porque a gente tava dando plantões com o hospital quase que vazio em março e abril. Eu percebi que todo mundo se isolou, ficou com muito medo. Teve aquela quarentena, aquele isolamento inicial e a gente tava até estranhando, falando: “nossa, tá tudo preparado e os pacientes não chegam”. E aí de maio pra cá até a televisão mostrava Belo Horizonte como exemplo no Brasil, de sucesso, e de maio pra cá tudo mudou porque o número de pacientes começou a aumentar demais. (João, 42, MG, B)

Então, aqui em Mato Grosso do Sul, não sei se você acompanha uma estatística nacional, no início foi muito devagar, tanto que a gente estava achando que não ia. Não chegava e estava super devagar. O pessoal brinca que o sul mato-grossense é mais, não é muito de contato pessoal. Não é que nem o mineiro que tem mais uma profundidade, então que a gente é mais seco. Então acho que a gente achou que podia ter uma relação disso. (Maria, 36, MS)

Os governadores dos Estados e o Presidente da República normalmente são conhecidos ou eleitos por representarem a população ou serem líderes de uma nação, o que os coloca na posição de influenciadores da sociedade. No entanto, durante a pandemia muitos se decepcionam com a postura dos mesmos:

E a segunda que me preocupa demais, tanto quanto a primeira, é a politização da doença, entendeu? Nosso país infelizmente conseguiu politizar um vírus que está matando as pessoas, entendeu? Nós estamos assumindo nossa condição mesmo, de brasileira, de sensibilizar um país, como foi o período lá da Itália, que tiveram 500 mortos num dia. Oh que tristeza! Que Deus tome conta! Nós temos mil e poucos por dia e não há a mesma sensibilização. Então isso me assusta que eu não sei qual é o real entendimento, compreensão de fato, que a população está tendo. Então me preocupa essa politização de um vírus. (João, 42, RJ)

É surreal. Eu odeio falar de política, mas a gente tem uma figura pública que não ajuda em absolutamente nada. Porque assim, ele pode até não apoiar. O Ministério da Saúde, tá uma briga com essa renovação de ministros da saúde, OK. Mas ele faz um tipo de serviço que pra gente, profissionais da saúde, que é complicado. A gente sabe que tem gente que é cega. Graças a Deus eu conheço várias que votaram e hoje não votam mais e são contra o que ele fala. Mas infelizmente ainda tem gente que acha que ele é a verdade e eu como profissional de saúde, nossa palavra não, não vale nada. Realmente é complicado. Tem gente que realmente não leva em consideração, acaba acreditando no que ele fala e não no que a gente fala. (Maria, 30, MA)

Mais uma vez reforça-se aqui o poder que as pessoas podem ter de influenciar a conduta de outras. Nesse momento a sociedade se vê diante de instabilidades caracterizadas pela figura do Presidente da República e seus discursos e ações que desvalorizam a doença, a ciência e o grande número de adoecimentos e mortes (DIAS, 2021; LANCET, 2020).

Além disso, o atual presidente brasileiro não adere às medidas de isolamento social, não usa máscara e recusa tomar a vacina contra COVID-19. Tudo isso aumenta o cenário de caos e crise visto que os interesses individuais do governo sobressaem à coletividade (CALIL, 2021; VOMMARO, 2021; BUCCI, 2020).

É preciso que aconteça a desmercadorização de tudo que foi transformado em mercadoria, inclusive a saúde e que toda a corrupção que envolve os governos nacionais e internacionais unidos pelo capitalismo e que priva a população de uma vida digna seja contida

(BORON, 2021). Segundo Incerti e Cândido (2020) a crise sanitária mundial coloca em xeque o materialismo e o economicismo predominantes.

É interessante notar que a atual crise civilizacional é, acima de tudo, como já o indiquei, a crise de um materialismo míope, decorrente do que o marxismo desenvolveu, a saber, a prevalência da economia, uma “infraestrutura” determinando e dominando, aos poucos, a “superestrutura”. O que começou a tomar forma antes da atual crise, uma acentuação desses valores culturais e espirituais, vai se desenvolver mais tarde, sem dúvida nenhuma. (INCERTI; CÂNDIDO, 2020, p. 6)

Os colaboradores do estudo reafirmam que a situação política do Brasil traz reflexos negativos no enfrentamento da pandemia, na assistência desigual prestada às pessoas e apontam a necessidade de melhorias:

Então a gente fica pensando como realmente tudo isso começou e são muitas incertezas e muitas dúvidas mesmo. Mas assim, é, a gente precisava, a minha impressão assim, as minhas impressões né, com relação a tudo isso, é que a gente precisa sim de uma forma geral, politicamente melhorar. A gente olha pra essas várias pessoas acometidas e a diferença de cuidado, de tratamento, da forma que a gente tá conseguindo levar diferente dos outros países. Politicamente achei o Brasil extremamente, com um desleixo muito grande, uma troca de pessoas, muitas coisas assim globais que a gente fica pensando. (Maria, 46, MT)

Mas eu tive apoios muito bons da coordenação, da chefia, dos residentes. Eu peguei algumas brigas com vários diretores, secretaria de saúde e tal. A pandemia na família também houve separações, brigas, discussões e isso tudo é triste porque cada um quer defender o seu lado, né? O país tá polarizado e isso se refletiu também no tratamento, no diagnóstico, no uso de cabines pra desinfetar pessoas. (João, 30, AL)

O enfrentamento da pandemia exige o envolvimento e uma resposta de todos. Entretanto, o que se vê é uma falsa participação da população nas decisões e direcionamento da crise e isso faz com que os sujeitos sociais sejam determinados, o que aumenta também as desigualdades (DIAS, 2021). Somado a isso existe um controle político autoritário, sem a escuta dos trabalhadores (CHAVES; ARCOVERDE, 2021).

A presente pandemia apresenta uma sociedade dominada pelas questões econômicas, pelo capitalismo e por uma estrutura de poder que visa conter a liberdade e controlar as expressões e tudo aquilo que não se traduz em benefício próprio. O combate ao vírus fica como pano de fundo e o que realmente move a vida nesse período é a luta de classes. As pessoas, que deveriam ser o foco na participação e mudanças ficam em último plano (BORON, 2021).

Essa racionalização de tudo busca a visualização e o enquadramento de todas as pessoas em um mesmo lugar. Entretanto Maffesoli mostra a importância das diferenças, das particularidades e ao mesmo tempo das diversidades para a construção de uma sociedade sadia que está em constante transformação. A dominação, da maneira como tem acontecido, cessa as individualidades, a vida real e a vida pública construída no presente (MAFFESOLI, 1978; MAFFESOLI, 2011).

De uma maneira geral, é fato que a política, a economia e a mídia fazem parte do cotidiano das pessoas, mas nem sempre assumem a notoriedade e destaque que tiveram nessa pandemia. A COVID-19 deixa escancarada e necessidade de viver aqui e agora, mesmo que nas condições mais adversas possíveis.

Cabe aqui valorizar a pandemia da COVID-19 como um momento de reflexão de todo o contexto de vida do brasileiro. Toda a macroestrutura apresentada até então afeta a organização dos setores, os níveis de atenção à saúde, a assistência prestada pelos profissionais e a vida pessoal. É necessário que essas particularidades apareçam.

### 5.3.2 Ser Enfermeiro Frente à COVID-19: O Desafio de Lidar com as Incertezas<sup>1</sup>

Até então o que se conhecia de fato sobre o trabalho de enfermeiros e enfermeiras era a existência de uma macroestrutura constituída por instituições de saúde; protocolos, políticas e normas que regem a conduta dos mesmos; longas jornadas de trabalho; recursos por vezes pouco adequados, suficientes ou precários, mas que sustentavam a assistência realizada; e profissionais incansáveis que estavam ali para assistir e promover saúde.

Eis que a pandemia da COVID-19 põe a mostra uma microestrutura que reforça toda a situação já existente e apresenta uma rotina profissional exaustiva, em um cenário de muitas incertezas, de sobrecarga física e emocional que perpassa pela indefinição de condutas frente à doença, pelo adoecimento e morte de colegas de trabalho, pela mudança dos fluxos nas unidades de saúde e pela necessidade de contratar novos profissionais ou remanejá-los dentro da instituição e de se investir na saúde do trabalhador.

---

<sup>1</sup> Essa subcategoria fundamenta o artigo: Penna CMM, Rezende GP. Por trás das máscaras: reconstruções do cuidado de enfermeiros frente a COVID-19. REME - Rev Min Enferm. 2021[citado em 01/01/2022];25:e-1420. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e1420.pdf> DOI PROVISÓRIO: 10.5935/1417.2762.20210068



Essa microestrutura é então caracterizada por particularidades e situações individuais que direcionam as ações realizadas. Enfermeiros e enfermeiras, de acordo com suas vivências e experiências, vão construindo sua história na linha de frente da atual pandemia e reinventando sua prática, seu cuidado.

Nesse sentido, a presente subcategoria busca abordar sobre a vida profissional desses profissionais no enfrentamento da COVID-19, com toda sua subjetividade.

Inicialmente, questões que merecem destaque e que afetam sobremaneira a vida profissional dos enfermeiros são as condições de trabalho ou os recursos disponibilizados, sejam eles físicos, materiais ou humanos. Por mais que a macroestrutura aponte os profissionais da saúde como super-heróis, a realidade mostra um cenário de fragilidades, de fragmentação da rede de serviços e de sobrecarga.

Em diversos momentos os profissionais da enfermagem relatam a sensação de um retrocesso em relação ao sistema de saúde de uma forma geral. A estruturação dos serviços em rede, com o objetivo de atender aos indivíduos de forma integral, ficou fragmentada e fragilizada pela priorização da nova doença:

E aí toda a preparação que a gente fez em janeiro e fevereiro não serviu de nada porque foi tudo muito pior do que a gente imaginou. Foi tudo muito pior no sentido de união, de compra de remédios, de medicamentos, de EPIs, de protocolos, do que fazer. Tudo tudo tudo. Nossa preparação, mesmo que ela tenha sido feita com esmero, ela não supriu a necessidade que aconteceu. (João, 30, AL)

Separamos o fluxo. Nós conseguimos separar os fluxos porque a nossa estrutura física permite isso de separar os fluxos de pacientes sintomáticos, pacientes não sintomáticos, mas que se limitou a isso. E o que nós estamos fazendo é a nível de atendimento, além das intercorrências é o acompanhamento do pré-natal que não, claro que esse não foi suspenso. Inclusive são os únicos exames que na nossa realidade estão sendo marcados pelo sistema de regulação. A gente não consegue mais encaminhar para um cardio, um endócrino. O único serviço de encaminhamento na rede está sendo realmente o de gestante. Também ainda com dificuldade porque por exemplo, caso a gestante precise de um atendimento, de uma referência, os atendimentos foram limitados também a nível de referência porque alguns profissionais são do grupo de risco e isso causou uma limitação no serviço de referência. E é isso. O que nós estamos fazendo basicamente é isso. A unidade de saúde virou um Pronto Atendimento que atende intercorrências no geral, sejam elas sintomáticas respiratórias ou não. Um sentimento de retrocesso na verdade. (Maria, 40, PB)

O planejamento tem como objetivo organizar as ações, definir os responsáveis por elas, tentar prever possíveis imprevistos e acredita-se que os profissionais esperavam que as coisas acontecessem assim. Entretanto a COVID-19 alterou muito mais do que se imaginava. Quebrou

um serviço considerado estruturado ao mudar completamente os focos de atenção, a assistência que deveria ser prestada e o público que deveria ser assistido (DAVID *et al.*, 2021; LANCET, 2020). A pandemia mostrou, assim como menciona Maffesoli (2012) que o cotidiano é vivido no presente, assim como o enfrentamento dos desafios.

A priorização dos casos de sintomáticos respiratórios provoca mudanças na oferta e procura dos atendimentos pelos usuários, nos fluxos existentes e no objetivo da assistência prestada no local:

Eu acho que todos os princípios da Atenção Básica foram prejudicados. Nós já tínhamos na nossa realidade aqui do Nordeste, já temos muitos desafios dentro dos atributos da atenção básica, de resolutividade, de integralidade pra garantir esses princípios ao usuário e agora ficou muito mais difícil porque nós não estamos atendendo o público em geral pra consultas de rotina, pra fazer realmente promoção da saúde e prevenção de doenças. O atendimento na unidade se limitou a quem realmente está com alguma intercorrência. Então deixou de ser completamente aquela atenção básica de promoção da saúde e prevenção de doenças e passou a ser um pronto atendimento na verdade. (Maria, 40, PB)

Minha realidade mudou totalmente. Na verdade, até a clientela, né? Na verdade, eu entrei pra unidade mista, eu já estava lá, mas em outra função. Eu não fazia atendimento ao público. Eu ficava na parte administrativa só. Aí com a pandemia, uma funcionária que é do atendimento precisou se afastar por ela ter mais de 60 anos e eu entrei no lugar dela. [...] A quantidade de pacientes que chegam lá na unidade diminuiu muito pra outras queixas e a gente atende muito, muito, muito, agora, síndrome gripal. Nosso principal atendimento hoje é a síndrome gripal e até as urgências são diferentes hoje, né? A gente tem um olhar diferente pra essa urgência. Tem chegado muitos idosos debilitados e muitos deles com COVID. Eu até brinquei esses dias, é uma cidade pequena. Falei: “Gente, não tem mais idoso pra chegar!” Porque é muito idoso infelizmente chegando. Lógico que muitos se recuperam, mas a gente tem perdido muitos idosos pra COVID. É uma unidade que não tem um suporte grande. Então assim, esses pacientes que são, tem uma comorbidade maior, que são do grupo de risco, eles não ficam lá. A gente já pede uma transferência e a gente tem até, tem tido uma resposta rápida. Mas a clientela mudou muito. (Maria, 41, ES)

Então a gente tem muito acidente de caminhão e tal, traumas, doenças coronarianas, síndromes coronarianas era nosso público alvo, nefropatias e tal. Com a pandemia, logo no início a gente teve uma queda drástica desse tipo de paciente. Acidente por trauma mesmo eram pouquíssimos e começou muito mais a ter síndromes respiratórias. (Maria, 25, BA)

Observa-se pelos relatos que a mudança dos serviços de acordo com o novo estabelecimento de fluxos e protocolos muda também o perfil do público que procura por atendimento. Até mesmo os riscos aos quais as pessoas estão expostas vão mudando pelo isolamento social e hábitos que os mesmos passam a ter no dia a dia.

Vale ressaltar que a sensibilização da população em relação à gravidade da COVID-19, forma de contaminação, local que deve procurar no caso de qualquer queixa, bem como os motivos da procura deve ser feita de forma cautelosa. Isso porque muitos usuários acabam deixando de ir até os serviços pelo medo da contaminação e acabam tendo agravos em casa:

Os serviços públicos estão atendendo além da sua capacidade de atendimento. Então estão sendo montadas ambulâncias extras no SAMU, leitos extras nos hospitais, canceladas cirurgias eletivas...então isso está represando uma demanda. Eu tenho observado que muitos pacientes estão deixando de procurar assistência, ficando em casa e tendo os quadros piorados. Um exemplo claro disso, outro dia eu fui numa PCR, em uma Unidade Básica de Saúde de um paciente que tinha feito amputação de membro inferior. E acabou ele ficando em casa, e o coto tava infeccionado e foi ficando em casa até fazer o choque séptico. Quando ele chegou na unidade básica ele já evoluiu pra PCR e por falta dessa questão de não procurar o serviço de saúde por causa da pandemia, né? Muito difícil pra população conseguir balancear isso. Quando realmente devo ficar em casa e quando devo procurar o serviço de saúde? (João, 42, MG, A)

A gente até brinca, mas sabe que isso é uma coisa seríssima porque de outras doenças as pessoas estão morrendo também. Não estão procurando atendimento por medo e tá assim, um caos total. Um pouco mais de estressor, né? Um pouco mais de estressor. (João, 39, RO)

A partir desses depoimentos nota-se que é importante deixar claro para a população que deve haver a procura pelas unidades de saúde para todas necessidades, mesmo que o primeiro atendimento seja feito por telefone, como tem acontecido em algumas realidades. Não é possível aceitar que orientações voltadas para o tratamento de queixas diferentes das respiratórias seja feito em casa, sem nenhum tipo de assistência profissional.

Mais uma vez essa discussão percorre o caminho das desigualdades visto que as pessoas mais orientadas, mais estáveis economicamente e que têm acesso a informações e serviços considerados de melhor qualidade, tendem a ter maiores chances de sobreviver aos riscos da pandemia (DIAS, 2021).

Entretanto, há de se lembrar que outras doenças não deixaram de existir. Elas estão presentes de forma simultânea à COVID-19 e são inclusive fatores de risco para complicações. Toda essa situação de incertezas e medo do que vai acontecer faz parte do cotidiano de profissionais e usuários.

Sabe-se que a COVID-19 possui abordagem sistêmica e já são comprovadas evidências de consequências agudas e crônicas na saúde das pessoas. A doença atinge de forma semelhante pessoas com condições crônicas e sem outras doenças. Entretanto os doentes crônicos ficam mais graves e têm chance de maiores complicações e, conseqüentemente, de morrerem

(RODRIGUES *et al.*, 2020; MESENBURG *et al.*, 2021). Nesse sentido planejar a manutenção do acompanhamento de todos os usuários dos serviços de saúde é fundamental.

Esse quadro de mudanças da doença e em relação ao que o paciente apresenta traz consigo alterações diárias nas rotinas e protocolos das unidades, o que também se apresenta como uma sobrecarga para os profissionais. Existe uma demanda relacionada à gestão e organização dos serviços e em relação à qualidade da assistência prestada:

Na época da pandemia, com uma doença completamente desconhecida, que todo dia era liberado um conteúdo novo...Nossa, muito desgastante mesmo. A minha experiência é de desgaste, de preocupação, porque cabe a nós a organização de toda a assistência. Então essa leitura, a organização dos protocolos pra orientação da equipe, monitoramento das atividades dos demais profissionais em relação ao uso de EPI, as medidas de prevenção de contaminação, de higienização de insumos, equipamentos. Fiscalizar isso tudo, o tempo inteiro enquanto presta atendimento é complicado. Então essa vivência tem sido isso, de bastante desgaste mesmo, sabe? De cansaço. O tempo inteiro a secretaria de saúde pra qual prestamos serviço é afoita. Não tem dia, não tem hora. Já teve domingo que dez horas da manhã me ligaram pra resolver demanda de paciente sintomático em casa. É uma loucura. (Maria, 36, MG)

E pro lado enfermeira a gente teve que estudar coisas tipo meio, que é como eu digo, trocar o pneu do carro com o carro andando né? Então todo dia era uma rotina diferente. O que a gente aprendia numa semana, na outra semana não era assim. Então ficava a pergunta: vamos fazer VNI no paciente logo de cara, então não vamos fazer? Vamos direto pro tubo? Então assim, isso pra gente também gera uma incerteza muito grande a partir do momento que a gente não tem uma conduta ainda, né? Não sabe uma conduta. (Maria, 43, DF)

Então mexeu com a rotina e pra mim, assim, mexe com a cabeça da gente porque a gente sai da posição de conforto. Você não sabe o quê que você vai ter. Eu posso pegar um plantão igual eu já dei com um, dois pacientes na sala de emergência ou eu posso pegar, igual foi um plantão recente, com onze pacientes graves, aguardando UTI e chegam mais pacientes. E o fato de estar no Pronto Socorro de um hospital público a gente sofre ainda essa pressão do SAMU, da porta de entrada e por saber que a gente não tem o direito de negar atendimento a ninguém. E o fato de não ter direito a negar, a gente se sente pressionado em ter que dar conta, ter que criar um fluxo alternativo, porque o paciente não pode ser penalizado pela sobrecarga. Eu acredito muito nisso, que o cuidado tem que ser baseado na demanda do paciente. Eu não posso direcionar também a assistência só pelos problemas da unidade. Então a gente tá tentando muito nesse momento fazer de tudo pra não prejudicar aos pacientes por uma superlotação do serviço público criando alternativas, criando outras soluções, criando plano de contingenciamento. Então eu acho que é isso. Muda tudo. Igual eu te falei. As meninas do laboratório, que antes só colhiam o sangue, agora estão tendo que entrar e colher o swab do paciente. Então pra elas também mudou. Então muda pra todo mundo. A menina do raio X me pergunta: “É COVID?”. Eu falo é. E aí ela tem que se paramentar toda. Então mudou pra todo mundo. Não é só pra quem trabalha dentro da unidade. Todos os setores de apoio, de imagem, de laboratório, de portaria...a gente por exemplo quando sai da emergência pra ir pra UTI levar um paciente, eles têm que isolar todo o trajeto. Mudou desde o porteiro ao setor de dieta, de nutrição. Todo

mundo tá tendo que se adequar em alguma rotina na sua unidade pra atender essa demanda também. (João, 42, MG B)

As incertezas da doença, do quadro apresentado pelos usuários bem como da situação existente nas instituições de saúde em relação a profissionais, área física e insumos faz com que a rotina dos profissionais entre assistência e gestão seja mais pesada. Diariamente os profissionais estão diante da necessidade de atualizar os conhecimentos, capacitar a equipe, definir novas condutas e monitorar toda a situação sem uma pausa ou tempo extra para isso. A capacitação dos funcionários das unidades de saúde, independente da assistência direta ou não ao paciente, era uma demanda constante para que houvesse mais cuidado em relação à prevenção da transmissão da doença. Em vários momentos esses pontos de atenção viram-se desprovidos de pessoal em quantidade e qualidade esperada e aqueles que estavam ali, tinham a responsabilidade de estar capacitados para informar e treinar a equipe. Vale ressaltar que essa experiência nem sempre foi uma tranquila tendo em vista a emergência da formação de pessoal que o contexto exigia:

As pessoas têm medo do que elas desconhecem. Então assim, o quê que eu tentei fazer na minha equipe. Como o medo é um fator que existe e é real nas equipes, eu sempre estudo tudo que eu posso e eu sempre divido com eles lá na beira do leito. Então assim, às vezes tu escuta os técnicos de enfermagem falando coisas absurdas. Aí tu ficas, ai meu Deus, de onde é que tu tiraste? “Ah, eu vi assim”. Eu sento, mostro artigo, converso. A gente não tem, quando eu digo assim a gente, enfermeira assistencial, o nosso serviço é na beira do paciente, é na beira do leito do paciente e ajudando a equipe a ter um manejo correto e a se sentir seguro. Então assim, eu estudo muito, eu é... não chega a ser treinamento, porque a gente não aglomera, a gente não se junta pra treinar. Mas o que que a gente faz? A gente conversa em pequenos grupos, 2, 3 pessoas. Eu gosto muito assim, as pessoas já me vêm como referência pra isso. As pessoas me mandam no WhatsApp: “O quê que tu achas de tal coisa?” As pessoas antes, eu nunca testei, eu trabalho com COVID desde março, mas eu nunca precisei testar porque e eu nunca tive sintomas. [...] As pessoas que trabalham com você veem a credibilidade que você está tendo fora daqui, entendeu? As pessoas vêm eu fazendo as lives, vêm eu conversando com o pessoal da liga. Então as pessoas começam a confiar mais ainda no teu serviço. A gente trabalha há muito tempo junto e vêm que tu também tá entregando o estudo, tá trazendo coisas reais, não tá inventando. Não é papo pra eles trabalharem tranquilos, assim. Então as contribuições além de trabalhar na beira do leito, na verdade, é isso. É a gente poder aprender pra repassar pra equipe e poder qualificar nosso cuidado com o paciente. (Maria, 41, RS)

Quando eu montei esses leitos, nós nos organizamos melhor porque aí fechou uma enfermaria aqui do hospital e profissionais foram remanejados aqui pra equipe da terapia intensiva, pra gente criar esses dez leitos. São dez leitos né? Mas o espaço físico é pra nove e um outro leito ficou em cima. E aí eu montei a UTI, só que eu não fiquei na UTI COVID. Eu subi com 70% da equipe nova pro CTI adulto e 70% da equipe do CTI adulto que já estava lidando com paciente COVID lá em cima, desceu pra assumir esses 9 pacientes. Então hoje eu estou no CTI adulto com uma equipe, a

maior parte nova né? 30% só já era do setor, com mais experiência e 70% de profissionais pingados de vários setores do hospital. Então assim, isso foi um grande transtorno. [...] A nossa realidade, ela não é a pior das realidades aqui no nosso município. Outros hospitais quintuplicaram o número de leitos de terapia intensiva. Então a gente só dobrou, do CTI adulto. De 9 passamos pra 20 leitos. Mas mesmo assim 70% de uma equipe nova não é fácil. Só que assim, treinamento, por exemplo, eu não consegui sentar com eles e fazer treinamento ainda. Porque eu não tô conseguindo deixar as escalas de lado. A escala está estabilizando agora e por mais que eu esteja em dois vínculos, um vínculo meu é assistencial. [...] Então essa semana a gente conseguiu fazer um resgate das principais rotinas do setor. Estamos repassando pra equipe e agora a partir da semana que vem a gente vai tentar buscar treinamento. Treinamento mesmo, né? Por conta da questão mais assistencial. Como ficou 30% da equipe antiga, eu tô contando muito com os enfermeiros da equipe antiga. Eles estão fazendo esse treinamento mais a beira leito. Mas como o negócio, ele já veio andando, na verdade, uma correção de erros. Então é um monitoramento. Corrige um erro e já orienta ali na ponta. Até a gente conseguir organizar um programa de educação permanente. (Maria, 36, MS)

A responsabilidade de capacitar, treinar e manter a educação permanente foi visualizada pelos colaboradores mesmo diante dos desafios e dificuldades da vivência da pandemia. O trabalho em saúde é considerado dinâmico, singular e muito complexo. Todas essas fragilidades relatadas em relação ao processo de trabalho na pandemia mostram que os profissionais precisam renovar suas práticas e ir além da identidade já estabelecida para superar os desafios materiais, culturais e políticos (NITSCHKE *et al.*, 2017; DIMENSTEIN, CIRILO NETO, 2020; BORGES *et al.*, 2021).

Sabendo-se que essa exposição do profissional aumenta seu adoecimento, afeta a qualidade de vida e que cada enfermeiro precisava se desdobrar para atender às necessidades dos serviços e dos usuários, efeitos negativos não tardaram em aparecer. Aquela pessoa de branco, que dava sua vida em prol do outro, já não tinha mais condições de fazê-lo. Estava cansada, sobrecarregada e muitas vezes sozinha. Aqueles que aparentemente mostravam estar bem, “lá no fundo” estavam vulneráveis a tudo que acontecia (DIMENSTEIN, CIRILO NETO, 2020). Daí a importância de ir além das aparências (MAFFESOLI, 2012).

Aqueles que aparentemente mostravam estar bem, “lá no fundo” estavam vulneráveis a tudo que acontecia (MAFFESOLI, 2012).

Sabe-se que a história da enfermagem traz desde sempre uma jornada exaustiva, com carga de trabalho duplicada, ou mesmo triplicada, em instituições diversas, na busca de obtenção de melhores salários. No contexto da pandemia, essa situação antes considerada normal, tornou-se um risco para os trabalhadores de saúde pela disseminação do vírus:

Foi muita mudança mesmo. Então...olha só, a coordenação, ela teve dificuldade de colocar profissionais lá e aí é meio que assim, no primeiro momento foi se você pudesse ir, no segundo momento foi convocação mesmo. [...] Então no início a gente tinha muita dificuldade de profissionais pra assumir. Teve uma noite mesmo que eu fiquei louca, eu tava com 14 pacientes e era só eu e uma técnica porque simplesmente ninguém quis ir, faltou. Foi. Foi horrível. Então assim, o maior problema foi profissional. Muito profissional doente também aqui e aqui demorou pra ter uma estratégia de enfrentamento. Então o que aconteceu? O hospital não visualizou que tinha muito profissional que trabalhava no hospital de referência da COVID. Então, o profissional que tava lá no COVID, quando ia pro H1 ele levava o vírus. E aí não se atentaram a isso e rapidinho tinha um monte de profissional lá adoecendo. (Maria, 36, SE)

Nesse momento, o enfermeiro super-herói assume a posição de vilão. Ao invés de proteger as pessoas ele está levando o vírus para os diversos locais onde circula. Essa característica de manter mais de um vínculo empregatício, sobrecarga e problemas mentais decorrentes do trabalho já fazem parte da história da enfermagem (BUDU *et al.*, 2019; SANTOS T. *et al.*, 2020) e se reforçam na pandemia. No caso específico, o aumento de jornada não ocorreu por opção individual e, muitas vezes, por demandas institucionais pela escassez de profissionais, devido aos adoecimentos e morte de colegas. O ambiente de trabalho que antes tinha como foco o cuidado do outro e muitas vezes a doença do outro, passou a ser observado como um local de riscos e medo e do adoecimento de si mesmo.

Até os equipamentos de proteção individual, que conferiam proteção aos trabalhadores da saúde e usuários, passaram a ser motivo de dúvidas, mudanças constantes e de fragilidade. Sem dúvida alguma ter uma estrutura física adequada e materiais bons e suficientes para assistir os pacientes contribui para a qualidade do trabalho. Ao longo da pandemia nem todos tiveram oportunidade de atuar nessas condições:

Mudou muita coisa. A gente começou muito cru, porque logo no início da pandemia aqui começou logo a precisar de montar a UTI. Então nós já começamos a montar os fluxos de entrada e saída dos profissionais, a questão de que eles não poderiam ficar nesse entra e sai da unidade e que teriam que ficar o tempo todo paramentados. A gente começou com a unidade sem ar condicionado funcionando e aí ficar paramentado durante todo o período com restrição de tomar água, com restrição de ir ao banheiro, com restrição de comer, ficar mais isolado também. (Maria, 40, AC)

E ainda nós passamos dificuldade no que diz respeito a EPIs. Eu não sei se isso é uma realidade a nível de Brasil, mas aqui por exemplo nós reduzimos carga horária de trabalho, é tanto que eu estou aqui agora falando contigo. Por falta de EPI nós tivemos que nos organizar tanto no sentido de diminuir o tempo durante o dia, pra que nós não precisássemos por exemplo usar duas máscaras, em dois turnos, e além disso nós tivemos que revezar. Somos uma unidade que tem 3 equipes e nós fazemos um sistema de revezamento dentro da unidade entre enfermeiros e enfermeiros, técnicos e

técnicos, médicos e médicos, pra atender a demanda da unidade como forma de economizar equipamento de proteção individual. Aquilo que o Ministério também preconiza que a gente tem os protocolos da Atenção Básica essencialmente nesse momento de pandemia de como será o atendimento do agente comunitário de saúde. O agente comunitário de saúde não está envolvido nesse processo, nesse momento, também por falta de EPI. Agente sabe que era pra eles continuarem as visitas, priorizando as visitas de maior necessidade nesse momento, os idosos, os doentes crônicos que não estão tendo como ir à unidade. Ou em alguns momentos eles vão porque realmente precisam, mas os nossos agentes comunitários de saúde estão em casa por falta de EPI, ou também fazendo esse revezamento com um agente por dia por falta de EPI pra todo mundo. Aí o sentimento é de retrocesso de uma conquista que a gente teve. (Maria, 40, PB)

Todo mundo tinha muita dúvida de que forma o vírus ia se dissipar, de que forma a gente ia se proteger. [...] Então a gente já se paramentava do jeito que a gente tinha treinado ou vendo vídeos pela internet, então a gente sente muito isso. Que existia uma falta de qualificação, despreparo. Bem no início da pandemia, que começou o boom, a gente teve muita gente contaminada porque realmente a gente não sabia usar muito bem os EPIs e a gente tinham pouca quantidade. Eles eram liberados, por exemplo: setor respiratório ganha e setor não respiratório não ganha. Os aventais que vinha de uma gramatura muito inferior e depois começaram a vir de uma gramatura melhor. Mas a gente sentia as equipes muito despreparadas e muito receosas. [...] Eu fui muito mais procurada pela minha equipe durante a pandemia. Dúvidas sobre porque a gente coleta exames, então dúvidas de como coletar exames, dúvidas sobre como entubar o paciente e até mesmo às vezes eu me perdia. O que eu vou responder agora? Então, eu confesso que eu me sentia muito despreparada, eu me sentia muito é, como que eu vou dizer a palavra, eu me sentia despreparada e me sentia muito receosa de que acontecesse alguma situação que fugisse ao nosso controle. Que a gente não conseguisse agir da melhor forma pro paciente e pra equipe. (Maria, 26, PR)

Uma máscara durando de 10 a 14 dias e a gente, particularmente, sinceramente, eu só ficava com a minha máscara 7 dias porque a gente sua muito. O ambiente é quente, abafado, a máscara não parece ser de uma qualidade muito... Ainda teve isso também, eu identifiquei que a máscara que a gente recebeu, eu até guardei a embalagem, tinha escrito assim: não própria para ambiente hospitalar. Só que aí o hospital arrumou um parecer de não sei aonde e disse que podia usar. O que foi que aconteceu? Pra não arriscar eu acabei comprando minha máscara, entendeu? E a gente viu muito isso no hospital, muitos profissionais comprando a própria máscara porque assim, eles insistem que aquela máscara é própria, mas o próprio fabricante ele fala que não é, entendeu? Teve isso e álcool gel. O álcool gel, o hospital assim, é que eu me chateei muito, mas tipo, como é que no meio de uma pandemia você manda recolher o álcool em gel do corredor? Então tipo assim, eles com medo de faltar, que eu até entendo, os acompanhantes estavam enchendo e levando pra casa e tinha profissional também fazendo isso, mas tipo, tinha que ter uma outra estratégia, né? Pra que o álcool em gel estivesse disponível. Então, em termos de EPI e recursos foram essas as dificuldades que eu encontrei. (Maria, 36, SE)

Os depoimentos apresentados acima são extremamente relevantes por demonstrar as fragilidades e condições de trabalho até mesmo insalubres às quais os colaboradores eram



expostos. As regras impostas nas instituições, a falta de materiais em quantidade e qualidade adequadas e a estrutura física inadequada colocava os profissionais em situação de maior risco, mudava a forma de realização das atividades e afetava diretamente a assistência prestada à população. Muitas pessoas, principalmente no que se trata da Atenção Primária à Saúde, segundo o relato, eram assistidas de forma insuficiente ou desassistidos pela precariedade dos recursos.

Dessa maneira as diversas incertezas dificultavam o trabalho dos enfermeiros que vivenciaram situações insalubres. Questionou-se qual EPI usar, por quanto tempo, de que forma trabalhar sem a equipe adequada por falta de EPI, mudou-se a forma de trabalho e poucas informações confiáveis chegavam para respondê-las ou para melhorar o ambiente.

David e colaboradores (2011) ressaltam em seu estudo que a capacidade dos governos e instituições foi restrita em garantir aos profissionais de saúde equipamentos de proteção individual adequados, bem como estrutura física e equipe suficiente para lidar com uma doença tão transmissível e grave.

O uso do EPI é algo considerado básico para proteção de profissionais e usuários. Fornecê-los para o uso diário é garantir condições mínimas para a manutenção da funcionalidade dos serviços.

Ao cuidar dos profissionais de saúde e fornecer condições adequadas de trabalho os gestores estarão investindo diretamente na qualidade do serviço fornecido aos usuários e favorecendo a satisfação dos trabalhadores (DEMARTINI *et al.*, 2020).

Tudo isso colaborou para publicizar a sobrecarga do profissional e a necessidade de melhoria dos salários. Movimentos começaram a ganhar força no sentido de maior valorização dos profissionais de saúde e em especial da enfermagem. A população vai até as janelas e aplaude, agradece pela assistência realizada e pelo trabalho constante produzido. Os órgãos representantes da enfermagem, buscam aproveitar o momento para aprovar o piso salarial dos profissionais proposto no PL 2564/2020 e a jornada semanal de 30 horas, anseio de anos atrás. Em 24 de novembro de 2021 o piso salarial foi aprovado no Senado, mas até o momento depende da aprovação na Câmara dos deputados (COFEN, 2021). O reconhecimento é falado, mas pouco traduzido para ações efetivas.

Nesse sentido os colaboradores valorizam o reconhecimento, mas destacam do estudo a necessidade de melhoria da gestão e das condições de trabalho:

Porque a gente tem a questão política que é muito incerta, a gente tem a gestão muito voltada pro neoliberalismo e de direita e privatista, hospitalocêntrica, médica

centrada. Então quem trabalha com saúde pública viu a importância da saúde pública bem estruturada. Então isso tudo preocupa a gente. A gente não quer só aplausos, a gente quer trabalhar dignamente. (João, 30, AL)

Percebe-se pelo depoimento que o fato de a população ir até as janelas e aplaudir, agradecer pela assistência realizada e pelo trabalho constante produzido é relevante, mas não consegue por si só mudar a realidade. É necessária uma gestão eficiente que tenha ações traduzidas em mudanças do cenário visualizado.

Além das questões já relatadas, outras apontadas pelos colaboradores mostram que as mudanças ocorridas na prática de trabalho trouxeram sofrimento para os profissionais. Pode-se citar o fato de lidar com a sensação de despreparo, da vivência próxima da morte e até mesmo da ansiedade de capacitar profissionais diante do cenário precário:

É um paciente muito diferenciado, uma coisa que jamais...em meus 5 anos de UTI eu nunca tinha visto algo como o paciente com COVID. É um sentimento de impotência assim, enorme. Você olha pra um lado, olha pros pacientes e eles estão descompensados, muito graves, com a saturação caindo e você faz tudo que você sabe fazer. Você busca na literatura e não tem nenhum canto que te aponte o que você tem que fazer, o que é o certo que vai salvar o paciente. E aí já teve caso de perder quatro pacientes no mesmo dia. Isso é muito frustrante pra gente. Tem hora que eu falo assim: meu Deus, vou desistir. Eu não quero mais isso pra mim não. Olha, já cogitou tanta coisa, né? Igual o pessoal falava que poderia ser um vírus que foi fabricado, tem essa coisa nova. A impressão é realmente de você estar lutando com algo desconhecido. É exatamente isso de você brigar com algo desconhecido que você não sabe o que fazer. (Maria, 40, AC)

Então pra mim, não é uma doença agressiva quanto H1N1, mas a transmissibilidade é muito maior. E o manuseio ainda é um mistério. Eu não digo que a conduta, o tratamento, eu não acho que a gente tenha desvendado, eu acho que a gente tá conseguindo conviver com ela. Não acho que a gente saiba a fórmula. Não é uma infecção que tu sabes qual é o antibiótico e vai lá e faz. Não é. A gente não sabe o acometimento pulmonar. Existe acometimento pulmonar, mas não é uma ventilação que vai fazer o pulmão funcionar. Tem que entrar hemato. Ah, mas e sobre a cloroquina, qual é a discussão? Então ainda continua sendo uma doença que a gente desconhece o tratamento. A gente vai rodeando-a e dançando conforme a música, conforme o que ela faz no organismo de cada um. Completamente. Eu vi idosos de 90 anos bem e eu tive uma criança de 15 anos que morreu na minha UTI. Pra mim não é realmente a gente saber a fórmula. Eu acho que ainda é muita incerteza, ainda é muito mistério. (Maria, 30, MA)

No começo, mesmo com toda a agitação, minha equipe de 100 funcionários eu passei pra 300, de 3 pra 6 UTIs. O grande desafio foi contratar profissionais de terapia intensiva, que eu não tinha. A equipe nova que eu recebi era basicamente de novatos. Em consequência da inexperiência a gente teve falhas, eventos adversos. Então isso eu percebia sofrimento moral por parte dos enfermeiros porque nós sempre lidamos com um nível de qualidade muito alto aqui na assistência nas nossas UTIs. Inclusive

nós somos acreditados pelo IQG em parceria com a AMIB. Então a gente sempre teve uma cobrança muito alta por segurança, qualidade do cuidado e nesse momento de pandemia nós precisamos lidar com falhas importantes. Isso eu percebi que foi muito difícil pra equipe. (João, 31, SP)

Não há um tratamento definido e cada pessoa acometida pela COVID-19 responde de uma forma. É muito frustrante para os profissionais vivenciar piora dos quadros clínicos, necessidade de respiração mecânica com número escasso de equipamentos e mortes diárias, sem saber o que fazer e como conduzir o cuidado.

Os profissionais da enfermagem são acostumados a seguir protocolos, normas, rotinas, regimentos e construir procedimentos operacionais padrão (POP) que conduzem e direcionam o que deve ser feito em cada situação. Tudo isso na tentativa de reduzir erros e satisfazer às necessidades e demandas que o usuário apresenta. Com a COVID-19, até hoje, após dois anos do início da pandemia, ainda não se pode dizer que tudo está conhecido e previsível.

Diante de tantas exposições, riscos, novas situações e vulnerabilidades, a saúde mental dos trabalhadores não pode deixar de ser destacada. Alguns colaboradores relatam dificuldade de se preparar emocionalmente e psicologicamente para algo desconhecido. Observa-se que o fato de ser enfermeiro e atuar na linha de frente da pandemia trouxe reflexos na vida desses profissionais:

Alguns profissionais quando vieram fazer entrevista pra trabalhar aqui eu falei: olha, vai ter que ficar isolado da família, a recomendação que a gente tem é que vocês fiquem longe do pessoal que é grupo de risco e aí acabou que eu acho que isso mexe muito com o psicológico de todo mundo. Principalmente essa questão dos fluxos, de ter que trabalhar com a gente colocou aqui como se fosse coorte né, todos os pacientes são COVID e os riscos de contaminação para os profissionais também...É muita coisa, muita coisa mesmo! Aí você fica longe da família e alguns profissionais que se contaminaram, colegas de trabalho de outros setores que morriam aqui dentro com a gente. Isso abala bastante. Teve funcionário meu aqui, técnico, que ele pegou, viu a tomografia e ficou desesperado, chorosos também, né? Mas felizmente a maioria deles se recuperou. (Maria, 40, AC)

Inclusive quando a gente começou a receber pacientes com covid eu perdi 10Kg. 10Kg no início até eu me acostumar com essa história do covid. Eram coisas do tipo, eu chegava no meu ambiente de trabalho e eu não tinha coragem de tomar água em um copo que não fosse o meu, não tinha coragem de comer a comida que não fosse a que eu trazia. Então isso mexeu muito comigo psicologicamente falando. Isso acabou acarretando a parte fisiológica também. (João, 35, CE)

O meu marido tem esclerose múltipla e realmente, a gente lida com paciente positivo o tempo todo. Então, o cuidado, eu tive meio que um surto psicológico, um surto mesmo no início, de medo de contaminar. Eu já achava assim, meu Deus pra onde que eu vou levar ele se ele precisar de uma UTI? [...] Eu tive que apelar pra ajuda psicológica, ajuda psiquiátrica mesmo. Tive que entrar com medicação pra me manter

equilibrada. Mas agora assim, eu vejo que está tudo mais... Não está tranquilo, mas é meio que a gente se acostumou, se habituou a esse estado de loucura. Ninguém imaginava. Meu casamento seria sábado. Seria sábado. Então até pra isso eu tive que elaborar muita coisa. Sempre pensei casar na igreja, com minha família. Minha família não é daqui de Brasília, então pra mim esse lado pessoal foi bem difícil. (Maria, 43, DF)

Eu nunca tinha parado pra falar, nunca ninguém me perguntou na verdade que percepção você tem da pandemia, né? [...] E quando você para pra chegar em casa e tomar seu banho... Eu enfrento a minha mãe, ela já vem e aparece com álcool. Ela fala: “Tira essa roupa, tira esse macacão”. Quando eu chego em casa acho que realmente cai a minha ficha, sabe? Porque a gente não pode ficar muito bitolado porque senão a gente fica doente. E esse momento da pandemia está sendo até difícil pros profissionais de saúde no sentido em que a gente fica muito perdido. A gente não tem muito apoio psicológico, já não tem a família, já não tem muito a questão social. Então passar pela pandemia como profissional da linha de frente é um processo muito doloroso às vezes. É doloroso quando você perde paciente, é doloroso quando você carrega muito EPI com você, muito doloroso quando você não pode ter os familiares perto, humanizar o cuidado. Mas é uma coisa que a gente espera que passe logo. (Maria, 26, PR)

Aí que não podia ver ninguém, quando tinha o mínimo de contato com outras pessoas era com o uso de máscara e de certa forma você vê que as pessoas ficam com “medo” de você, pela questão do medo do contágio. É meio que assim, tipo, vixi, “aversão” porque né, o medo é normal. É, eu percebia. Já existia aqui no elevador, aqui no prédio, a questão de evitar duas pessoas no elevador. Mas quem sabia que eu era profissional de saúde e me via no elevador, chegava a dar assim, meio que um pulo pra trás. A gente, lógico, eu tinha precauções. Quando chegava em casa sempre tomava banho, não tinha contato com meu filho antes de tomar um banho, lavar o cabelo. Os calçados sempre ficavam fora. A roupa assim que eu chegava ia pro banheiro, já separava aquela roupa. (Maria, 40, RN)

Além do temor de outras pessoas encontrarem com os profissionais de saúde e se contaminarem percebe-se que além da adequação de protocolos nas unidades de saúde, normas e rotinas também são criadas nas casas dos colaboradores. Os mesmos têm agora uma forma certa de chegar, de tirar a roupa, de saber por onde passar, de ter contato ou não com os familiares em casa e por aí vai. Tudo isso fragiliza e causa estresse.

Há o distanciamento de muitos deles, pelo menos daqueles que não moram na mesma casa, por medo de levar a COVID-19 para as pessoas queridas. As reações são diferentes. Alguns sentem muita falta e outros se acostumam mais fácil à nova realidade. Vale ressaltar que a vida de trabalho é aumentada e a sobrecarga também:

Minha madrinha fica aqui em casa comigo três vezes por semana porque ela me ajuda nos cuidados da casa e assim, ela, por exemplo, já evitou contato comigo em alguns momentos. Hoje mesmo, eu chego em casa já não posso abraçá-la, já não posso ter muito contato. Eu tava até dando uma aula aqui antes, chamei ela pra ver um vídeo e

ela falou “não, não vou chegar perto de você não por causa do coronavírus”. Então, assim, você entende porque ela é idosa, ela tem 73 anos e ela me vê como uma pessoa que a todo momento possa trazer infecção pra dentro de casa. (João, 42, MG, B)

E a social depois da pandemia, acabou, foi zero. Era trabalho, casa e casa, trabalho. Nem com meu filho tive contato. Os quatro meses que eu fiquei no COVID meu filho ficou morando com o pai. (PE32)

Então, na verdade nós ficamos até março. De março até mês de julho nós não nos vimos. Ficamos bem... nos vimos pela internet ou lá na casa dos meus pais. A gente ia só na porta, do lado de fora. Mas os meus pais mesmo com todo cuidado eles acabaram tendo COVID. Pegaram e a minha mãe faleceu. Foi dia cinco. Dia 5 não. Foi dia três de julho. É. Oitenta e dois anos, oitenta e um, né? Ia fazer oitenta e dois. Oitenta e um anos ela acabou falecendo e de COVID. Então foi... ainda tá sendo, né? Muito! Meu pai também, todo mundo acabou pegando inclusive eu porque nessa que ela pegou, precisei ajudar e eu acredito que não tenha sido trabalhando. Mas a gente não tem certeza, mas eu acredito que não. E foi tudo muito rápido. Não deu muito tempo pra nada e papai ainda, na verdade, ainda tá se recuperando acho que do baque, nem só do COVID. Mas como a família toda pegou acaba que a gente agora está se encontrando mais. Só uma irmã que não teve e aí ela não. Ela ainda está mais afastada da gente. Mas a gente agora e até precisava disso por toda situação né? Mas é isso aí, vida que segue, não tem jeito. A gente sofre e vai recuperando devagar. (ES41)

A gente também não sai tanto porque como a gente é linha de frente, a gente tem medo de encontrar nossos familiares, nossos amigos. Então foi um período muito difícil no início da pandemia. [...] Eu acho que a gente cai a ficha depois de um período de tempo onde você começa a ficar sobrecarregada fisicamente e mentalmente, né? Porque no início eu achava que não, que vai passar, a gente vai conseguir, eu ia conseguir ver meus amigos, mas eu não via minha avó. Agora faz 2 meses, 3 meses e eu nunca fiquei tão longe dela. Então foi muito difícil a parte de não ver meus amigos, de não poder sair. Eu sou nova ainda né? Eu ia pra balada, essas coisas, conseguia conciliar toda a minha vida. Tinha uma rotina muito atribulada, fazia muitas coisas ao mesmo tempo. Ia em muito evento, congresso e tudo isso acabou, parou. (Maria, 26, PR)

Abraçar a madrinha, estar junto, ficar perto da avó e ir pra balada são ações que não fazem diferença alguma ao se pensar no efeito disso em uma sociedade. Entretanto, na vida de cada um desses colaboradores esses momentos fazem toda a diferença. Aí ressaltam-se os “pequenos nada” mencionados por Maffesoli (2001).

O isolamento social foi visto por muitos como uma oportunidade consolidar os laços com aqueles que estavam dentro de casa.

Enquanto trabalhamos, também podemos rir juntos, contar piadas, ouvir as crianças brincarem ou gritarem, ouvir o assobio da válvula da panela de pressão e outros aspectos da existência humana que, no trabalho normal, são deixados de fora ou até mesmo fortemente combatidos” (INCERTI; CÂNDIDO, 2020, p.5).

Mas isso não aconteceu com o enfermeiro. Ele era isolado pela família pelo medo da contaminação. O trabalho remoto só aconteceu em algumas funções como docência e com aqueles que exerciam cargos administrativos. Ademais a assistência continuou sendo prestada.

Apesar dos depoimentos dos colaboradores homens e mulheres não terem evidenciado muita diferença em relação ao contato com a família, Carlos *et al.* (2020) relatam que, em particular, para as enfermeiras que também são mães, cuidar do trabalho e da família tem sido um desafio a mais pela insegurança e temor de contaminar a família.

Por mais que houvesse privação de encontros e outras situações que favorecessem o contágio pela COVID-19, enquanto profissionais de saúde e pessoas, passíveis de adoecer, muitos foram infectados. Nesse momento, mais uma vez, há uma mistura do lado pessoal e profissional. O medo e ansiedade da pessoa se juntam à experiência do enfermeiro em relação aos atendimentos realizados até o momento e informações sobre a doença:

Eu acho que do ponto de vista do paciente eu fiquei com muito medo. Na verdade, eu fiquei doente na semana do meu aniversário. Foi bem sutil. Eu comecei a ter dor de cabeça e eu achei que era porque tava trabalhando demais e eu nem dei muita atenção. Eu não me automedico. Eu tenho uma tolerância muito boa pra dor e eu não gosto de me automedicar. Foi no feriado da páscoa até. Eu trabalhei na quinta, na sexta eu fui embora pra casa muito cansado, com dor de cabeça e falei: “Ah, tá doendo porque eu trabalhei muito e vai passar”. Aí eu fui dormir na sexta e acordei com muito mais dor de cabeça, dor no corpo e aí eu senti que era um dor mais que eu comumente costumo suportar. E aí eu tomei medicamento e isso de certa forma mascarou um pouco a febre. Mas aí eu tive calafrios e tive a curiosidade de mensurar a temperatura e eu observei febre por dois dias. Nisso, na segunda-feira quando eu vim trabalhar eu estava recebendo funcionários, eu tinha 60 pessoas pra receber na verdade e até vim pro hospital. E aí eu cheguei e falei pra minha coordenadora: “olha, eu tenho 60 pessoas pra receber e eu não sei o quê que eu tenho. Mas eu fiz febre e eu não conseguir nenhuma outra causa pra eu estar febril e eu acredito que possa ser infecção por COVID”. E aí eu falei: “Olha, eu não tô conseguindo, eu posso expor as pessoas”. E aí na mesma hora o hospital coleta o swab dos funcionários pra investigação. Eu coletei e fui pra casa e até então eu achava que era, mas não era e tava tudo bem. E aí no fim do dia, nossa chefe médica do serviço da UTI ligou pra mim pra falar que deu positivo. Na hora que ela falou de fato que deu positivo eu tive medo. Talvez por tudo que eu tenho vivido aqui. Os nossos pacientes aqui são muito graves. Assim, a nossa população aqui são pacientes realmente graves. Hoje até são menos, mas no começo eram todos pacientes pronados, assim, choques importantes, gravíssimos, altas doses de drogas. Então quando ela falou que sim, a gente vê a evolução natural da doença e até que desse uma semana da doença eu fiquei muito ansioso e com muito medo. Eu pensava e me imaginava na situação dos pacientes. Eu me imaginava grave, pronado, com choque. Então eu fiquei muito tenso nos primeiros 7 dias. Exatamente depois do oitavo dia que eu não tive mais nenhuma mudança do meu quadro, porque eu tinha a expectativa de que a qualquer momento eu poderia piorar, eu desencanei. Fiquei tranquilo em relação à doença e fiquei quase que um assintomático. Porque depois da

dor de cabeça que eu tive por três dias, dois na verdade e a febre que eu tive nos primeiros dias, depois eu não tive mais nenhum sintoma a princípio. Depois do oitavo dia, ou sétimo dia que eu perdi o olfato e teve interferência no paladar. Mas fadiga, cansaço de fato não. Sintoma respiratório, nem tosse eu tive. Mas nos primeiros sete dias a minha preocupação era em relação à minha piora clínica. Tinha preocupação com a minha família. Eu moro com os meus pais. Mas no meu julgamento eu acredito que eu me contaminei em casa. Na UTI, na conjuntura que eu estava vivendo, na gestão e coordenação de UTI, meus esforços estavam tão direcionados pros recursos humanos e pra estrutura que de fato eu não tive uma exposição prolongada nas unidades de COVID. E isso me fazia entender que meu risco de contaminação era baixo. Antes de eu ficar doente, o meu pai, em casa, teve sintomas gripais, mas também sintomas muito simples, que na verdade nem levou a procurar o serviço médico. Então eu ficava em casa e toma os cuidados. Ficava mais no quarto, saía menos possível e assim eu me mantive o tempo inteiro. (João, 31, SP)

Conviver com o próprio adoecimento e enfrentar a morte de familiares, amigos e colegas de trabalho não tem sido uma tarefa fácil para os colaboradores. A pandemia agrava e mostra a todos a real situação vivenciada pelos enfermeiros em relação ao esgotamento físico e emocional, haja visto o grande número de adoecimentos e mortes entre os profissionais (DAVID *et al.*, 2021).

Esse medo e exigências acabam levando a um maior isolamento dos profissionais. Isso acontece além da família, conforme já relatado, com os colegas de trabalho. Os momentos de socialização, por mais que acontecessem de forma esporádica ou com um curto tempo de duração (como o momento do café) passam a fazer falta:

Até mesmo o contato social no trabalho, assim, evitar proximidade, assim, a gente tipo de relacionava melhor, sentava todo mundo pra fazer um lanche, todo mundo próximo, aquele aglomerado, vamos dizer assim, que a gente não pode fazer isso. Até a própria socialização no trabalho tá mais dificultada. (Maria, 40, RN)

É impossível não reconhecer todas as mudanças que tem ocorrido na prática do enfermeiro. Não tem como vivenciar a cada dia o excesso de demandas técnicas e sentimentos que envolvem a vivência da pandemia; o afastamento da família e amigos; o temor que as pessoas passam a ter com os profissionais pelo medo de contaminação; cuidar de colegas doentes, graves e morrendo; ver sua saúde piorando, física e mental, pelo medo intenso de tudo que está vendo e mudar planos de vida sem ficar abalado. E assim o enfrentamento da COVID-19 muda de alguma maneira o lado emocional dos enfermeiros, cada um na sua singularidade (MAFFESOLI, 2010; MAFFESOLI, 2012).

A equipe de enfermagem, tantas vezes colocada como uma classe desunida, apresenta fragilidades em relação à falta dos encontros no trabalho. O “dever ser” passa a ser prioridade pela necessidade dos afazeres e o “estar junto” vai se modificando. Em um cotidiano marcado diariamente pela imprevisibilidade das relações os diferentes significados do cuidar e ser cuidado permitem experiências ricas em empatia, sensibilidade e ressignificação do ambiente (NISTCHKE *et al.*, 2017).

Chama atenção nas narrativas, ainda com um misto da vida profissional e pessoal, a forma de lidar com a morte das pessoas com COVID-19. O medo é maior e a ansiedade com todo o processo também porque não há uma conduta definida para cuidar, faltam leitos para internação, o número de casos é crescente e as mortes cada vez mais próximas. Por mais que o adoecer e o morrer já façam parte do cotidiano da enfermagem, nessa pandemia tudo é modificado. O isolamento total do paciente desde sua internação já traz mais frieza para esse momento. Além disso, o preparo do corpo é diferenciado para evitar contaminação. Já não se pode despedir mais do ente querido como antigamente:

Eu acho que uma coisa que é importante falar em relação a COVID, pelo menos foi a realidade aqui de Manaus, foram perdidas muitas vidas e os critérios aqui foram muito tristes. Uma grande quantidade de pessoas enterradas no mesmo dia, em valas coletivas, 4 a 5 caixões assim empilhados. Isso assim para as pessoas, para os entes queridos era muito ruim porque eles tinham que ficar na frente do cemitério, só podia acompanhar uma pessoa e os outros ficavam lá, não podiam velar seus entes queridos, não podiam nem ver o enterro e depois não sabiam nem onde tinham sido enterrados porque era uma vala coletiva com 30 caixões, empilhados 5 de uma vez. Então uma situação triste. Muito próximo de mim teve uma pessoa que perdeu o pai e o pai, ela ficou 3 dias pra pegar o corpo dele na câmara frigorífica pra poder enterrar. Quando foi enterrar tinha que ser em vala coletiva. Ela não aceitou e a própria prefeitura se sensibilizou com a causa dela e conseguiu cremar. Então assim, é uma situação triste que os familiares. Me chamou muita atenção. Quando eu escutei o áudio dessa situação que estou lhe reportando foi muito comovente. Se você se colocar no lugar dessa pessoa, você não pode nem acompanhar o enterro do seu ente querido. Isso é muito triste. (João, 39, AM)

Por exemplo, o protocolo pra gente que foi instituído que é algo bem diferente, é o protocolo de preparo do corpo do paciente que vem a óbito por COVID. É um protocolo bem diferente porque por exemplo, aqui na nossa realidade a gente enviava o corpo pro necrotério, enrolado no próprio lençol. E agora aqui você não pode. A gente tem que botar num, naquele tipo num TNT, colocar em dois sacos, tem que fazer identificação no tórax do paciente. A gente tem que tirar uma foto onde pegue do tórax pro rosto do paciente pra família fazer o reconhecimento porque não pode entrar pra reconhecer. Então são coisas que foram surgindo agora, mas que a gente vê que já tá sendo bem seguido. Está sendo seguido à risca. (Maria, 29, PI)

Eu tive uma técnica que ela teve também e ela precisou ser afastada porque ela começou a chorar e gritar no meio de uma terapia intensiva dizendo que não aguentava



mais fazer pacote, sabe? A gente perdeu colegas, então assim, muito difícil. (Maria, 43, DF)

E aí foi muito forte, foi muito traumatizante ver isso porque a gente viu muita gente morrer, vi colegas nossos morrerem, vi nossa rotina mudar porque com tudo fechado a gente só trabalhava e ia pro supermercado. E o mês de maio foi o pior porque foi o que teve mais internações, mais óbitos, mais falta de vaga, mais stress, nossa...era viver todos os dias com medo de morrer e todos os dias com medo de perder alguém querido, de não saber como seria o amanhã. É interessante porque a morte é um elemento comum na nossa vida enquanto profissional de saúde e também enquanto humanidade, enquanto ser humano, ela é uma certeza. Mas, viver isso tão próximo e ver tantas pessoas sofrendo juntas, ao mesmo tempo, e não só pela doença, mas pelas sequelas da doença e o que veio junto da doença que foi as pessoas fecharem suas lojas, as pessoas não poderem pegar ônibus, enfim, nossa, cenário de filme. Um fato histórico difícil de ser vivenciado e de assimilar. (João, 30, AL)

No dia a dia da enfermagem lidar com a morte de pacientes já não é uma tarefa fácil. Esses profissionais relatam sofrer muito com a morte das pessoas, principalmente daqueles que criaram vínculo. Para minimizar esse sentimento de perda buscam estratégias de defesa como a racionalização, o entendimento da morte e do preparo do corpo como um procedimento como outro qualquer e a negação. Percebe-se que essas defesas são mais fáceis de serem implementadas quando se cuida de um desconhecido (SHIMIZU, 2007).

Entretanto, na realidade da pandemia da COVID-19 isso ficou mais difícil. O número de mortes é muito grande e as pessoas acometidas são dos mais variados vínculos, desde desconhecidos até amigos, familiares e companheiros de trabalho.

Muitas situações apresentadas até aqui, que marcam a vida cotidiana de enfermeiros e enfermeiras mostram a presença do sofrimento moral, entendido como problemas morais existentes no cotidiano, muitas vezes causado pelo confronto entre as necessidades de cada pessoa e as condições de vida ou de trabalho existentes (BARLEM, 2021; CARAM *et al.*, 2021).

Percebe-se no presente estudo vários fatores, desde questões estruturais dos serviços até ações da assistência propriamente dita podem levar os colaboradores a essa situação. Em diversos momentos os profissionais da enfermagem se vêem diante de situações impostas, da fragilidade de recursos, de relações modificadas no trabalho e na família e de conflitos com gestores, que os levam a agir de forma diferente do que gostariam, principalmente no que se trata dos aspectos éticos e morais.

Estudos mostram que os profissionais enfermeiros vivenciam com frequência o sofrimento moral principalmente pela relação mais próxima estabelecida com os usuários, pela excessiva jornada de trabalho e permanência constante nos serviços, pelas cobranças realizadas

no ambiente de trabalho, pela falta de estrutura adequada para exercer a profissão e ainda pelas relações interpessoais fragilizadas (BARLEM, 2021; CARAM *et al.*, 2021).

Em tempos de pandemia a necessidade de respostas rápidas agrava toda essa situação e intensifica os problemas emocionais. É apresentada a necessidade de refletir sobre os fatores desencadeadores desse sofrimento no cotidiano.

Somado a tudo isso os resultados desse trabalho mostram a fragilidade de serviços de apoio à saúde do trabalhador. De um lado uma pandemia desconhecida que precisa de conhecimentos e cuidados específicos às necessidades dos doentes, de outro, ressaltam-se as necessidades de um grupo profissional, apresentadas pelos colaboradores, como uma escuta qualificada para esses profissionais, de melhorar as condições de trabalho e de se pensar que a satisfação do trabalhador pode refletir diretamente na assistência prestada.

Sabe-se que cada serviço de saúde tem suas dificuldades, independente do nível de atenção e que as dificuldades vivenciadas ali são também enfrentadas de forma diferente pela singularidade de cada pessoa. Na atenção básica, por exemplo, são comuns queixas relacionadas a conciliar as atividades domésticas com as atribuições do trabalho, a fazer algo que não é proposto para o cargo e insatisfações com a qualidade de vida pela grande proximidade e vínculo com os usuários. Da mesma forma, nas unidades de terapia intensiva os enfermeiros convivem mais diretamente com pacientes graves, de alta complexidade, mais próximos de situações de morte e isso também representa sobrecarga (SCHMIDT *et al.*, 2013; LUA *et al.*, 2018).

Em um contexto mais geral, surge então uma pergunta: o que seria um trabalhador satisfeito? Sem querer reduzir a resposta a alguns depoimentos existentes nesse estudo, porém considerando a relevância das narrativas, observa-se que enfermeiros e enfermeiras buscam uma escuta qualificada, a disponibilização de serviços de apoio ao trabalhador, o fornecimento de EPI adequado e a minimização dos agravos à saúde mental.

Ainda sobre as condições de trabalho dos enfermeiros percebe-se a necessidade de uma escuta mais qualificada desses profissionais:

Ah, eu acho que os profissionais precisam ser ouvidos. Existe uma pressão muito grande pra nós que estamos lá na ponta. Cada um, obviamente, lida de uma forma com a pressão do momento, desse momento de você poder adoecer. É visível, acho, eu percebi isso e conversei com outros colegas de outras instituições que pessoas, algumas, adoeceram pela doença mesmo, pela própria COVID-19. Outras por medo. Desenvolveram questões de saúde mental. Eu não vi e vejo poucas instituições, em especial públicas, que prestam esse apoio psicológico pra um ou até mesmo psiquiátrico pra outros. Então achei muito...A falta de estrutura da saúde do

trabalhador do serviço público, eu acho que impactou bastante. Inclusive no próprio retorno dos colegas, entendeu? Não houveram, não houveram um preparo, entendeu? Não houve uma busca ativa. Ter um canal, ainda mais agora que nós temos como fazer tudo virtualizado, deixar um canal disponível. Deixou agora, com uma série... no nosso pico de terapia intensiva. “Ah vocês podem falar com um psicólogo!” E antes? No auge da internação, onde nós tínhamos lá 15 pacientes e os 15 eram confirmados, os 15 eram entubados. Não houve isso. A gente lidando com alguma coisa até então desconhecida, toda hora uma informação diferente e eu percebi que muita gente travou nisso daí. Então eu acho que se pudesse acontecer, se pudesse voltar atrás, eu acho que o apoio da saúde do trabalhador pra equipe de enfermagem, especificamente, faria uma grande diferença. Uma grande diferença. Eu não vou nem discutir condições de trabalho porque eu vivo realidades diferentes. Eu tenho condições de trabalho mesmo sendo dois serviços públicos, mas são serviços públicos tipo de ponta. Acabam fugindo um pouco da realidade. Mas tenho relatos de colegas que estão trabalhando de maneira impraticável. Eles estão ali contando com a sorte. Que seja pra não adoecer, que seja pra não permitir que um doente morra. (João, 42, RJ)

Então, assim, a gente tem a nossa equipe de enfermagem, que exige mais da gente em termos de EPI quando falta, a demanda é muito grande, o estresse da equipe é muito grande também e a gente sabe que tudo que tá acontecendo talvez tenha contribuído pra esse aumento de estresse e o que tá acontecendo também é que o hospital não tá tendo esse preparo de atenção pra equipe. Cuidar do cuidador. Agora que eles viram que a gente tá num pico muito grande, o absenteísmo muito grande que o hospital tá organizando uma equipe pra começar a atender a parte psicológica dos nossos servidores. Eles vinham pecando até nisso, né? Então assim, o estresse da equipe aumentou bastante. (João, 39, RO)

A escuta qualificada permite que as pessoas sejam ouvidas, que apresente seus problemas, para que possam ser otimizadas estratégias de minimizá-los. É notável o aumento do estresse e de problemas emocionais ligados ao trabalho por parte de enfermeiros, sem, no entanto, terem a devida atenção para saná-los por parte das organizações onde atuam. Vale mais uma vez ressaltar que esses problemas não surgiram com a COVID-19 (BUDU *et al.*, 2019), o que traz a reflexão sobre uma antiga necessidade de estruturação de serviços de apoio para a equipe de profissionais.

Frente a essas questões, algumas iniciativas foram implantadas em prol dos trabalhadores e um dos colaboradores mostra preocupação com a saúde dos seus trabalhadores e busca implementar medidas em prol desses:

Aqui no meu Estado, lá no hospital, eu atuo diretamente na parte de saúde do trabalhador. Então nós fizemos fluxos de afastamento, fluxos de minimização dos riscos referente ao trabalhador. Por exemplo, no trajeto dele até a clínica, no elevador nós dividimos o elevador em quatro partes. O profissional deveria ficar de costas um pro outro, o uso da máscara, a capacitação do trabalhador referente à paramentação e desparamentação dos EPIs e também a entrega do próprio documento médico. Um exemplo, o trabalhador vai se afastar e precisa de um atestado médico por COVID. Ele não deve ir até o hospital. Nós fizemos um fluxo desse envio de forma digital pra ele não ter o risco de passar pra outras pessoas e ser mais um agente transmissor dentro

do hospital. Porque o simples fato dele entrar no hospital e ir até o setor de entrega desse documento isso aí pode transmitir pra várias pessoas. Fizemos também um acompanhamento desses profissionais: o que eles estavam sentindo a cada dia, o que ele sentia de melhora ou piora, alguns casos que fugiam da curva... Na realidade não é os casos que fugiam da curva, muitos casos. (João, 39, AM)

Entretanto, apesar da boa intenção apresentada, observa-se que as medidas têm como objetivo reduzir o risco de contaminação e manter o distanciamento do trabalhador sintomático ou contaminado. Investir em saúde do trabalhador vai além de implantar ações que busquem manter o trabalhador ativo constantemente. É preciso vê-lo na sua integralidade (DIMENSTEIN; CIRILO NETO, 2020; MAFFESOLI, 2010; MAFFESOLI, 2012).

Demartini e colaboradores. (2020) afirmam que os investimentos na saúde do trabalhador devem significar também maior acesso aos atendimentos que supram as necessidades dos profissionais.

Evidencia-se a necessidade de construir modelos de gestão que tenham como foco o trabalho vivo e real, assim como acontece no cotidiano. A integralidade só será possível quando houver a operacionalidade da mesma no dia a dia, o olhar para o todo e o vínculo como diretriz que favoreça a participação na produção de saúde (VIEGAS; PENNA, 2012; VIEGAS; PENNA, 2013).

Apesar das fragilidades observadas na vida de trabalho dos enfermeiros e enfermeiras frente à COVID-19, nota-se que esse profissional reinventa, inova e aprimora sua prática nesse momento de crise. É possível observar a utilização de novas tecnologias e novos hábitos principalmente no que se refere ao contato remoto com os usuários dos serviços e equipe, no contato com suas próprias famílias e dos pacientes:

Mas a gente acompanha por telefone os usuários que testam positivo, que são sintomáticos. No momento, até semana passada nós não estávamos com descentralização dos testes. Os testes teriam que ser feitos mesmo na UPA, mas os usuários iam pra fazer o teste e depois retornavam pro domicílio, pro nosso acompanhamento via telefone. Eu acho que esse acompanhamento deu muita segurança ao nosso usuário, essa ligação, o fato de estarmos acompanhando ele mesmo em casa. Isso tem sido muito importante pra ele e tem feito a gente se sentir um pouco útil. Nesse momento para os usuários de nossa responsabilidade. (Maria, 40, PB)

Gabrielli, eu fiquei muito cauteloso. Eu costumo dizer que eu e minha equipe somos sentinelas em relação aos nossos pacientes. Essa questão de contaminação cruzada a gente tem muito cuidado. Onde eu trabalho eu posso falar que existe esse seguimento de lavagem das mãos, questão de isolamento, seja isolamento de contato ou respiratório a gente segue isso. E mudou no sentido de que mesmo a gente fazendo

disso uma rotina a gente percebe que existem algumas frestas, alguns erros que podem acontecer. Se teve aquele lado ruim, falando pessoalmente da COVID para mim, em relação à minha família e até a perda de peso, teve um lado bom como profissional porque, não só pra mim, mas pra toda minha equipe, as pessoas que trabalham no mesmo setor que eu, a gente ficou muito mais cuidadoso. Apesar de já nos vermos como cuidadosos nós ficamos muito mais. A gente intensificou e melhorou inclusive nossos protocolos baseados no que a gente tava fazendo de novo e que nem era tão novo assim, desde a lavagem das mãos até a forma como se paramenta está acontecendo na COVID. Então a COVID trouxe esse lado bom profissionalmente falando. (João, 35, CE)

Eu falo assim que parece que anterior a isso a gente não tinha tanto cuidado com a questão de manutenção de EPI como a gente tá hoje. Eu falo assim, antes a gente usava o EPI pra entrar em algum procedimento, embora matinha minha segurança, mas parece que não era com tanta cautela como a gente tá hoje. Hoje no momento que a gente vai adentrar a área de corte, você está paramentado, mas parece que alguma coisa está faltando. A gente tem esse negócio do se policiar constante: será que tá faltando alguma coisa? Algum item foi quebrado na barreira? Então é uma transformação geral, geral. O paciente parava, a gente corria pra cima, reanimava sem luva e hoje tudo isso mudou. Tudo isso transformou a gente. (João, 39, RO)

Por exemplo, questão dos EPI's. A gente sabe, a gente aprendeu no tempo da faculdade que a gente deve usar todos os EPI's como toucas, luvas, óculos, mas a gente, pelo menos assim, na minha realidade, tipo eu sempre usei. Mas eu via colegas, dividia plantões com colegas que eu via que assim, que não usavam touca. Às vezes usavam máscara, às vezes não usavam fardamento no setor como era pra usar. Então era protocolado, mas às vezes as pessoas não faziam isso. Não usavam, não seguiam à risca, mas agora a gente vê que tá seguindo. (Maria, 29, PI)

Os momentos de crise podem trazer crescimento. Construir novas realidades é possível por meio das interações e experiências vivenciadas (MAFFESOLI, 2012).

Isso pode ser percebido em um ponto interessante de se ressaltar. Os profissionais, por mais que se mostrem inseguros em relação a toda a vivência da COVID-19, vão se sentindo mais seguros dentro dos locais de atendimento, pelo uso dos equipamentos, do que fora dali:

É bem interessante é que assim, com o passar do tempo, minha equipe precisava de muito reforço. A gente trabalha com muito reforço. O que é o reforço? É o técnico de outro andar que vem suprir a equipe. E aí muitas vezes esse técnico, esse enfermeiro vinha desesperado. E eu falava: “Aqui você tá muito mais seguro do que em outro andar porque aqui você está protegido”. Você tá protegido, você tá paramentado, você tá orientado. A gente tem protocolos a seguir e nos outros andares a gente meio que relaxa na assistência. Porque é, né? Não tá com máscara devida e assim como é uma transmissão local, já é de todo canto, então você pode pegar. Então acaba que você tá mais seguro dentro do que fora. E aí eu tentava sempre conversar com a equipe nova que estava indo dar o reforço, uma ajuda. Falava: “Vamos ter calma porque num andar de isolamento a gente precisa ter muita cautela”. Se a gente não segue os protocolos, você não só se bota em risco, como você bota em risco a equipe inteira. Porque um deslize seu é um deslize da equipe inteira, não é? Então todo mundo se contamina e

aí a gente passou por isso algumas vezes. Mas eu comecei bem insegura e acabei bem segura, não querendo nem sair de lá. (Maria, 32, PE)

Por mais que os profissionais estejam sobrecarregados, cansados e doentes, busca-se manter a essência da enfermagem. Percebe-se que a humanização do cuidado e as tecnologias leves não são excluídas nesse momento de tantos afastamentos. Enfermeiros e enfermeiras reinventam sua prática, assumem responsabilidades, criam vínculos e buscam manter “próximos” usuários e familiares:

Nossa! Eu consigo modificar, eu consigo, é, influenciar a mudança do lugar onde eu estou. Então eu estou a beira leito, eu estou assumindo um paciente diretamente mesmo, na ponta. Então quando ele chega no CTI COVID eu que recebo ele, eu que admito, eu que planejo cuidado, eu que executo cuidado enquanto planejo. Dou início aos medicamentos, realizo higiene, eu acolho a angústia dele, o olhar dele de medo, eu pergunto. Então a minha contribuição ela é direta com o paciente, de proporcionar, por exemplo, de pegar um celular... ai, eu até arrepio de falar. (Choro, emoção). De pegar um celular de um paciente com 16 chamadas não atendidas e de perguntar pra ele se ele quer ligar pra família, ou se ele quer que eu ligue pra ele poder conversar naquele momento. E ainda, às vezes, da médica criticar, tipo assim, “Nossa, 16 chamadas, quê isso? “E aí tipo, dá vontade de falar assim, se toca minha filha. No sentido assim de que não tem psicólogo. Sou eu ou eu, entende? Ou é enfermagem ou é enfermagem. Então não tem como passar essa, essa contribuição pra outra pessoa. Então é.. Aí essas 16 chamadas eu me coloco no lugar dele por empatia. O quê que é um familiar que tá presenciando a chegada dele num pronto atendimento e que ele vai pro CTI e daí pra frente ninguém sabe o que vai acontecer. (João, 31, MG)

E eu percebi que como profissional eu precisava do meu processo pra tratar a doença. Como não existem, assim, protocolos bem definidos atualmente e os protocolos mudam muito rápido, eu percebi que como enfermeira eu deveria ter um processo de trabalho, uma assistência de trabalho que fosse totalmente focado pra COVID, mas levando em consideração cada perfil de paciente. Porque cada paciente é diferente e cada dia mais aparecem doentes com novas queixas. Então eu acho que esse processo foi dessa forma. Assim, eu acho que eu comecei a melhorar a minha assistência, quando eu comecei a olhar para os pacientes de forma individual. [...] Então a gente não pode esquecer do paciente que tá por trás da doença, sabe? Então eu comecei a ver a doença dessa forma, comecei a ver a pandemia dessa forma. (Maria, 26, PR)

Não, eu só acho que na minha área, que é a pediatria, o adulto ele é mais técnico. O adulto recebe o paciente na porta da emergência, o paciente às vezes já vem muito grave. Eu faço alguns plantões na emergência do Clínicas, assim, eu vejo os adultos chegando, parando, já parados, são intubados, vão pra UTI, vão pra hemodiálise, ok. É um fluxo, sabe? A pessoa tá trabalhando na linha de frente da COVID do adulto, a pessoa tá cansada realmente. Mas eles têm mais ou menos um fluxo contínuo. Nós da pediatria a gente tem um diferencial. Pelo menos aqui no Sul e nos maiores hospitais aqui no Sul, porque eu sei que alguns poucos ainda fazem, a gente além de ter o paciente suspeito, a gente recebe um familiar junto. Então assim, sempre que eu posso trazer isso, tipo, vão pensar assim, já tem o stress do paciente, porque o paciente cardíaco, que é o que tá vindo pra nós, o que a gente mais vê que é alteração cardiológica, é um paciente difícil, não é todo mundo que trabalha com cardíaca.

Assim já é um paciente que nos exige um pouco mais. Mas com todos os cuidados que tem pra fazer, tu não ficas só com um paciente. É uma escala de pacientes. Se tu tá na área Covid, provavelmente tu vais ficar, geralmente tu vais ficar com a área toda de Covid e só tu de enfermeiro. Então assim, tu acabas tendo mais um pouquinho de stress que é o familiar. Na nossa UTI, lá em março, quando se falou em Covid comigo, quando atendemos o paciente Covid, o quê que a gente fez? A gente, a nossa chefia, foi interessante que eu tava na sala com a minha chefe, chegou a chefia médica com os tablets, me mostrou os tablets assim sabe? Então tá na área covid e a gente vai fazer chamadas de vídeo coma a família tal dia? Não é possível! A gente fazer chamada de vídeo com a criança e o familiar? Eu disse, eu? E eu disse pra ela, se eu tiver que entrar no hospital e eu tiver que deixar minha filha na mão de quem eu nunca vi, eu vou chamar... a polícia é o de menos que eu chamaria, ia vir até o promotor, tudo pra cá. É direito pelo Estatuto da criança e do adolescente, e no Brasil, o Bolsonaro não colocou estado de pandemia. Então a gente não pode nem restringir o acesso. Aí depois, quando eu escrevi um documento sobre permanência de acompanhantes, realmente, o Ministério da Saúde não retira os acompanhantes de idosos, deficientes e crianças. Então assim, é o direito que a criança tem de ser acompanhada pelo pai, pela mãe ou seu responsável. Então assim a gente teve que montar todo um esquema de como é que a gente ia acolher esses familiares. Então assim, pensa, eu tenho um paciente, que ele chega e eu tenho que me preocupar com ele. Depois que eu faço toda assistência nele, que está lá bonitinho, intubado, eu me direciono à família, ou na mãe ou no pai, ou no responsável que tá lá na sala de espera. Eu pego essa pessoa, explico toda a situação, explico a área e a gente ensina a paramentar e desparamentar o tempo todo. Toda vez que ela entra e sai de onde ela tá, ela paramenta e desparamenta e a gente os trata como a gente trata os colegas. A nossa ideia é paramentar e desparamentar sempre em dupla. Pra aquele que tá fazendo a paramentação, o outro tá olhando onde é que tá o erro. Então a gente faz isso com a mãe também. Então tu imaginas, já tá naquela muvuca toda e com uma saidinha ali ou com uma idinha da mãe ali, tu já tens que ver como é que ela vai se arrancando, porque ela vai sair no corredor que tem crianças limpas também. Então assim a equipe tem que assumir risco. Foi muito legal porque a nossa equipe de enfermagem assumiu isso perante a equipe médica. Nós assumimos que a gente ia manter o familiar e que a gente ia garantir todo esse cuidado dele paramentar e desparamentar, um banheiro pra ele único, uma sala de refeição pra ele poder... porque ela no hospital serve café da manhã, almoço e jantar. Então eles têm uma sala só pra isso. Então assim, é uma experiência, que no adulto não tem. No atual momento, o adulto fica desacompanhado dentro da UTI. A gente mantém o familiar. Interessante que eu te disse que ficou o primeiro COVID, que é o menino de 9 anos. Ele ficou em torno de 50 dias internado e sempre foi combinado com a mãe que se ela gripasse, se ela ficasse gripada, ela iria coletar COVID e ela iria pra casa. Se ela não se gripasse, não tivesse sintomas gripais, não precisaria coletar. Então ela nunca coletou. Quando ele teve alta do hospital, depois de uns quase 60 dias, a cidade dela, o município dela, quis coletar. Aí ela me mandou, eu fiz um... acabei fazendo um vínculo bem legal coma família. Ela me mandou resultado do exame dela, inclusive IGG negativo. Então assim, tudo que a gente fez, no paramentar e desparamentar e cuidar, tem uma prova aí que dá certo, entendeu? (Maria, 41, RS)

Os relatos apresentados mostram que os colaboradores mostram que cada setor e cada usuário tem suas particularidades. A partir desse reconhecimento é possível buscar formas de humanizar e tornar o processo do adoecimento mais leve. Ressalta-se a importância do

profissional desejar atuar dessa forma e fazer a diferença no local onde atua e na vida das pessoas que assiste.

Estudos mostram que a utilização de tecnologias leves pode ser um diferencial no cuidado a pacientes com COVID-19. Tendo em vista as múltiplas necessidades desses pacientes, ao buscar uma prática que favoreça o diálogo com os familiares e uma comunicação empática e terapêutica com os usuários, os profissionais estarão promovendo uma assistência mais integral (OLIVEIRA *et al.*, 2021).

De uma maneira geral o cenário da COVID-19 modifica o trabalho de enfermeiros e enfermeiras. A forma de cuidar, bem como as pessoas que estão ali na linha de frente, precisam mudar diante de estruturas modificadas, públicos também diferentes pelo medo e ansiedade presentes, protocolos novos e falta de apoio ao trabalhador.

Por todo o contexto relatado, percebe-se que a pandemia traz revelações para os profissionais de enfermagem e para a sociedade. Não que as fragilidades evidenciadas agora não fossem percebidas antes pelos profissionais da saúde, mas é preciso deixar que as mesmas apareçam, evidenciá-las e lutar por melhorias.

Perante tantas incertezas, uma certeza é real: essa tribo de profissionais que compartilha sobrecarga, amor pela profissão, desafios, emoções e sentimentos precisa ser reconhecida e valorizada da forma que merece pela complexidade e seriedade do trabalho desenvolvido.

### 5.3.3 O processo de cuidar imbricado da personalidade do enfermeiro

A palavra enfermeiro ou enfermeira já nos remete à identidade criada, normalmente ligada às funções e modo de atuação desse profissional. Dificilmente é falado sobre a pessoa que exerce essa profissão e suas características.

Ao compreender que não é possível dissociar o trabalho do enfermeiro das suas vivências pessoais, e vice-versa, a presente subcategoria tem como objetivo ressaltar as questões pessoais envolvidas no processo de cuidar realizado por esse profissional durante o enfrentamento da COVID-19.

Enquanto pessoas, independente da profissão, classe social ou preferência religiosa, não tivemos a opção de escolher ou não vivenciar essa pandemia. E assim também aconteceu com os profissionais da enfermagem. Mais do que nunca esses eram chamados ao dever de cuidar. Estando seguros ou não, felizes ou não, ali estavam eles prestando assistência e tentando dar uma cara mais positiva, digna e ética a todo o cenário.



Por meio das narrativas é possível observar que desde a vivência do contágio pela COVID-19 até a assistência direta prestada ao paciente, há sempre a presença do ser humano enfermeiro, carregado de valores.

A missão de cuidar mostra-se presente no cotidiano dos enfermeiros. Apesar de todas as dificuldades e desafios existe satisfação em participar desse momento:

Mas mesmo assim eu também acho muito gratificante quando a gente, por exemplo, o paciente para e a gente consegue trazer ele de volta, quando a gente consegue extubar um paciente de COVID, quando a gente consegue entregar pra ele aquela plaquinha de “eu venci a COVID”. Eu já perdi a conta de quantas vezes eu chorei no plantão, vendo tipo, o quanto, é gratificante isso, sabe, o quanto assim, se a gente for botar na balança o quanto foi bom eu não ter desistido, o quanto foi importante eu ter continuado, o quanto eu ajudei a salvar uma vida de uma pessoa que eu nunca vi na vida e o quanto foi bom ver a família recebendo aquele familiar. (Maria, 29, PI)

Mas realmente pra gente, e eu digo por mim e eu trazia isso pros meus colaboradores que estavam assustados, e eu falava pra eles: “Que bom que eu tô aqui. Pro paciente eu vou fazer a diferença!”. E eu falava pra minha equipe técnica: “Vocês estudaram, vocês sabem, vocês têm conhecimento, então bora salvar vidas. É pra isso que a gente tá aqui”. [...] Eu acho que eu consegui assim, nas pessoas que eu alcancei, eu falo de colaboradores, eu falo de colegas de trabalho, eu falo de pacientes, eu acho que eu posso ter feito a diferença. (Maria, 30, MA)

Então assim, no começo, o que me aflige como enfermeira, em época de pandemia ou não, é saber com que tipo de paciente eu tô lidando, o quê que pode acontecer com aquele paciente dentro daquele diagnóstico que a gente tem. E realmente viver uma pandemia é um privilégio porque, assim, é histórico de certa forma. Mas é angustiante porque você como profissional, você não sabe o quê que pode acontecer, o limite daquele paciente. Então tudo pode acontecer. [...] Então assim, é difícil determinar, mas é surreal viver esse período histórico porque acho que no país da gente, a gente não é acostumado nem com pandemia, nem com desastres naturais extensos. Então a gente não tá acostumado com essas doenças de grande escala. Então, é bem, é viver um estudo né? Como se você tivesse vivendo uma coisa que você estudou na faculdade. (Maria, 32, PE)

Eu vinha no final de semana porque eu queria mesmo. Tinha muita demanda, tinha necessidade. Eu também me disponibilizava e queria. Então eu tava trabalhando de manhã, de tarde e de noite. Só ia pra casa pra dormir. Chegava no hospital, ficava o dia inteiro e só saía 10 horas da noite, às vezes 11, meia noite. Trabalhando porque era o que eu sabia fazer e era o que eu queria fazer no sentido de me sentir útil, de ajudar, de preencher o tempo. (João, 30, AL)

Atuar na pandemia, para os colaboradores, é mais do que exercer uma profissão, mas se sentir útil, ficar feliz com os resultados positivos da assistência que prestou, fazer a diferença na vida do outro e contribuir para esse momento histórico e importante como profissional e como ser humano.

Enfermeiros e enfermeiras identificaram-se com sentimentos dos pacientes e familiares, sofreram juntos e puderam mostrar a singularidade da sua assistência. É o cotidiano construindo a prática desses profissionais (MAFFESOLI, 2010; MAFFESOLI, 2012).

Essa identificação observada fez com que os enfermeiros somassem seus valores à sua prática. Cada um, a seu modo, passa a enxergar o enfrentamento da pandemia de uma forma. Alguns defendem a assistência que é prestada, compram brigas, refletem sobre o trabalho e a vida, se envolvem com a equipe, enxergam limitações e potencialidades, ressignificam a enfermagem e veem a COVID-19 além dos números:

Eu acho assim que a pandemia, ela mostrou pra gente o quanto nós somos vulneráveis, né? Essa questão aí exacerbou assim o que é ter outras coisas mais importantes pra gente prestar atenção. Então acho que deu pra perceber os nossos medos, mesmo você como profissional de saúde tem medo de se infectar, de passar isso pra família. Aquela situação do profissional de saúde ser super-herói, não é bem assim. Nós não somos super-heróis, nós também somos vulneráveis e o maior medo dos profissionais de saúde, eu acredito, é você passar isso pros seus familiares, pros seus entes queridos, né? Eu acho que isso ficou bem claro pra mim nesse momento da pandemia. (João, 39, AM)

Eu acho interessante é, a gente pontuar as duas visões do profissional né? Daquilo que a gente conversou no começo que é o profissional, o ser humano enfermeiro enquanto profissional e ele enquanto pessoa normal né? Essa insegurança que a gente teve. A gente tem que valorizar muito todos os profissionais. Não só da enfermagem, mas todos os profissionais que trabalharam na linha de frente, que é essa guerra interna de viver um... não pode se dizer inesperado, mas uma situação que gente não tinha controle. Como é que eu posso usar uma palavra... que a gente desconhecia né? Viver um desconhecido, mas encarar aquilo ali com a garra e o profissionalismo, entendeu? De você passar por cima do seu eu, da sua família. O ser humano ele é muito programado assim, você primeiro. Sempre você exerce o cuidado com o outro enquanto você está ok. Você está bem consigo, os seus estão bem, então você consegue exercer melhor o seu cuidado ao outro. (Maria, 32, PE)

Vem um sentimento de, é, de sempre pensar no outro, sabe? Assim, eu tenho isso muito forte em mim. Eu sempre penso no que eu posso fazer de melhor pro outro, pro meu paciente, pra minha vizinha que nunca mais eu vi. E assim, ela é uma idosa, sabe? Então é bem difícil (emocionou-se). Mas vou até te pedir desculpas. Mas a pessoa não tem muito isso, né? De pensar no outro, se colocar no lugar do outro. Da fragilidade do outro, que o outro não consegue fazer aquilo pro outro. A gente também acha que é super-herói, mas no fundo, no fundo, nem é. Então a impressão que eu tive foi essa de precisar muito cuidar do outro pra que a gente tenha essa sensação de que o outro também tá seguro né? Então é basicamente isso. [...] Mas, enfim, meio que nós temos limites, sabe. A gente tem um limite e quando a gente não consegue fazer com que ele suba todos os degraus, tá tudo bem também né? "Mas principalmente entender essa questão do conhecimento aplicado à prática de forma individual. Cada paciente é um indivíduo, ele tem uma necessidade, ele tem uma meta por dia a ser alcançada. Eu acho que eu gostaria sim de acrescentar a questão da importância do cuidado do ser humano. Assim, do cuidado do enfermeiro na terapia intensiva. Se falou muito em ventilação mecânica né? Tipo a gente tem tantos ventiladores e tá tudo bem. Não. Não está tudo bem. O principal ainda é o profissional, é o ser humano, é o indivíduo, é o

cuidado propriamente dito e quem tá diretamente ligado a esse paciente. Realmente é uma equipe multidisciplinar intensa, está o tempo todo com cuidado com o paciente, mas que cada um faz seu papel. Mas o enfermeiro, sabe, a equipe de enfermagem propriamente dita, ela tem um papel muito acima de qualquer hierarquia, acima de qualquer coisa, ela tá lá o tempo todo, tá vivenciando também as dificuldades, as alegrias, as perdas, as saídas com saúde dos pacientes. Eu acho que isso é importante: valorizar a nossa profissão acima de qualquer coisa. (Maria, 43, DF)

Mas a COVID, pra mim hoje ele é... eu fico pensando assim, quando as pessoas falam de números né? São não sei quantos. Não, pra mim é cada pessoa, é cada um e acho que mais por ter vivido isso na minha família. Foi muito pesado e tá sendo ainda a perda da minha mãe. A gente tem tentado, eu tenho tentado ouvir e conversar. [...] Às vezes só da pessoa saber que é positiva, ela já... o comportamento muda e ela já começa a sentir um pouco mais até dos sintomas. A gente não sabe até que ponto é real não, mas eu tenho tentado dar conforto. (Maria, 41, ES)

Hoje vejo que nossa vida não tem valor. A pandemia de COVID-19 ressaltou de maneira comovente o papel essencial que enfermeiras e outros profissionais de saúde desempenham para proteger a saúde das pessoas e salvar vidas. Eu contribuí com meu serviço e minhas experiências. (Maria, 41, TO)

Apesar da enfermagem ser uma profissão direcionada por técnicas, prescrições e protocolos, não se pode dissociar a mesma do cuidado, do lado humano, e de toda a relação emocional e afetiva que existe entre os profissionais e entre os profissionais e pacientes. Nesse sentido, os meios racionais abrem espaço ou andam juntos com a subjetividade e situações antes não observadas.

Os colaboradores, mesmo diante de angústias e sofrimentos, conseguem refletir sobre a valorização da profissão, sobre as limitações que possuem e sobre evoluir enquanto pessoas.

O processo de viver e adoecer impõem diferentes identidades aos profissionais no cotidiano do cuidado. Maffesoli nos direciona para a atenção com singularidade, sensibilidade e reconhecimento do ser humano em todas as suas dimensões (NITSCHKE *et al.*, 2017).

A socialidade ou esse estar junto na pandemia (MAFFESOLI, 2012), por mais que nem sempre seja de a vontade do enfermeiro estar ali, proporciona a vivência de situações e sentimentos que afetam a vida das pessoas. Os próprios conflitos, divergências de opiniões e ações trazem a singularidade do momento.

De acordo com Nitschke e colaboradores (2017):

A razão sensível tem dado sustentação para o cuidado sensível, isto é, sublinhando a importância do toque, do olhar, dos aromas, dos sabores, dos sons. Assim, a noção ética da estética, recuperando a essência da estética, ou seja, o sentir junto, subsidia-nos nas questões de humanização, que hoje se colocam, inclusive, como política de saúde. Além disso, também contribuí para o trabalho multiprofissional e interdisciplinar, contemplando a solidariedade orgânica, o querer estar

junto, ou seja, indo além do instituído, da solidariedade mecânica, expresso pelo ter que estar junto. (Nitschke *et al.*, 2017. p.8).

O olhar e vivência dos enfermeiros traz um novo significado à pandemia da COVID-19. Busca-se valorizar o pessoal e não somente a caracterização de uma doença. Percebe-se que não se pode reduzir a pandemia a tratamentos e vacinas. O lado humano do profissional enfermeiro, muitas vezes esquecido, aparece fortemente mostrando a importância de se falar sobre o tema. Momentos antes considerados insignificantes ganham magnitude.

A vida social, já tratada na primeira categoria desse estudo com as atividades que as pessoas costumavam fazer também sofre modificações:

Encontrei até uma forma de conversar um pouco com os amigos nesse momento. Um outro dia me propôs beber por skipe e uma amiga que estava precisando, passando por uma situação difícil propôs vir até a porta da minha casa. Minha casa tem grade. Ela falou: eu fico no carro do lado de fora e você fica do lado de dentro da grade. A gente bebeu um vinho, ela desabafou, deu super certo. (Maria, 36, MG)

Na verdade, inicialmente foi um momento assustador, né? A gente tá vivendo um isolamento total e uma transformação que fez com que na verdade nós saíssemos em alguns aspectos da zona de conforto. Por exemplo, trabalhar aulas remotas, é algo inovador. Tem que pelo menos... tive que estudar várias plataformas pra conseguir me adequar e ainda estou em processo de adaptação. Trabalho na docência também. Ao mesmo tempo transformar ambientes da casa pra que a gente conseguisse conduzir tudo isso. Aula dos filhos em casa, na verdade muda um cenário em casa e é muito difícil porque assim, minha esposa é docente também. Então precisa ter o ambiente dela, ter o meu e as aulas acontecem ao mesmo tempo. [...] Ir ao mercado é algo de totalmente readaptar porque quantas vezes entrava no carro, chegava próximo ao mercado e falava: “Meu Deus, esqueci minha máscara”. Tinha que voltar em casa. Hoje já estou mantendo dentro do carro porque estava sendo comum esquecer. Então já tô mantendo a caixa dentro do carro pra num momento que acaba esquecendo ter por onde se retomar. [...] Cara, mudou bastante porque eu e minha esposa somos muito caseiros. Então a gente recebe mais amigos em casa. [...] Mudou realmente. Em casa é só a gente. Não tem como fazer o nosso churrasco, a nossa reunião de amigos, discutir ideias, planejar alguma coisa em termos de negócio. Então tudo isso acabou mudando um pouquinho a nossa vida. (João, 39, RO)

Essas questões assim me assombram atualmente. Então, por morar sozinho, acaba que existe um distanciamento dos amigos mesmo. Os encontros sociais, isso tudo mudou. Já tem uns 4 meses que eu nem encontro meus amigos, que eu não promovo encontros sociais em casa, eu não vou na casa deles. Isso influenciou bastante. A questão de fazer as compras, eu me adapto né, quanto à pandemia. Mas procuro assim, somente comprar o necessário e eu me encontro comigo mesmo. Tipo assim, sou eu comigo dentro de casa. Não tem um cinema, não tem um shopping, não tem barzinho que posso ir, uma viagem. Por exemplo, agora eu vou estar de férias, não tem como planejar uma viagem. Então é uma exposição total de mim comigo mesmo. Tem sido desafiador, tem sido... Acho que veio a calhar numa época de vida de construção de identidade mesmo, de maturidade, de evolução. Veio como se fosse assim, eu consigo

ser otimista, preciso ser, inclusive. De entender pandemia como uma oportunidade de encontrar comigo. (João, 31, MG)

E agora tudo limitado. Então eventualmente eu saio de bicicleta com eles de máscara, eles se adaptaram bem. Mas a gente não pode ir na praia porque tá proibido, a gente não pode ir no parquinho, no shopping, em nenhum lugar assim. Então tá bem complicado. Estressante, né? Porque a gente se sente presa em casa, principalmente eles que têm toda energia do mundo, né? É um pouco frustrante, mas ao mesmo tempo vem aquele senso de coletividade porque a gente sabe que está acontecendo de uma forma geral, pra todo mundo. Então não somos só nós que estamos passando por isso. Todas as pessoas estão e é até egoísmo da nossa parte achar que está ruim pra nós. Tá ruim pra todo mundo. Pra nós tá bom. Ainda temos condições de viver bem, temos emprego, tem tudo né? Então é mais ou menos assim. (Maria, 36, SC)

Nota-se que os colaboradores passam a ficar no domicílio quando não estão trabalhando e acabam adaptando tanto o ambiente quanto as demais atividades que realizam, sejam elas laborais ou de lazer. As formas de encontro são reinventadas e dessa forma o estar junto (MAFFESOLI, 2012). Na intenção de se pensar na coletividade mudam-se os espaços, a forma de fazer compras, as atividades para aliviar o estresse do trabalho e até mesmo o estar consigo mesmo.

Percebe-se que a internet foi um recurso disponível durante a pandemia que contribuiu para o desenvolvimento de diversas “tribos”. Em casa, as pessoas utilizavam desse recurso para realizar encontros e compartilhar atividades que gostavam (INCERTI; CÂNDIDO, 2020).

Analisar a atual vivência da pandemia por meio das ideias de Maffesoli é considerar que nesse momento várias questões já postas e aceitas culturalmente começam a ser testadas e/ou modificadas. Percebe-se que além de uma macroestrutura que estava construída com base no materialismo e no economicismo começa a aparecer uma microestrutura demasiadamente relevante caracterizada pela troca, pela partilha, por valores culturais e espirituais que parecia escondida (INCERTI; CÂNDIDO, 2020). A socialidade aparece principalmente no sentido do prazer pelo encontro (BARROS, 2011).

De uma maneira geral, conhecer sobre o contexto de vida pessoal dos colaboradores e forma de trabalho dos mesmos possibilita o reconhecimento de pessoas com uma vida extra enfermagem, que valorizam as relações, mas que levam reflexos dessa vida para o papel de enfermeiro e vice-versa.

À medida que as coisas iam acontecendo e a pandemia evoluindo, mudava-se também a prática e a vida de enfermeiros e enfermeiras da linha de frente da COVID-19. Foi preciso ressignificar o cuidado de si e do outro, olhar de forma diferente e para várias direções, aprender a conviver de outras formas. Tudo isso, sem perder o lado afetivo e a essência do cuidar.

Por mais que não pareça ou apareça, por trás de um jaleco branco ou um uniforme de instituição de saúde, existe alguém que sente, chora, sorri; que pensa nos outros e muito pouco em si; que tem fragilidades, dias bons e ruins; que é passível de adoecer e morrer e vive além da profissão...ou pelo menos tenta. E quem sabe, agora com a vivência da pandemia da COVID-19, refletirá mais sobre seus desejos e sua vida pessoal.

#### **5.4 O que ainda temos a vivenciar: expectativas, fim, recomeço?**

Já vivenciamos a pandemia da COVID-19 há mais de dois anos e muitas incertezas continuam. Durante a coleta dos dados e realização das entrevistas desse trabalho, alguns colaboradores já vivenciavam em seu local de trabalho uma diminuição do número de casos e acreditavam que a pandemia pudesse estar terminando. Entretanto, o que acontece na atualidade é a manutenção de um número considerável de pessoas doentes e novos casos. Hoje, dia 16 de janeiro de 2022, por exemplo, foram registrados 10.055 novos casos no Brasil e 233 novos óbitos de uma variante denominada de Omicron, que iniciou sua atividade há pouco mais de dois meses no mundo (BRASIL, 2021c).

Essa variante do vírus SARS-CoV-2 foi identificada na África do Sul e possui como característica a alta transmissibilidade e um número de aproximadamente 50 mutações. Em relação à gravidade das pessoas infectadas os dados epidemiológicos mostram que são menores e isso provavelmente acontece naquelas que já possuem uma imunidade prévia contra a COVID-19, seja pela vacinação ou pelo adoecimento prévio. Não se pode dizer que o vírus é fraco (PODCAST, 2021; PASTERNAK, 2022).

Dessa forma ainda não estamos na fase pós pandemia, mas algumas expectativas já existem em relação ao que ainda temos a vivenciar. Nota-se que essa experiência traz diferentes impressões para cada pessoa e interfere na maneira como enxergam esse momento e o futuro. A presente categoria tem como objetivo apresentá-las.

Na opinião dos colaboradores, a tecnologia veio somar como ferramenta de trabalho e estudos:

Pra mim mudou também sobre as videoconferências e pra mim isso foi uma coisa positiva. É como a gente fala, em uma reunião presencial a gente perde muito mais tempo do que num vídeo. Acabou que no vídeo nós somos mais objetivos. Eu percebi um ganho maior. Hoje a gente começa a ter uma vida normal de novo, aos poucos, mas a gente ainda tá aderindo a vídeo, reuniões por vídeo, na sua grande maioria, ainda que a gente tenha voltado aos poucos pro hospital. (Maria, 30, MA)

Antes a gente pra ter algumas qualificações a gente tinha que participar de congressos, tinha muitas vezes que viajar pra outras cidades, outros Estados. E assim, eu acho que a pandemia também trouxe uma democratização da informação. Então eu tenho participado assim de várias lives, de vários congressos online, com pessoas renomadas do mundo inteiro, de forma gratuita e acessível, bastando ter internet. (João, 42, MG, A)

A tecnologia pôde otimizar o fluxo de informação, aproximar as pessoas mesmo que virtualmente e facilitar o acesso a congressos e informações antes mais difíceis pela necessidade de deslocamentos e custos. A objetividade conferida a esse tipo de uso da tecnologia tende a permanecer mesmo com a diminuição do número de casos de COVID-19 desejada.

Além do uso da internet, citado no depoimento do colaborador, Schuelter-Trevisol e colaboradores (2020) mencionam que parcerias entre universidades e os municípios têm surtido efeito positivo na vigilância e controle da pandemia por meio da tomada de decisões pautadas em evidências científicas.

Além disso muitos enxergam esse momento da pandemia como um tempo de contribuições e construções pessoais e profissionais. Nada de ano perdido. A palavra é transformação:

Então, assim, o quê que eu não sei assim como ficaremos, como seremos de agora pra frente. Mas eu acredito que a gente tem que valorizar um pouco mais assim o familiar, que a gente tenha que ficar um pouco mais próximo. Eu acho que a gente fica muitas horas fora de casa, muitas vezes a gente não dá atenção necessária. Às vezes a gente fica um pouco sem paciência também, a gente esquece um pouco de cuidar da gente. Então assim, aprender a valorizar mais as pequenas coisas que a gente tem no dia a dia e de repente com tudo isso é muito suprimido. Então assim, pode se desenvolver em uma pessoa melhor. Acho que a própria disseminação do vírus não acometeu só o nível social. Então eu acho que a gente precisa olhar diferente também pras pessoas, pras outras pessoas. Então tem vários aprendizados que a gente tem que tirar daí. Mas eu acho que dentro da instituição a gente trabalha muito com foco de prevenção de infecções aqui dentro, e eu acho que a gente precisa efetivamente trabalhar mais efetivamente alguns processos de modo a gente fazer a manutenção de um cuidado mais apurado. Então eu acho que o aprendizado ele é em todas as áreas. Então, é isso. (Maria, 46, MT)

As mudanças produzidas pela pandemia, seja na vida de trabalho ou na vida social, fizeram com que as pessoas pudessem repensar a vida de todo dia. A pergunta é: de que maneira eu vivia antes, com quais valores, e como quero conduzir de agora em diante? Percebe-se que as pessoas passam a refletir mais sobre o que de fato faz sentido. Ao perder entes queridos, amigos de trabalho e até mesmo os pacientes; ao ter que ficar longe de alguém querido por ser

profissional de saúde, ou pelo fato da pessoa estar doente, ou simplesmente pelo fato de ter sido determinado o lockdown na cidade faz com que cada um sinta falta de algo que nem fosse tão valorizado antes.

O modo de vida existente até aqui, que tantas vezes impunha ações baseadas na modernidade e busca do lucro passa a dar espaço, mesmo que de forma sutil, a valores de partilha, culturais e espirituais (INCERTI; CÂNDIDO, 2020). Nota-se assim a construção da vida cotidiana, dia após dia, com interferências ligadas ao modo de ser, agir e interagir das pessoas (MAFFESOLI, 2001; MAFFESOLI, 2010).

Outra situação que foi modificada ao longo da pandemia e que gera incertezas é o fluxo dos serviços de saúde. Os colaboradores do estudo têm dúvidas sobre como as unidades irão funcionar, sobre qual público será atendido e até mesmo quais as sequelas poderão existir de todo esse processo:

Bem, eu acho que de certa forma eu contribuí pro desenvolvimento das pessoas. Melhorou muito a relação, a gente se ouve mais. Nós sempre tivemos uma abordagem muito aberta com os nossos funcionários aqui na nossa UTI e durante a pandemia a gente precisou ouvir muito mais eles porque a gente percebia o quanto eles têm sofrido. Eu vejo minha contribuição a nível individual, mas que traz impactos somados com outras pessoas. [...] Eu me preocupo muito com como as pessoas vão ficar após pandemia. Eu tenho muita preocupação nesse sentido. Eu olho muito pra minha equipe hoje em dia, como eles estão e quando passar tudo isso o impacto que vai ter. Isso é uma coisa que me incomoda. Eu sempre fico pensando o que vai ser de nós depois que passar. Eu vejo que nós vamos ter muita melhoria, porque inclusive nosso trabalho teve bastante melhoria por conta da COVID. Então vamos ter pontos positivos, mas me preocupa alguns aspectos negativos que nós vamos ter nas pessoas e como as pessoas lidaram com isso e vão ter as marcas disso. Eu tenho uma preocupação pós pandemia com as pessoas. (João, 31, SP)

Até então a gente não tava sofrendo com aglomerações e agora a gente voltou a sofrer com aglomerações porque a população tá voltando a consultar normalmente e a gente percebe que os pacientes COVID que já eram em grande número desde julho estão ficando em grande número até agora. Mas além disso as queixas comuns de saúde estão voltando. Dor de cabeça dor de barriga. Então a estrutura em si é um processo difícil. A gente tem muita dificuldade ainda de lidar com a estrutura, falta de isolamento. (Maria, 26, PR) Ver se esse já apareceu

Foi muito duro, é muito duro ainda viver tudo isso. Eu não queria jamais passar por isso. A gente já tem recebido os pacientes sequelados, ou seja, as pessoas que já se curaram da COVID, mas que ficaram com sequelas e precisam das especialidades. (João, 30, AL)

E se tínhamos essa dificuldade imagine a demanda reprimida. Eu fico pensando às vezes assim: quando tudo passar, o quanto de demanda reprimida nós vamos ter pra dar conta. Eu acho que a gente vai precisar de uns 5 anos pra dar conta dessa demanda reprimida, do que está aí nesse meio tempo de pandemia. (Maria, 40, PB)



Os profissionais de saúde se preocupam com os reflexos que a pandemia poderá causar em todos os sentidos, ou seja, nas condições físicas ou biológicas propriamente ditas, e no âmbito econômico, político e social. De toda forma, a área de saúde será afetada por modificações em todos esses campos.

Entende-se que as patologias existentes anteriormente permanecem, junta-se a elas a COVID-19, com suas sequelas em um contexto de incertezas, com aumento de necessidades e demandas entre as pessoas. É notável que a tentativa de voltar à “normalidade” dos serviços será permeada por desafios e pela necessidade de planejar, mudar e adaptar. Até então o sistema de saúde não se encontra preparado para assumir tais desafios, o que pode significar mais sobrecarga aos profissionais.

Diante de tais desafios e no anseio pelo término da pandemia, as expectativas dos colaboradores do estudo giram em torno da produção de vacina contra a COVID-19, da valorização da enfermagem e do alcance de melhores condições de trabalho para essa classe.

No período em que ocorreu a coleta de dados desta pesquisa, a vacinação ainda não havia sido iniciada e os colaboradores não haviam se vacinado ainda. Os depoimentos apresentados a seguir mostram a esperança de amenizar a crise por meio da vacinação:

A gente, a impressão é de que a vacina seja mesmo um momento de um momento de festa né? A vacina será tipo um momento de esperança, entende? (Maria, 31, MG)

Eu rezo porque eu tenho 3 anos de casada e ficam me cobrando criança e eu falo o plano era pro final desse ano, mas agora vamos esperar vacina, pensar direito, não dá (risos). Eu falo você tem a vacina aí no bolso? Se tiver me dá que a gente conversa. Eu tô aqui. Então, mas pra família não é mais tão nova (risos) (Maria, 30, MA)

Mas ainda é uma incógnita. A gente não sabe o que vai ser disso depois, tá demorando muito a passar. A gente imaginava que seria uma coisa muito mais rápida né? Que iria morrer, mas que a gente ia sair disso logo. Espero que tenha uma vacina logo, uma vacina eficaz que a gente possa voltar a ter pelo menos um pouquinho da vida que a gente tinha antes. Não sei se vai ser. Acho que vai ser um normal diferente. (Maria, 41, ES)

Observa-se que os planos das pessoas passam a ter a inclusão da vacina na busca de que a vida volte a ser pelo menos um pouco do que era antes. É preciso garantir em primeiro lugar a saúde para depois planejar outras ações.

O ano de 2020 foi marcado pela intensa produção da vacina, inúmeros estudos e testes e em 17 de janeiro de 2021 foi autorizada a utilização emergencial de duas vacinas no Brasil.

Atualmente nota-se uma redução considerável do número de casos graves e mortes em virtude da vacinação (CASTRO, 2021). Os números atuais sobre a vacinação, registrados em 28 de janeiro de 2022, mostram que já foram aplicadas 352.047.311 doses de vacina e que o Brasil ocupa o quarto lugar no ranking de cobertura da população com 70,7% apresentando o esquema completo (BRASIL, 2021c).

Vale ressaltar que a primeira pessoa vacinada no país em 17 de janeiro de 2021 foi uma enfermeira residente em Itaquera, São Paulo. A mesma foi escolhida pelo fato de atuar na linha de frente da pandemia com determinação e também por apresentar comorbidades como hipertensão e diabetes (BADDINI; FERNANDES, 2021).

Apesar disso, dificuldades são enfrentadas para a vacinação de toda a população. Entre essas pode-se citar fragilidades na condução de todo o processo pelo governo federal, como a falta de um planejamento adequado, o número insuficiente de insumos e recursos humanos para tal finalidade, a postura anti-vacina do presidente da república e ainda a resistência de parte da população (CASTRO, 2021).

Ainda nesse contexto, a vacinação de crianças e adolescentes tem sido um assunto bastante discutido. A população mostra-se insegura pelo menor risco de adoecimento dessa faixa etária e ainda pela veiculação de fakenews a respeito de efeitos colaterais graves (LIMA; FARIA; KFOURI, 2021). O próprio governo federal abriu em dezembro de 2021 uma consulta pública sobre a vacinação de crianças de 5 a 11 anos contra COVID-19. A fala do então Ministro da Saúde, Marcelo Queiroga, refere que essa iniciativa do governo simboliza a transparência da gestão, o anseio pela segurança desse público e a busca de se estabelecer um diálogo e a participação da população no processo de enfrentamento da COVID-19 (BRASIL, 2021h).

Mais uma vez o governo realizou uma ação que buscava mascarar a dominação (MAFFESOLI, 1978) existente, insistiu em negar a ciência e os resultados apresentados nos boletins epidemiológicos nacionais e internacionais.

É válida a gestão participativa no SUS, mas essa não é uma tarefa simples. Constitui-se em um desafio visto que é necessário adotar práticas inovadoras que consigam de fato efetivar a participação popular (VIEGAS; PENNA, 2013).

Mais uma vez o governo realizou uma ação que buscava mascarar o objetivo real dessa ação, de não favorecer a vacinação das crianças por ideias e conceitos próprios e insistiu em negar a ciência e os resultados apresentados nos boletins epidemiológicos nacionais e internacionais. A dominação da forma como é pretendida não respeita a individualidade e a gestão pública que deve existir (MAFFESOLI, 1978).

Entretanto, estudos mostram que esse público não está livre de adoecer e nem mesmo de adquirir formas graves da doença. Dessa maneira orienta-se a realização da vacina e o acompanhamento de possíveis eventos adversos (LIMA; FARIA; KFOURI, 2021). O resultado da consulta pública mostrou que a população foi a favor da vacinação, inclusive sem a necessidade de apresentação de prescrição médica para a mesma e em janeiro de 2022 foi iniciada a imunização desse público no país (PINHEIRO, 2022).

Espera-se ainda, que a vivência da COVID-19 seja entendida como um momento de busca de valorização da enfermagem e seu valor científico e o que se espera é que o reconhecimento de fato aconteça:

E uma coisa que é muito bacana é o quão enfermeiros especiais nós temos no Brasil, né? Que mudou a sua forma de pensar e de contribuir com o país através de lives, aulas remotas, aulas abertas. [...] Eu acho que não é diferente para os nossos colegas Brasil afora. Eu acho que essa pandemia ela vai deixar, está deixando um legado muito grande que é mostrar que nós enfermeiros fazemos a diferença. Então isso já é algo muito gratificante, muito. Fazer a diferença de que forma? Na educação, na gestão, na gestão da assistência, na gestão organizacional e em vários aspectos. Na pesquisa também. (João, 39, RO)

Então eu tive chance de dizer sobre quem é o enfermeiro, quem é a equipe de enfermagem e o que nós fazemos. Então eu posso pensar que eu contribuí pra conscientização e valorização da equipe, que é uma coisa que a gente tem buscado há muito tempo. Que na pandemia se nos tornamos evidentes, me preocupa se nos manteremos assim. Mas as minhas contribuições são a partir dessa perspectiva. (João, 31, SP)

Eu acho que eu gostaria sim de acrescentar a questão da importância do cuidado do ser humano. Assim, do cuidado do enfermeiro na terapia intensiva. Se falou muito em ventilação mecânica né? Tipo a gente tem tantos ventiladores e tá tudo bem. Não. Não está tudo bem. O principal ainda é o profissional, é o ser humano, é o indivíduo, é o cuidado propriamente dito e quem tá diretamente ligado a esse paciente. Realmente é uma equipe multidisciplinar intensa, está o tempo todo com cuidado com o paciente, mas que cada um faz seu papel. Mas o enfermeiro, sabe, a equipe de enfermagem propriamente dita, ela tem um papel muito acima de qualquer hierarquia, acima de qualquer coisa, ela tá lá o tempo todo, tá vivenciando também as dificuldades, as alegrias, as perdas, as saídas com saúde dos pacientes. Eu acho que isso é importante: valorizar a nossa profissão acima de qualquer coisa. (Maria, 43, DF)

Pôde-se perceber que os enfermeiros assumem seu papel na avaliação individualizada dos pacientes, de capacitação da equipe e na tomada de decisões em prol da humanização da assistência.

De acordo com David e colaboradores (2021) são impostas à enfermagem muitas responsabilidades no sistema de saúde e fora dele, principalmente no que tange às lutas e

disputas por interesses. Ressaltam a necessidade de um olhar diferenciado para esse cenário para que essa equipe seja reconhecida e cuidada e não apenas colocada como anjos que doam sua vida completamente aos outros.

Os enfermeiros, na sua grande maioria rotulados de ajudantes de médicos ou aqueles que arrumam o quarto e levam medicação, resignificam a profissão nesse período pandêmico. Muda-se a caracterização das atividades triviais, com o conhecimento ou reconhecimento do seu papel pela sociedade e pelos próprios enfermeiros. Podemos dizer que esse profissional começa a buscar a sua completude? Não sei, mas novas dimensões passam a ser visualizadas e ações diferentes são possíveis, diferente do que acontecia antes.

O que os profissionais desejam é que a notoriedade adquirida pela enfermagem nesse momento, seja pelo cuidado prestado ou pelo adoecimento e falta desses na assistência, seja transformada em ações reais que modifiquem o contexto de sobrecarga, desvalorização e não visualização que se arrasta ao longo de toda história da profissão. Muito além da estrutura de saúde que aparece estão as pessoas que prestam o cuidado e que merecem ser enxergadas.

Ao voltar o olhar para as pessoas, ressalta-se a busca por melhores condições de trabalho, com foco nas interações interpessoais, no diálogo, com olhar tanto para o outro – paciente, como para si - profissional:

Bem, eu acho que de certa forma eu contribuí pro desenvolvimento das pessoas. Melhorou muito a relação, a gente se ouve mais. Nós sempre tivemos uma abordagem muito aberta com os nossos funcionários aqui na nossa UTI e durante a pandemia a gente precisou ouvir muito mais eles porque a gente percebia o quanto eles têm sofrido. Eu vejo minha contribuição a nível individual, mas que traz impactos somados com outras pessoas. (João, 31, SP)

E toda vez quando eu entro no meu plantão eu vejo pacientes diferentes. E a gente não tem muito vínculo como no hospital. Então o paciente entuba comigo e 4 horas depois ele tá fora da UPA. Então é por isso que eu falo, que a assistência, comecei a ver assim, os pacientes COVID, lembrando que sim, eu tenho que ter a segurança. Mas é, mas não focando tanto, pensando tanto em não me contaminar porque sim, eu estou usando EPI. Mas pensando no paciente porque o paciente também precisa de assistência, né? Às vezes chegam pacientes muito graves. Então é nesse sentido assim, de tentar mudar a minha assistência para que isso seja a melhor pra mim, porque é um processo de trabalho que também vai afetar fisicamente, mentalmente a minha qualidade de trabalho. Então eu acho que é isso. (Maria, 26, PR)

Percebe-se pelos depoimentos que os próprios profissionais passam a ver seus colegas de trabalho e demais colaboradores como pessoas. Ampliou-se o olhar para além do trabalho

especificamente. Acredita-se ainda que com um enfermeiro satisfeito, com condições de trabalho dignas, autonomia e humanização a assistência também será melhor.

Quando se fala em qualidade da assistência, é preciso voltar nossos olhares para a qualidade de vida daqueles que prestam essa assistência. O direito ao cuidado e à saúde da população brasileira está diretamente ligado às condições de vida e trabalho dos trabalhadores da saúde e da enfermagem” (DAVID *et al.*, 2021.p.6).

Diante de todo o contexto já discutido, entende-se que a COVID-19 veio para ficar e que é necessário se adaptar à nova realidade:

É assim, tem duas preocupações graves a respeito da pandemia. A primeira é não conseguir ver uma perspectiva de ela acabar tão cedo. Acho que nós vamos ter que conviver por muito tempo com a pandemia do coronavírus por “n” motivos, da mesma forma que a gente convive com HIV, com pandemia do HIV. Nós vamos ter que aprender. Vamos ter que criar uma nova maneira de resistir. Não é criar um novo normal, você vai ter que se adequar ao mundo novo, entendeu? (João, 42, RJ)

Mas assim, parece que essa época, esses meses de pandemia, parece que nós entramos num buraco negro e estamos saindo dele nesse momento. Não que o número de casos tenha diminuído, que a gente tá com menos trabalho, mas eu acho que assim, depois de meses de desespero acho que a palavra acostumar talvez seja uma palavra adequada pra esse momento. É, ao contrário, eu estou no Mato Grosso, um Estado que na verdade não está acompanhando os demais e a gente tá com um número ainda elevado de casos. Então não tá achatando tanto a curva como em outros locais, mas a gente tá se acostumando. Acho que é uma questão de se acostumar à ideia de que existe um vírus, que ele não vai passar nesse momento e que a gente tem que olhar pras outras partes da vida que a gente precisa também. Então agora sim a gente começa a pensar: “Nossa, eu vou ter que tirar uns dias de férias, vou ter que ficar um pouco mais com as crianças, não sei”. Assim, ainda tá muito trabalhoso, claro que há preocupação ainda. Ela ainda é presente, mas não é desesperador mais. Então, de certa forma, parece que a gente começa a raciocinar e como eu disse, a gente começa a ver que não existe só o COVID neste momento. (Maria, 46, MT)

Se acostumar com a realidade, de acordo com a fala dos colaboradores, significa adaptar, ser resiliente e buscar prestar o cuidado de acordo com os fatos presentes.

Ressalta-se que o passado assume um papel importante quando se trata de viver o presente, pela possibilidade de reflexão e mudança. Entretanto, o futuro é incerto. Mesmo diante de uma pandemia que atinge a todos, cada pessoa pode desenhar sua história de uma forma diferente (MAFFESOLI, 2001; MAFFESOLI, 2010, MAFFESOLI, 2012).

Na verdade, creio que, do meu ponto de vista, o retorno da Tradição é que será o principal elemento da cultura “social” em gestação. [...] E

vemos, de várias maneiras, que o que importa é o presente, enraizado no passado e que prefigura o futuro. Ao contrário dos “arautos” do catastrofismo ou do que é comumente chamado de “colapsólogos”, considerando que o que se desenha é o fim de todas as coisas, eu repito, a torto e a direito, que o fim de um mundo não é o fim do mundo”. (INCERTI; CÂNDIDO, 2020, p.7)

Estamos em 2022. Muito se esperava para o futuro e hoje já podemos ver acontecimentos que faziam parte das expectativas, tendo em vista a vivência do presente. Já passamos por uma fase de redução dos casos e presenciamos um novo aumento pela presença da variante; observamos a consolidação da tecnologia e dos encontros online na atualidade, mesmo com retorno de algumas atividades; os fluxos dos serviços de saúde começam a voltar ao normal não se sabe se pela organização das unidades, pela redução dos casos e se pela própria necessidade e demanda dos usuários para além da COVID-19 e a vacinação está sendo realizada e com resultados positivos.

Em relação à valorização da enfermagem e melhores condições de trabalho espera-se que enfermeiros e enfermeiras, bem como seus conselhos, dêem continuidade às ações que foram iniciadas e que essa seja uma busca constante. Que cada profissional tenha possibilidade de refletir sobre sua experiência, sua vida profissional e pessoal.

De uma maneira geral ainda não se pode pensar em um fim. Mas espera-se que a convivência com a COVID-19 possa ser mais calma, com menos insegurança e mais qualidade de vida. É preciso refletir sobre as relações de trabalho, sobre a vida pessoal, sobre o que faz bem, sobre o que é desejado e também sobre o que pode ser excluído. Sempre é possível recomeçar!



***UMA HISTÓRIA DE REFLEXÕES:  
ESSÊNCIA E OPORTUNIDADES***

## 6 É NECESSÁRIO FINALIZAR...

Parafraseando Maffesoli, o fato sociológico é um recorte com começo e fim sobre um fato social, que neste estudo é a COVID-19, que se inicia no ano de 2019, provoca mudanças cotidianamente e continua... sem tempo e hora para finalizar. Porém, é hora de finalizar o presente estudo e deixar que as narrativas e vivências de enfermeiros e enfermeiras se tornem conhecidas.

Foi possível compreender que a história desses profissionais atuantes na linha de frente da pandemia foi construída, e ainda é, em meio a um contexto político, social e econômico instável e a incertezas que trouxeram novas formas de trabalho, de cuidar e de ser.

Antes da COVID-19, os enfermeiros traziam consigo uma carga histórica de muito trabalho, pouca valorização, busca de melhores salários e sobrecarga. Apesar dessa rotina exaustiva, era possível o contato com a família, a realização de atividades de lazer e toda essa situação fazia parte da “normalidade” vivenciada pelos mesmos.

A chegada da pandemia, por mais que fosse esperada e planejada de acordo com experiências de outros locais, ocasionou muitas dúvidas geradas principalmente pela situação política e econômica vigente no Brasil e pelo desconhecimento da doença, e mostrou que nem sempre é possível prever o futuro. As pessoas estavam perdidas sobre quem seguir, visto que cada um tinha uma interpretação do momento; sobre quem ouvir, haja vista a veiculação rápida e numerosa de fakenews; e sobre como agir: ficar isolado ou não, usar máscara ou não, acreditar na ciência ou não? Vale ressaltar que o Presidente da República teve um papel importante enquanto gerador desses conflitos, seja pela sua postura e hábitos pessoais de descrédito na gravidade da COVID-19 e também pela instabilidade do Ministério da Saúde e suas ações.

Toda essa situação interferiu sobremaneira na área da saúde, na evolução negativa do número de pessoas doentes e assim no cotidiano dos enfermeiros. No ambiente de trabalho foi reafirmada a realidade de sobrecarga, desigualdade e desvalorização que se somou a outras fragilidades e incertezas. Era necessária uma transformação da prática diária em meio a tantas mudanças. Lugares que tinham fluxos, públicos, atendimentos e protocolos já definidos passaram a ser referência para a COVID-19; a insegurança diante de algo desconhecido teve que dar lugar aos estudos, a novas condutas; o EPI que nem era usado constantemente de forma completa passou a ser exigido pelos próprios profissionais, em quantidade e qualidade certa, apesar dessa solicitação nem sempre ser atendida. Além disso, a equipe que sempre se desdobrava para prestar assistência adequada, começou a adoecer, a se ausentar e isso trouxe a



necessidade de mais trabalhadores, entre eles recém-formados, estagiários e outros que eram remanejados, nem sempre preparados e capacitados de imediato. Ademais, lidar com o adoecimento e morte de colegas e com uma nova forma de preparar e isolar o corpo daqueles que morriam com COVID-19 não era tarefa fácil.

Toda essa realidade apresentada nas narrativas mostrou a fragilidade da atenção à saúde do trabalhador. Os serviços não dispunham de uma referência que escutasse e desse apoio frente a tantas fragilidades. Essa situação merece ser destacada tendo em vista a permanência dos problemas relacionados ao trabalho. Os mesmos se arrastam e se agravam ao longo dos tempos.

Em meio a tanto trabalho e desafios, enfermeiros e enfermeiras se descobrem como humanos e com uma vida pessoal, interdependentes da constituição da família, hábitos e gostos. O fato de não poder *estar junto* de amigos e familiares, viver os *pequenos nada*, reconhecer fragilidades frente ao medo da contaminação e de ver a mudança da rotina no ambiente domiciliar fez com que os mesmos pudessem enxergar, reconhecer-se e falar de suas vulnerabilidades. Mesmo assim, cheios de dúvidas e restrições, adaptaram o estilo de vida; a forma de convívio com as pessoas, os pacientes e familiares desses, preservando a humanização do cuidado na medida do possível; mantiveram a missão de cuidar e o desejo de fazer seu papel nesse momento histórico.

O presente vem sendo construído a cada dia, ainda cercado de incertezas, mas interpretações do momento atual já permitem que expectativas sejam levantadas. Os profissionais de enfermagem esperam que a pandemia e tudo que vem sendo vivenciado reflita em maior valorização da enfermagem e do saber com base na ciência, em melhorias das condições de trabalho e assistência ao trabalhador, na produção de vacinas e minimização da crise, no aprimoramento da tecnologia como ferramenta de trabalho e ainda, na transformação das pessoas e seus valores.

De uma maneira geral, essa pandemia possibilita reflexões sobre as condições de trabalho existentes, sobre os problemas advindos daí e sobre a maneira como cada um deseja seguir, enquanto profissional e ser humano.

O pressuposto do estudo de que a vivência da COVID-19 pelo profissional enfermeiro possibilitou ressignificações da sua vida pessoal e profissional no sentido de valorizar mais o vínculo e o cuidado dos seus entes e de reconhecer a precariedade dos serviços, a desvalorização profissional, a busca constante do lucro e a inexistência do cuidado profissional foi confirmado.

Percebeu-se que a história de cada um dos colaboradores interfere na construção da pandemia e vice-versa. Dessa maneira, a tese de que a história de enfermeiros e enfermeiras confunde-se à história da pandemia COVID-19, sendo escrita cotidianamente na busca de uma

assistência baseada em evidências científicas e na reinvenção de outras formas de pensar e fazer o cuidado e de que, a escrita dessa história alia-se à necessidade de reconhecimento enquanto sujeitos em sua integralidade e alteridade, frente às diversas interferências sociais, econômicas e políticas que influenciam na qualidade de vida e atendimento prestado, foi confirmada.

A Sociologia Compreensiva em conjunto com a História Oral foi fundamental nesse estudo para que a vida dos enfermeiros da linha de frente do enfrentamento da COVID-19 pudesse ser enxergada nas suas particularidades. Dessa maneira foi possível fazer ciência e discutir como a vida cotidiana tantas vezes muda nossos caminhos, assim como aconteceu com a prática e o cuidado da enfermagem e com os rumos inclusive desse trabalho de doutorado.

Realizar esse estudo foi uma oportunidade ímpar para mim enquanto pesquisadora, enfermeira e como pessoa. Pude conhecer novos métodos, novas técnicas, me encantar ainda mais pela pesquisa qualitativa, pela Sociologia do Cotidiano e pela História Oral por meio do objeto estudado. Poder explorar as narrativas, conhecer coisas relevantes do contexto da enfermagem que ficam escondidas e trazer isso para que outras pessoas também possam conhecer, reconhecer e lutar por melhorias foi fantástico. Por mais que houvesse uma intencionalidade, esse foi um momento de escutar histórias reais, de sair dos contos de fadas, dos finais sempre felizes e viver o presente.

No decorrer da pesquisa, as vivências compartilhadas pelos colaboradores eram somadas à minha prática e às minhas experiências individuais. Talvez um dos maiores desafios desse estudo tenha sido analisar os dados, as narrativas, sem misturar à minha história, enquanto enfermeira, mãe, mulher, para além de pesquisadora. Muitas vezes, foi difícil a necessária objetividade do olhar sobre as histórias relatadas, olhar esse, muitas vezes, ressaltado por minha orientadora.

Cada enfermeiro e enfermeira que conheci, contribuiu para que os resultados aqui apresentados construíssem esse relatório, apresentado como tese de doutoramento. Nenhum deles hesitou em compartilhar sua vida pessoal, sobre fragilidades e desafios que vivenciam no ambiente de trabalho; emocionamos-nos juntos várias vezes, vivenciando esse *estar junto com o outro* pela proximidade e reconhecimento de nossa *identificação* como profissionais e seres humanos que somos. Como era gostoso receber mensagens de agradecimento no momento de aprovação do conteúdo transcrito. Os colaboradores se emocionavam ao ler suas histórias e relembrar tudo que foi vivido. O *fato social* que se sobrepõe ao *fato sociológico*.

Os encontros foram virtuais, mas com uma proximidade e intimidade que não consigo explicar. Parecia que estávamos juntos e a vontade que eu tinha era viajar para conhecê-los de abraçar carinhosamente para agradecer tamanha generosidade pelo conteúdo relatado.

Ao final do estudo, continuo como enfermeira, docente, mãe, filha...no mesmo lugar, mas transformada. A motivação existente quando esse trabalho foi proposto e construído em conjunto com minha orientadora hoje é somada à gratidão, amor e tantos outros bons sentimentos pela oportunidade de levar aos leitores reflexões talvez antes não observadas, principalmente aos leitores enfermeiros. A pandemia da COVID-19, Maffesoli e as histórias de cada uma das pessoas envolvidas nessa trajetória me ensinaram demais sobre valores e sobre a relevância da enfermagem. Minha contribuição para essa profissão e para esses profissionais é mais um “pequeno nada” que tem um potencial gigante: olhar para nós mesmos e pensar o que podemos fazer ou construir para melhorar nossa prática, condições de trabalho e condições de vida. Não se trata de perder o foco dos usuários e do cuidado que prestamos, mas de dividir esse protagonismo.

Limitações da pesquisa podem estar relacionadas ao cenário escolhido para o estudo ser das capitais do país, que geralmente têm mais recursos. Além disso, dos encontros para entrevista terem ocorrido de forma virtual, se considerar a importância das observações que a presença, frente a frente, possibilita de acordo com a técnica de história oral. Isso porque diferente dos registros escritos, busca-se observar todo o contexto das narrativas como expressão corporal, sentimentos e cenário. Entretanto, em tempos de pandemia exigem-se adaptações, buscou-se, mesmo em um espaço virtual, criar um contexto acolhedor e mais próximo entre colaborador e pesquisador.

Sugere-se, portanto, a realização de estudos em municípios menores para que o tema seja abordado e o cotidiano do enfermeiro considerado com toda sua subjetividade e busca de integralidade.

Espera-se que a leitura desse estudo seja um momento de grandes reflexões e que cada resultado seja traduzido de fato para o que ele pode significar no cotidiano que vivemos, em especial da enfermagem. Que a pandemia e a crise apresentada tragam a oportunidade de cessar algo que não se adequa à realidade ou até mesmo aquilo que não se deseja mais. Histórias narradas, vividas, sentidas, compartilhadas para a construção de uma história sobre a pandemia Covid-19 dos anos 2020.

## REFERÊNCIAS

ADAMY, E. K.; ZOCHE, D. A. A.; ALMEIDA, M. A. Contribution of the nursing process for the construction of the identity of nursing professionals. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, vol. 41, 2020. DOI <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190143>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/rSCZDNvkbNkjhwCr3F6RZFN/?lang=en>. Acesso em: 11 dez. 2021.

AGOSTINI, R.; ROCHA, F.; MELO, E.; MAKSUD, I. A resposta brasileira à epidemia de HIV/AIDS em tempos de crise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4599-4604, 2019. DOI <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25542019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/8kskKTq9StVQYtMxrwr4KL/?lang=pt>. Acesso em: 11 dez. 2021.

ALBERTI, V. **Manual de história oral**. |3. ed. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2005.

ALECRIM G.; JUCÁ, J. Número de profissionais de enfermagem mortos por Covid-19 sobe 422% em janeiro. **CNN BRASIL**, 2021. Disponível em <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/2021/02/08/numero-de-profissionais-de-enfermagem-mortos-por-covid-19-sobe-422-em-janeiro>. Acesso em: 16 mar. 2021.

ALVES, S. G. S. *et al.* Aproximação à subjetividade de enfermeiros com a vida: afetividade e satisfação em foco. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 511-517, 2011. DOI <https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000300010>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/MdPQpWTY3vXjHBqkS4HSVwn/?lang=pt>. Acesso em: 16 mar. 2020.

ARIAS-MURCIA, S. E.; PENNA, C. M. M. A interculturalidade no cotidiano da atenção primária à saúde: O caso do modelo de saúde em Guainía, Colômbia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 3683-3692, 2021. Supl. 2. DOI [10.1590/1413-81232021269.2.22372019](https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.22372019). Disponível em <https://www.scielo.br/j/csc/a/j4LD5tftXV4bbcLQRxRjpKh/?lang=pt>. Acesso em: 11 dez. 2021.

AVANÇO da ômicron afasta profissionais de saúde dos postos de trabalho. **Jornal Nacional**, 13 jan. 2022. Disponível em: [globoplay.globo.com/v/10209062/?s=0s](https://globoplay.globo.com/v/10209062/?s=0s). Acesso em: 06 fev. 2022.

AZEVEDO, B. D. S.; NERY, A. A.; CARDOSO, J. P. Estresse ocupacional e insatisfação com a qualidade de vida no trabalho da enfermagem. **Texto Contexto Enferm**; v. 26, n. 1, 2017. DOI <https://doi.org/10.1590/0104-07072017003940015>. Disponível em <https://www.scielo.br/j/tce/a/JzmFMJqV9QRsJwD3nkvG9KH/?lang=pt>. Acesso em: 11 dez. 2021.

BADDINI, B.; FERNANDES, D. Primeira pessoa é vacinada contra Covid-19 no Brasil. **CNN Brasil**, 17 jan. 2021. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/primeira-pessoa-e-vacinada-contracovid-19-no-brasil/>. Acesso em: 15 jan. 2022.

BALDIN, N.; MUNHOZ, E. M. B. Educação ambiental comunitária: uma experiência com a técnica de pesquisa snowball (bola de neve). **Rev. Eletrônica Mestr. Educ. Ambient.** v. 27,

p. 46-60, 2011. DOI <https://doi.org/10.14295/remea.v27i0.3193>. Disponível em: <https://periodicos.furg.br/remea/article/view/3193>. Acesso: 11 dez. 2021.

BAUMAN, Z. **Identidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

BARBOZA, L. E. M. *et al.* Os conceitos de Florence Nightingale em tempos de pandemia da COVID-19 retratados em histórias em quadrinhos: relato de experiência. **Esc Anna Nery**; vol. 24, 2020. DOI <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0200>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/mmRNkTL5JKPsj9mKHmLdyRH/?lang=pt>. Acesso em: 11 dez. 2021.

BARLEM, E. L. D. Enfermagem e as vivências de sofrimento moral em tempos de pandemia pela COVID-19. **Nursing (São Paulo)**, v. 24, n. 277, p. 5760, 2021. Disponível em: <http://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/revistanursing/article/view/1561>. Acesso em: 17 jan. 2022.

BARROS, E. P. O pensamento visceral de Michel Maffesoli. **OPSIS**, Catalão, v. 11, n. 2, p. 255-259, 2011. DOI [10.5216/o.v11i2.14604](https://doi.org/10.5216/o.v11i2.14604). Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/Opsis/article/view/14604>. Acesso em: 17 jan. 2022.

BARROSO, V. G.; PENNA, C. M. M. Sentimento de pertencimento na constituição de vínculo em uma autogestão de saúde suplementar. **Ciência, Cuidado & Saúde**, v. 15, p. 616, 2016. Disponível em <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v15i4.33385>. Acesso em: 25/01/22.

BATISTA, R. dos S. Educação e propaganda sanitárias: desdobramentos da formação de um sanitarista brasileiro na Fundação Rockefeller. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 26, n. 4, p. 1189-1202, 2019. DOI <https://doi.org/10.1590/S0104-59702019000400009>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/d7yB47JPJ9MXK7vLhhVP5Tm/?lang=pt>. Acesso em: 11 dez. 2021.

BAZÁN, P. R. *et al.* Exposição às informações sobre COVID-19 em mídias digitais e suas implicações para funcionários do setor de saúde: resultados de uma pesquisa on-line. **Einstein**; São Paulo; v. 18, p. 1-9, 2020. DOI [https://doi.org/10.31744/einstein\\_journal/2020AO6127](https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020AO6127). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/8p3ynzmMCgLyWWSX3KFLck/?lang=pt>. Acesso em: 11 dez. 2021.

BEIGUELMAN, G. A pandemia das imagens: retóricas visuais e biopolíticas do mundo covídico. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, vol. 23, n. 3, p. 549-563, 2020. DOI <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2020v23n3p549.7>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/FWBYWLzGB7B9vGmW5fXmFGn/?lang=pt>. Acesso em: 17 dez. 2021.

BELLEI, N.; MELCHIOR, T. B. H1N1: pandemia e perspectiva atual. **J. Bras. Patol. Med. Lab.**, vol. 47, n. 6, p. 611-617, 2011. DOI <https://doi.org/10.1590/S1676-24442011000600007>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpml/a/zFfHzH4zZ48wWtPVWxzzjbc/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 17 dez. 2021.

BERALDO, R. Especial Covid-19 | Trabalhadores da saúde em pandemias: 1918 e 2020. **Casa de Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, 16 set. 2020. Disponível em:

<https://coc.fiocruz.br/index.php/pt/todas-as-noticias/1821-trabalhadores-da-saude-em-pandemias-1918-e-2020.html>. Acesso em 28 jan 2022.

BONINI, B. B.; FREITAS G. F.; FAIRMAN J.; MECONE M. C. C. Enfermeiras americanas do Serviço Especial de Saúde Pública e a formação de recursos humanos na Enfermagem Brasileira. **Rev. da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 2, p. 136-143, 2015. DOI <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000800019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/vdZrrb7Vv6rcp7MJVhcth9t/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 17 dez. 2021.

BORGES, E. M. N.; QUEIRÓS, C. M. L.; VIEIRA, M. R. F. S. P.; TEIXEIRA, A. A. R. Perceptions and experiences of nurses about their performance in the COVID-19 pandemic. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 22, 2021. DOI <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20212260790>. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/60790>. Acesso em: 14 nov. 2021.

BORON, A. After the pandemic: antechamber to socialism or “reloaded capitalism”? **Serv. Social e Sociedade**, São Paulo, n. 140, p. 13-29, 2021. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.235>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/HtyXQhg5Z8mYFLvNvxXBSDk/abstract/?lang=en>. Acesso em: 04 jan. 2022.

BRAGA, A. L. S.; CORTEZ E. A.; CARNEIRO F. R.; MARTINS JR. W. S. Atuação do enfermeiro no controle de endemias. **Enfermeria Global – Revista Electronica Trimestral de Enfermeria**, v. 23, p. 320-329, 2011. DOI <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/132081> Disponível em: [https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n23/pt\\_revision4.pdf](https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n23/pt_revision4.pdf). Acesso em: 11 dez. 2021.

BRASIL. [Constituição (1937)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Lei nº 452, de 5 de julho de 1937. Organiza a Universidade do Brasil. Brasília, 1937. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/1930-1949/10452.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1930-1949/10452.htm). Acesso em: 11 dez. 2021.

BRASIL. Decreto Lei nº 791, de 27 de setembro de 1890. Crêa no hospício de alienados uma escola profissional de enfermeiros e enfermeiras. **Coleção de Leis do Brasil**, Brasília, v. 9, p. 2456, 1890.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.htm](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.htm). Acesso em: 10 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 580, de 22 de março de 2018**. Regulamenta o disposto no item XIII.4 da Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que estabelece que as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS) serão contempladas em Resolução específica

Brasília: Ministério da Saúde, 2016g. Disponível em: [https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/31546309/do1-2018-07-16-resolucao-n-580-de-22-de-marco-de-2018-31546295](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/31546309/do1-2018-07-16-resolucao-n-580-de-22-de-marco-de-2018-31546295). Acesso em: 10 mai. 2020.

BRASIL. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Protocolo de manejo clínico do coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde**. Versão 9. Brasília, 2020a. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1095920/20200504-protocolomanejo-ver09.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2022.

BRASIL. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. **Diretrizes para diagnóstico e tratamento da Covid-19**. Brasília, 08 abr. 2020b. Disponível em <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202004/14140600-2-ms-diretrizes-covid-v2-9-4.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 454, de 20 de março de 2020**: declara, em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do coronavírus (covid-19). Brasília, 20 mar. 2020c. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-454-de-20-de-marco-de-2020-249091587>. Acesso em: 25 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel Coronavírus**, 2020d. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 15 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19**. Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública | COE-COVID-19. Brasília, Fev. 2020e. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/documento/plano-de-contingencia-nacional-para-infeccao-humana-pelo-novo-coronavirus>. Acesso em: 15 dez. 2020.

BRASIL. [Constituição (1967)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Lei no 5.905, de 12 de julho de 1973. Dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem e dá outras providências, 2020f. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l5905.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l5905.htm). Acesso em: 07 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel Coronavírus**, 2021g. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 17 abr 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Aberta consulta pública sobre vacinação de crianças contra Covid-19. 24 dez. 2021h. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021-1/dezembro/aberta-consulta-publica-sobre-vacinacao-de-criancas-contracovid-19>. Acesso em: 25 jan.2022.

BRASIL. **Registros de vacinação Covid-19**. 2021i. Disponível em: <https://opendatasus.saude.gov.br/dataset/covid-19-vacinacao/resource/82743aa8-a77a-40d4-9bb6-6a733c5e57ee>. Acesso em 16 mar. 2021.

BRASIL. **Brasil #patriavacinada**. 2021j. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/>. Acesso em: 16 jan. 2022.

BRASIL. **Painel de controle COVID-19**. 05 fev. 2022k. Disponível em: <http://www.covid.saude.gov.br>. Acesso em: 06 fev. 2022.

BRASIL volta a registrar mais de mil mortes por Covid em 24 horas. **Jornal Nacional**, 04 fev. 2022. Disponível em: [g1.globo.com](http://g1.globo.com). Acesso em: 05 fev. 2022.

BUCCI, E. A humanidade encontra sua irrelevância. **Estud. Avançados**, São Paulo, v. 34, n. 99, p. 245-260, 2020. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.3499.015> . Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/GWVjzfHMMDzV8ztnY6g6rKz/?lang=pt>. Acesso em: 14 dez. 2021.

BUDU, H. I. *et al.* “I prefer a male nurse to a female nurse”: patients’ preference for, and satisfaction with nursing care provided by male nurses at the Komfo Anokye teaching hospital. **BMC Nurs**, v. 18, n. 47, 2019. DOI <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0369-4>. Disponível em: <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-019-0369-4>. Acesso em: 14 dez. 2021.

CALIL, G. G. A negação da pandemia: reflexões sobre a estratégia bolsonarista. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 140, p. 30-47, 2021. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.236>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/ZPF6DGX5n4xhfJNTypm87qS/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 14 dez. 2021.

CAMPOS, P. F. S. História social da enfermagem brasileira: afrodescendentes e formação profissional pós-1930. **Revista de Enfermagem Referência**, n. 6, p. 167-177, 2012. Disponível em: [https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id\\_artigo=2289&id\\_revista=9&id\\_edicao=41](https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2289&id_revista=9&id_edicao=41). Acesso em: 14 dez 2021.

CAPPELLE, M. C. A.; BORGES, C. L. P.; MIRANDA, A. R. A. Um Exemplo do Uso da História Oral como Técnica Complementar de Pesquisa em Administração. *In* VI Encontro de Estudos Organizacionais da ANPAD. Florianópolis, EnEO, 2010. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/eneo117.pdf>. Acesso em 15 jul. 2020.

CARAM, C. S.; RAMOS, F. R. S.; ALMEIDA, N. G.; BRITO, M. J. M. Sofrimento moral em profissionais de saúde: retrato do ambiente de trabalho em tempos de COVID-19. **Rev. Bras. Enfermagem**, Belo Horizonte, n. 74, 2021. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0653>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0653>. Acesso em 17 jan.. 2022.

CARDOSO, C. M. L. *et al.* Sofrimento Moral na Estratégia de Saúde da Família: vivências desveladas no cotidiano. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 50, 2016. DOI <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000300013>. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342016001100089&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342016001100089&script=sci_arttext&tlng=pt) Acesso em: 20 fev. 2021.

CARLOS, D. M. *et al.* A experiência dialógica entre ser mãe de criança e enfermeira na pandemia da covid-19. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 29, 2020. DOI <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0329>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/DjMYqPtCpr6xzx4mqxs8Rts/?lang=pt>. Acesso em: 15 jul. 2021.

CARVALHO, A. L. B.; OUVENEY A. L. M.; CARVALHO, M. G. O.; MACHADO, M. S. M. Enfermeiros (as) gestores (as) no Sistema Único de Saúde: perfil e perspectivas com ênfase no Ciclo de Gestão 2017-2020. **Ciência & Saúde Coletiva**, Ruo de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 211-222, 2020. DOI <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.29312019>. Disponível em:



<https://www.scielo.br/j/csc/a/HJyg7VbQhQ3WGnRYYHYnBwy/?lang=pt#>. Acesso em: 15 jul. 2021.

CASTELLS, M. **O poder da identidade**. São Paulo: Paz e Terra, 2008.

CASTRO, R. Vacinas contra a Covid-19: o fim da pandemia?. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 01, 2021. DOI <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310100>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310100>. Acesso em: 16 jan. 2022.

CAVALCANTE, J. R. *et al.* COVID-19 no Brasil: evolução da epidemia até a semana epidemiológica 20 de 2020. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v. 29, n. 4, 2020. DOI <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000400010>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/zNVktw4hcW4kpQPM5RrsqXz/?lang=pt>. Acesso em: 15 jul. 2020.

CEE (Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz Antonio Ivo de Carvalho). **Combate à epidemia de H1N1: um histórico de sucesso**. 26 de janeiro de 2021. Disponível em: <http://www.cee.fiocruz.br/?q=node/1314>. Acesso em: 05/02/22.

CHAVES, H. L. A.; ARCOVERDE, A. C. B. Desigualdades e privação de direitos na sociabilidade capitalista e suas expressões no Brasil. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 141, p. 164-182, 2021. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.244>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/jK8Jvp8DJFPs6FHGcBXSnt/>. Acesso em: 14 dez. 2021.

CHAMPAGNE, J. Navigating the Emotional Turmoil of the COVID-19 Pandemic as a New Leader. **Am J Health Syst Pharm**, v. 77, n. 18, p. 1539-1540, 2020. DOI [10.1093/ajhp/zxaa181](https://doi.org/10.1093/ajhp/zxaa181). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32415961/>. Acesso em: 17 dez. 2020.

CHAN, D. K. C.; ZHANG, C. Q.; JOSEFSSON, K. W. Why People Failed to Adhere to COVID-19 Preventive Behaviors? Perspectives from an Integrated Behavior Change Model. **Infect Control Hosp Epidemiol**, v. 42, n. 3, p. 375-376, 2020. DOI [10.1017/ice.2020.245](https://doi.org/10.1017/ice.2020.245). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7253766/>. Acesso em: 17 dez. 2020.

COFEN. Mercado de trabalho para Enfermagem amplia áreas de atuação. **Conselho Federal de Enfermagem**, 2018. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/mercado-de-trabalho-para-enfermagem-amplia-areas-de-atuacao\\_65154.html](http://www.cofen.gov.br/mercado-de-trabalho-para-enfermagem-amplia-areas-de-atuacao_65154.html). Acesso realizado em 16/03/22.

COFEN. Profissionais merecem mais valorização e proteção em meio à COVID-19. **Conselho Federal de Enfermagem**, comunicado de imprensa, 2020. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/profissionais-merecem-valorizacao-e-protacao-em-meio-a-covid-19\\_79739.html](http://www.cofen.gov.br/profissionais-merecem-valorizacao-e-protacao-em-meio-a-covid-19_79739.html). Acesso em: 12 mai. 2020.

COFEN. Cofen mobiliza deputados para aprovação do Piso Salarial da Enfermagem. **Conselho Federal de Enfermagem**, 2021. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/cofen-mobiliza-deputados-para-aprovacao-do-piso-salarial-da-enfermagem\\_94131.html](http://www.cofen.gov.br/cofen-mobiliza-deputados-para-aprovacao-do-piso-salarial-da-enfermagem_94131.html). Acesso em: 07 jan. 2022.

COFEN (Conselho Federal de Enfermagem). Observatório da Enfermagem. **Conselho federal de Enfermagem, 2022.** 16 de abril de 2022. Disponível em: <http://www.observatodiadaenfermagem.cofen.gov.br>. Acesso em: 16/04/22.

COREN. Conselho regional de enfermagem (Minas Gerais). **Legislação e normas [texto]/Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 16, n. 2, 2020. Disponível em: <https://www.corenmg.gov.br/wp-content/uploads/2019/12/Manual-Legislacao-e-Normas-2020.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2020.

CORONAVIRUS disease pandemic. **OMS (Organização Mundial de Saúde)**. 04 fev. 2022. Disponível em: [http://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019?adgroupsurvey={adgroupsurvey}&gclid=EAIAIQobChMIsMiJpPbq9QIVDQuRCh1VEgUdEAAYASAAEgLY4\\_D\\_BwE](http://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019?adgroupsurvey={adgroupsurvey}&gclid=EAIAIQobChMIsMiJpPbq9QIVDQuRCh1VEgUdEAAYASAAEgLY4_D_BwE). Acesso em: 06 fev. 2022.

CORTEZ, E. A. *et al.* As relações de gênero e a realização dos cuidados de enfermagem. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 872-882, 2010. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/5057/505750818007.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2022.

COSTA, A. B. R. A enfermagem sempre foi protagonista no combate a pandemias e grandes doenças. **PUCPR [site]**, Maringá, 2020. Disponível em: <https://www.pucpr.br/noticias/destaque/a-enfermagem-sempre-foi-protagonista-no-combate-a-pandemias-e-grandes-doencas/>. Acesso em: 28 jan. 2022..

CRODA, J. H. R.; GARCIA L. P. Immediate health surveillance response to COVID-19 epidemic. **Epidemiol Serv Saude**, Brasília, v. 29, n. 1, 2020. DOI <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000100021>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/zMMJJZ86vnrBdqpKtfsPL5w/?lang=en>. Acesso em: 17 dez. 2020.

DAVID, H. M. S. L. *et al.* Pandemics, crisis conjunctures, and professional practices: what is the role of nursing with regard to Covid-19?. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.42, 2021. DOI <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20190254>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/5pFrzDtdZxnPqVNWfq8tJZj/>. Acesso em 17 mai. 2021.

DEMARTINI, K. *et al.* Care for frontline health care workers in times of COVID-19. **Journal of the Brazilian Society of Tropical Medicine**, Uberaba, v. 53, 2020. DOI <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0358-2020>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsbmt/a/ztTbWGQjj37DrS4ZDDRpvvmf/?lang=en>. Acesso em: 08 jan. 2022.

DIAS, E. A Educação, a pandemia e a sociedade do cansaço. **Ensaio: Aval. Pol. Públ. Educ.**, Rio Comprido, v. 29, n. 112, p. 565-573,2021. DOI <https://doi.org/10.1590/S0104-40362021002901120001>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ensaio/a/xtsmMwsHtnb366YzCh9zQrC/?lang=pt>. Acesso em: 08 jan. 2022.

DIMENSTEIN, M.; CIRILO NETO, M. Abordagens conceituais da vulnerabilidade no âmbito da saúde e assistência social. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del Rei, v. 15, n. 1,

2020. Disponível em: [http://seer.ufsj.edu.br/index.php/revista\\_ppp/article/view/3704](http://seer.ufsj.edu.br/index.php/revista_ppp/article/view/3704). Acesso em 17 dez. 2020.

DONOSO, M. T. V.; DONOSO, M. D. O cuidado e a enfermagem em um contexto histórico. **Rev. Enf-UFJF** – Juiz de Fora, v.2, n. 1, p. 51-55, jan.-jun., 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/enfermagem/article/view/3841/1596>. Acesso realizado em 16/03/22.

DONOSO, M. T. V.; WIGGERS, E. Discorrendo sobre os períodos pré e pós florence nightingale: a enfermagem e sua historicidade. **Enferm. Foco**, Brasília, v. 11, n. 1, p. 58-61, 2020. DOI <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n1.ESP.3567>. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3567>. Acesso em: 08 jan. 2022.

ELSAYED, S. A. *et al.* Getting to Know SARS-CoV-2: Towards a Better Understanding of the Factors Influencing Transmission. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, João Pessoa, v. 20, 2020. DOI <https://doi.org/10.1590/pboci.2020.123>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pboci/a/cBGG9z8B6vFxpdnkvGVyH9D/?lang=en#>. Acesso em: 17 dez. 2020.

FERNANDES, Â. *et al.* O sismo de 1755: a atuação do enfermeiro na assistência aos feridos de Lisboa. **História de Enfermagem: Revista Eletrônica-Here**, Lisboa, v. 9, n. 1, p. 35-47, 2018. Disponível em: <http://here.abennacional.org.br/here/v9/n1/a3.pdf>. Acesso em 17 dez. 2020.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Contribuição das teorias de enfermagem para a construção do conhecimento da área. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, vol. 57, n. 2, p. 228-232, 2004. DOI <https://doi.org/10.1590/S0034-71672004000200019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/vJVkcnFTn5XQwVNmNhTfYVF/abstract/?lang=pt#>. Acesso em 20 nov. 2020.

GOMES, A. M. T.; OLIVEIRA, D. C.; SÁ, C. P. A enfermagem no Sistema Único de Saúde (SUS): repensando os princípios e conceitos de sustentação da atenção à saúde no Brasil. **Psicologia: Teoria e Prática** – 2007, 9(2):109-125. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v9n2/v9n2a07.pdf>. Acesso realizado em 16/03/22.

GONÇALVES R. L.; PENNA C. M. M. Cenas cotidianas do cuidado: a Rede Cegonha em construção. **REME – Rev Min Enferm**, Belo Horizonte, v. 23, e. 1237, 2019. DOI 10.5935/1415-2762.20190085. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1049965>. Acesso em: 20 nov. 2020.

GUTIERRE, M. D.; SERRES J. C. P.; RIBEIRO D. L. O surgimento da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. **Revista Caribeña de Ciencias Sociales**, 2016. Disponível em: <https://www.eumed.net/rev/caribe/2016/09/pelotas.html>. Acesso em: 20 nov. 2020.

LANCET. Covid-19 in Brazil: “so what?”. **The Lancet**, v. 395, 2020. DOI [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31095-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31095-3). Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)31095-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31095-3/fulltext). Acesso em: 08 jan. 2022.

LI *et al.* Substantial undocumented infection facilitates the rapid dissemination of novel coronavirus (SARS-CoV2). **Science**, v. 368, n. 6490, p. 489-493 DOI 10.1126/science.abb3221. Disponível em: <https://www.science.org/doi/epdf/10.1126/science.abb3221>. Acesso em 17 nov. 2021.

LIMA, E. J. F.; FARIA, S. M.; KFOURI, R. A. Reflexões sobre o uso das vacinas para COVID-19 em crianças e adolescentes. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 30, n. 4, 2021. DOI <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000400028>. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/ress/2021.v30n4/e2021957/en/>. Acesso em: 16 jan. 2022.

LUA, I. *et al.* Autoavaliação negativa da saúde em trabalhadoras de enfermagem da atenção básica. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16 n. 3, p. 1.301-1.319, 2018. DOI <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00160>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/vgqDwGCpqtZ7pnyHh4s76SC/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 14 dez. 2021.

HOGA, L. A. K. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão. **Rev Esc Enferm USP.**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 13-20, 2004. DOI <https://doi.org/10.1590/S0080-62342004000100002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reensp/a/jg3z6bF4ZYZj4wXwDCStbkh/?lang=pt>. Acesso em: 14 dez. 2020.

INCERTI, F.; CÂNDIDO, D. B. Pensar o (im)pensável: Instituto Ciência e Fé e PUCPRESS debatem a pandemia. | 1 ed. São Paulo: PUCPress, 2020. DOI <https://doi.org/10.7213/pensarimpensavel.001>. Disponível em: <https://pucpress.pucpr.br/index.php/pucpress/catalog/book/197>. Acesso em: 20 nov. 2020.

JESUS, J. G. *et al.* Importation and early local transmission of COVID-19 in Brazil, 2020. **Rev. Inst. Med. trop. S. Paulo**, São Paulo, v. 62, 2020. DOI <https://doi.org/10.1590/S1678-9946202062030>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rimtsp/a/ZXhgyfr6NznSjTFTfsbdsND/?lang=en>. Acesso em: 20 dez. 2020.

MACHADO, M. H. Perfil da enfermagem no Brasil: relatório final: Brasil / coordenado por Maria Helena Machado. — Rio de Janeiro: **NERHUS - DAPS - ENSP/Fiocruz**, 2017. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/pdfs/relatoriofinal.pdf>. Acesso realizado em 16/03/22.

MACHADO, J. S. A.; PENNA, C. M. M.; CALEIRO, R. C. L. Cinderela de sapatinho quebrado: maternidade, não maternidade e maternagem nas histórias contadas pelas mulheres. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 123, p. 1120-1131, 2019. DOI 10.1590/0103-1104201912311. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/gNVpQTvHSW8GhbhfbsNv8K/?lang=pt>. Acesso em 20 dez. 2020.

MAFFESOLI, M. **Lógica da dominação.** | 1. ed. Rio de Janeiro: Zahar; 1978.

MAFFESOLI, M. **A conquista do presente.** | 1. ed. Natal (RN): Argos, 2001.

MAFFESOLI, M. **O conhecimento comum: introdução à Sociologia Compreensiva.** | 1. ed. Rio Grande do Sul: Sulina; 2010.

MAFFESOLI, M. **A transfiguração do político: a tribalização do mundo.** | 1. ed. Rio Grande do Sul: Sulina; 2011.

MAFFESOLI, M. **No fundo das aparências.** | 1. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

MAFFESOLI, M. **O Tempo das Tribos: O Declínio do Individualismo nas Sociedades de Massa.** | 1. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2014.

MALTA, D. C. *et al.* A pandemia da COVID-19 e as mudanças no estilo de vida dos brasileiros adultos: um estudo transversal, 2020. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v. 29, n. 4, 2020. DOI <https://doi.org/10.1590/S1679-49742020000400026>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/VkvxmKYhw9djmRNbzHsvxrx/#>. Acesso em: 17 nov. 2020.

MARQUES, M. C. C.; BRASILEIRO, D. F.; FRAGA, F. D. Enfermagem de emergência: a atuação do Instituto de Higiene durante a guerra civil brasileira de 1932. **Escola Anna Nery**, São Paulo, v. 23, n. 2, 2019. DOI 10.1590/2177-9465-EAN-2018-0290. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/002981092>. Acesso em: 17 nov. 2020.

MARTINS, C. B. A reforma universitária de 1968 e a abertura para o ensino superior privado no Brasil. **Educação & sociedade**, Campinas, v. 30, n. 106, p. 15-35, 2009. DOI <https://doi.org/10.1590/S0101-73302009000100002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/es/a/RKsKcwfYc6QVFBHy4nvJzHt/>. Acesso em: 18 mai. 2020.

MARTINS, L. M. M. *et al.* Agentes estressores no trabalho e sugestões para amenizá-los: opiniões de enfermeiros de pós-graduação. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 52-58, 2000. DOI <https://doi.org/10.1590/S0080-62342000000100007> Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/Drj94JFgxKdqBS963JswsZz/?lang=pt#>. Acesso em: 17 nov. 2020.

MASCARENHAS, N. B.; MELO, C. M. M.; SILVA, L. A. Gênese do trabalho profissional da enfermeira no Brasil (1920-1925). **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 220-227, 2016. DOI <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160029>. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160029>. Acesso em 18 mai. 2020.

MCENROE, N. Celebrating Florence Nightingale's bicentenary. **Lancet**, Londres, v. 395, n. 10235, p. 1475, 2020. DOI 10.1016/S0140-6736(20)30992-2. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32386583/>. Acesso em: 17 dez. 2020.

MEDIDA provisória permitirá reduzir drasticamente salários, com seguro desemprego como base da compensação. **El País-Agência Brasil**, 02 de abril 2020. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/economia/2020-04-02/nova-mp-permitira-reduzir-drasticamente-salarios-com-seguro-desemprego-como-base-da-compensacao.html>. Acesso em: 18 mai. 2020.

MEIHY, J. C. S. B.; RIBEIRO, S. L. S. **Guia prático de história oral: para empresas, universidades, comunidades, famílias.** | 1. ed. São Paulo: Contexto, 2011.

MEIHY, J. C. S. B.; SEAWRIGHT, L. **Memórias e narrativas: história oral aplicada.** | 1. ed. 1ª reimpressão.- São Paulo: Contexto, 2021.

MENDONÇA, E. *et al.* Hospitais Portugueses entre os séculos XVI e XVIII: de Hospitaleiros a Enfermeiros. **TEMPERAMENTVM: Revista Internacional De Historia Y Pensamiento Enfermero**, v. 15, 2019. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/32526>. Acesso em: 15 jun. 2020.

MESENBURG, M. A. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e covid-19: resultados do estudo Epicovid-19 Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo v. 55 2021. DOI <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055003673>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/wQR46xj6RxJGqcr93VMwRsv/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 08 jan. 2022.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. |11. ed. São Paulo: Hucitec, 2011.

MOREIRA, A.; BARBOSA, L. M. A.; CUNHA, S. C. História oral como método de pesquisa: possibilidades para a pesquisa em Enfermagem. **Enfermagem Brasil**; v. 13, n. 4, 2014. DOI 10.33233/eb.v13i4.3701 Disponível em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/3701>. Acesso em: 17 jun. 2020.

MOREIRA, M. C. N. A Fundação Rockefeller e a construção da identidade profissional de enfermagem no Brasil na Primeira República. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, p. 621-645, 1999. DOI <https://doi.org/10.1590/S0104-59701999000100005>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/X4GQft8dhcKTbyM8sZcFSbr/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 17 jul. 2020.

MOTT, M. L.; TSUNECHIRO, M. A. Os cursos de enfermagem da Cruz Vermelha Brasileira e o início da enfermagem profissional no Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 55, n. 5, p. 592-599, 2002. DOI <https://doi.org/10.5935/0034-7167.20020079>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/W7mGbHV7zy65rh8JDLmmjDM/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 17 jun. 2020.

MOURA, G. M. S. S.; MAGALHÃES, A. M. M.; CHAVES, E. H. B. O serviço de enfermagem hospitalar: apresentando este gigante silencioso. **R. Bras. Enferm.**, Brasília. v. 54, n. 3, p. 482-493, 2001. DOI <https://doi.org/10.1590/S0034-71672001000300011>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/MMkfZSRcCyX9JM7ZNVKKfJR/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 17 jun.2020.

NEIVA, M. J. L. M. *et al.* A criação do conselho regional de enfermagem do Piauí: aspectos históricos. **Rev. Enfermagem em foco**, v. 7, n. 3/4, 2016. DOI <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2016.v7.n3/4.921>. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/314484865\\_A\\_CRIACAO\\_DO\\_CONSELHO\\_REGIONAL\\_DE\\_ENFERMAGEM\\_DO\\_PIAUI\\_ASPECTOS\\_HISTORICOS](https://www.researchgate.net/publication/314484865_A_CRIACAO_DO_CONSELHO_REGIONAL_DE_ENFERMAGEM_DO_PIAUI_ASPECTOS_HISTORICOS). Acesso em: 18 mai. 2020.

NETTO, L. F. S. A.; RAMOS, F. R. S. Considerações sobre o processo de construção da identidade do enfermeiro no cotidiano de trabalho. **Rev Latino-am Enfermagem**; Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 50-7, 2004. DOI <https://doi.org/10.1590/S0104-11692004000100008>.

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/r/lae/a/CXdrjdqNYqBnWtVgHfcksXk/?lang=pt#>. Acesso em: 17 jun. 2020.

NEVES, C. E. B.; MARTINS, C. B. Ensino superior no Brasil: uma visão abrangente. *In: DWYER T. et al. Jovens universitários em um mundo em transformação: uma pesquisa sino-brasileira* /– Brasília : Ipea; Pequim : SSAP, 2016. p. 95-124. ISBN 978-85-7811-277-6.

NEVES, L. A. História oral e narrativa: tempo, memória e identidade. **História Oral**, n. 6, p. 7-28, jun. 2003. DOI <https://doi.org/10.51880/ho.v6i0.62>. Disponível em: <https://www.revista.historiaoral.org.br/index.php/rho/article/view/62>. Acesso em: 17 dez. 2020.

NICOLAV, V. No dia da enfermagem, Brasil é líder mundial em mortes de profissionais por covid-19. **Brasil de Fato**, São Paulo, 12 mai. 2020. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2020/05/12/no-dia-da-enfermagem-brasil-e-lider-mundial-em-morte-de-profissionais-por-covid-19>. Acesso em: 18 mai. 2020.

NITSCHKE, R. G. *et al.* Contribuições do pensamento de Michel Maffesoli para pesquisa em enfermagem e saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 26, n. 4, 2017. DOI <https://doi.org/10.1590/0104-07072017003230017>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/4QPWzTyMSBnX84RNqmsLMhF/?lang=pt#>. Acesso em: 18 mai. 2020.

NOBREGA, J. F.; NITSCHKE, R. G.; SOUZA, A. I. J.; SANTOS, E. K. A. A sociologia compreensiva de Michel Maffesoli: implicações para a pesquisa em enfermagem. **Cogitare Enferm**. v.17, n.2, p.373-376. 2012. DOI <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v17i2.24572>. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/24572>. Acesso em 18 mai. 2020.

NOVO estudo contesta previsões sobre mortes pela covid-19 no brasil. **Investnews**, 17 abr. 2020. Disponível em: <https://investnews.com.br/cafeina/novo-estudo-contesta-previsoes-sobre-mortes-pela-covid-19-no-brasil/>. Acesso em 17 dez. 2020.

OGUISSO, T.; CAMPOS, P. F. C.; MOREIRA, A. Enfermagem pré-profissional no Brasil: questões e personagens. **Rev. Enfermagem em foco**, v. 2, p. 68-72, 2011. DOI <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2011.v2.nSUP.85>. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/85>. Acesso em: 17 dez. 2020.

OGUISSO, T. **A trajetória histórica da enfermagem**.| 1. ed. São Paulo: Manole, 2014.

OLIVEIRA, E. Brasil tem 30 mortes na Enfermagem por Covid-19 e 4 mil profissionais afastados. **G1.globo**. Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/04/17/brasil-tem-30-mortes-de-profissionais-de-enfermagem-por-coronavirus-e-mais-de-4-mil-afastados-pela-doenca.ghtml..> Acesso em: 07 mai. 2020.

OLIVEIRA, C. B. S et al. Tecnologias leves no cuidado a pacientes hospitalizados com COVID-19: uma revisão integrativa. **Rev Enferm Atual In Derme** v. 95, n. 35, 2021. DOI <https://doi.org/10.31011/reaid-2021>. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/1184>. Acesso em: 08 jan. 2022.



OMS reforça que medidas de isolamento social são a melhor alternativa contra o coronavírus. **Jornal Nacional**, 30 mar. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2020/03/30/oms-reforca-que-medidas-de-isolamento-social-sao-a-melhor-alternativa-contr-o-coronavirus.ghtml>. Acesso em: 13 abr. 2020.

OZAMIZ-ETXEBARRIA, N.; DOSIL-SANTAMARIA M.; PICAZA-GORROCHATEGUI, M.; IDOAGA-MONDRAGON, N. Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 36, no. 4, 2020. DOI <https://doi.org/10.1590/0102-311X00054020>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/bnNQf4rdcMNpPjgfnpWPQzr/>. Acesso em: 21 fev. 2020.

PADILHA, M. I. C. S. Las representaciones de la historia de enfermería en la práctica cotidiana actual. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 52, n. 3, p. 443-454, 1999. DOI <https://doi.org/10.1590/S0034-71671999000300014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/Qbs4R8pNrmXvHYjXNMDSCWx/abstract/?lang=es>. Acesso em: 21 fev. 2021.

PADILHA, M.I.C.S.; BORENSTEIN, M.S. História da Enfermagem: Ensino, Pesquisa e Interdisciplinaridade. **Escola Anna Nery**, Cidade Nova, v. 10, n. 3, p. 532-538, 2006. DOI <https://doi.org/10.1590/S1414-81452006000300024>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/pNmDZmnPBQG8CwTDwhsnckk/?lang=pt>. Acesso em: 21 jan. 2021.

PAIXÃO, W. **História da Enfermagem**.| 5. ed., Rio de Janeiro: Júlio C. Reis, 1979.

PASTERNAK, N. **O que sabemos e o que falta saber sobre a ômicron**. Questões da ciência, 04 jan. 2022. Disponível em: <https://www.revistaquestaodeciencia.com.br/questao-de-fato/2022/01/04/o-que-sabemos-e-o-que-falta-saber-sobre-omicron>. Acesso em: 21 jan. 2022.

PEDRO, D. R. C. *et al.* Violência ocupacional na equipe de enfermagem: análise à luz do conhecimento produzido. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.41, n. 113, p. 618-629, 2017. DOI <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711321>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/CyzkBDpLYbjgfpxrYzQyXyD/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 jan. 2021.

PENNA, C. M. M. Realidade e imaginário no processo de viver de moradores de um distrito brasileiro. **Texto Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 80-88, 2017. DOI <https://doi.org/10.1590/S0104-07072007000100010>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/v4GCBZycNTtgcVX9fZtnCTb/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 jan. 2021.

PEREIRA, J. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Socialização de enfermeiras na Estratégia Saúde da Família: contribuições à identidade profissional. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 72, p. 20-26, 2019. DOI <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0455>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/5HDKs7XhVGwGhC9x3rQHBMG/?lang=pt>. Acesso em: 15 jan. 2021.

PINHEIRO, L. **Maioria em consulta pública foi contra exigir receita para vacina de Covid em crianças, diz governo**. G1.globo, 04 jan. 2022. Disponível em:



<https://g1.globo.com/saude/coronavirus/vacinas/noticia/2022/01/04/audiencia-publica-vacinacao-criancas-5-a-11-anos.ghhtml>. Acesso em: 15 jan. 2022.

PODCAST CORONAFATOS. Ep. 77 Ômicron: nova variante. [Locução de]:Ana Cristina Figueira e Gustavo Audi, 2021. Disponível em: <https://educare.fiocruz.br/resource/show?id=rF8YJdvq>. Acesso em: 21 jan. 2022.

PORTAL DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA. A instabilidade política e a pandemia no Brasil. **UFJF notícias**, 17 abr. 2020. Disponível em: <https://www2.ufjf.br/noticias/2020/04/17/a-instabilidade-politica-e-a-pandemia-no-brasil/>. Acesso em: 15 dez. 2020.

QUADROS, A.; COIMBRA, F. S.; PAZ, I. Enfermagem frente aos agravos da H1N1. *In*: II Congresso Brasileiro Interdisciplinar de Promoção da Saúde. Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, 2016. Disponível em: [http://www.unisc.br/site/seminario\\_ppgps/anais/3543\\_revmod.pdf](http://www.unisc.br/site/seminario_ppgps/anais/3543_revmod.pdf). Acesso em: 15 dez. 2020.

QUEIRÓS, P. J. P. *et al.* O cuidado e bom serviço dos enfermeiros em 1821-1822. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. 6, n. 16, p. 95-106, 2018. DOI <https://doi.org/10.12707/RIV17064>. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/3882/388256613010/html/>. Acesso em: 15 jun. 2020.

RABELO, A. O. A importância da investigação narrativa na educação. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 32, n. 114, p. 171-188, 2011. DOI <https://doi.org/10.1590/S0101-73302011000100011>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/es/a/fSZvft63V58mv3ZVGx3wVzr/?lang=pt>. Acesso em: 15 jun. 2020.

RIBEIRO, R. P. *et al.* Estresse ocupacional entre trabalhadores de saúde de um hospital universitário. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 39, 2018. DOI <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.65127>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/93bFnj3GkbyPtrpjjGvn8cj/?lang=pt>. Acesso em: 15 jun. 2020.

RIZZO, M. Enfermeiros já racionam máscaras em meio à pandemia no Ceará. **Folha.uol**, 16 abr. 2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2020/04/enfermeiros-ja-racionam-mascaras-em-meio-a-pandemia-no-ceara.shtml>. Acesso em: 19 abr. 2020.

RODRIGUES *et al.* Carga de doença da COVID-19 e de suas complicações agudas e crônicas: reflexões sobre a mensuração (DALY) e perspectivas no Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 11, 2020. DOI <https://doi.org/10.1590/0102-311X00148920>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/bHbdPzJBQxfwkwKWYnhccNH/?lang=pt>. Acesso em: 08 jan. 2022.

ROGERS, K. O que a pandemia de gripe espanhola de 1918 pode nos ensinar sobre a Covid-19. 20 de setembro de 2020. **CNN Brasil**, 26 set. 2020. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/o-que-a-pandemia-de-gripe-espanhola-de-1918-pode-nos-ensinar-sobre-a-covid-19/>. Acesso em: 11 dez. 2021.

RONAN, G. Governo de Minas vai dar gratificação a médicos da Fhemig, mas exclui enfermeiros. **Jornal Estado de Minas**, 13 abr. 2020. Disponível em [https://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2020/04/13/interna\\_gerais,1138268/governo-de-minas-gratifica-medicos-da-fhemig-mas-exclui-enfermeiros.shtml](https://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2020/04/13/interna_gerais,1138268/governo-de-minas-gratifica-medicos-da-fhemig-mas-exclui-enfermeiros.shtml). Acesso em: 13 abr. 2020.

SANTO, T. B. E.; OGUISSO, T.; da FONSECA, R. M. G. S. A profissionalização da enfermagem brasileira na mídia escrita no final do século XIX: uma análise de gênero. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 5, p. 1265-1271, 2011. DOI <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000500026>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rlae/a/x7BNRHRkjZPSjHCvmjXH8xm/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 08 jan. 2022.

SANTOS, L. A. A duras penas: estratégias, conquistas e desafios da enfermagem em escala mundial. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 13-28, 2008. DOI <https://doi.org/10.1590/S0104-59702008000100002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/nwxc36GpbfK6khJkKjb3zCG/?lang=pt>. Acesso em: 15 dez. 2020.

SANTOS, T. C. F.; BARREIRA, I. A.; da FONTE, A. S.; OLIVEIRA A. B. Participação americana na formação de um modelo de enfermeira na sociedade brasileira na década de 1920. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 966-973, 2011. DOI <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000400025>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/ZQ8RwDW8bYJ6dCFMxqLZvvg/?lang=pt>. Acesso em: 15 dez. 2020.

SANTOS, F. B. O. *et. al.* História da enfermagem brasileira (1950-2004): o que tem sido discutido na literatura?. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 8, 2018. DOI <https://doi.org/10.19175/recom.v8i0.1876>. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1876>. Acesso em: 15 dez. 2020.

SANTOS, F. B. O. *et. al.* Padrão Anna Nery e perfis profissionais de enfermagem possíveis para enfermeiras e enfermeiros no Brasil. **Rev eletrônica Hist. da enfermagem**, v. 11, n. 1, p. 10-21, 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1284205>. Acesso em: 17 jun. 2020.

SANTOS, M. N. *et. al.* Recomendações para o atendimento de pacientes suspeitos ou confirmados Covid-19, pelas equipes de enfermagem de serviços de emergência (pré-hospitalar fixo e intra-hospitalar). **ABRAMEDE** – Associação Brasileira de Medicina de Emergência, 20 abr. 2020. disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/04/RECOMENDACOES-ABRAMEDE-COFEN-COBEEM-APH-220420.pdf.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2020.

SANTOS, T. A. *et. al.* Condições de trabalho de enfermeiras, técnicas e auxiliares de Enfermagem em hospitais públicos. **Rev Min Enferm.**, v. 24, 2020. DOI [10.5935/1415.2762.20200076](https://doi.org/10.5935/1415.2762.20200076). Disponível em: <http://reme.org.br/artigo/detalhes/1511#:~:text=A%20partir%20dos%20resultados%20deste,a%20trabalho%2C%20bem%20como%20pela>. Acesso em: 17 dez. 2020.

SCHUELTER-TREVISOL, F. *et. al.* Parceria de serviços de saúde públicos e privados com a academia, no combate à COVID-19: relato de experiência em Tubarão, Santa Catarina. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v. 29, n. 4, 2020. DOI <https://doi.org/10.1590/S1679-49742020000400024>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/5kNspHxYwmbpFy74DXN48KQ/?lang=pt>. Acesso em: 16 jan. 2022.

SEVERO, E.; GASPAR, M. D. R.; ZARPELLON, L. D. O papel do enfermeiro na prevenção da gripe influenza A (H1N1): educação em saúde. Seminário Internacional “Experiências de

agendas 21: os desafios do nosso tempo”. *In: Anais do Seminário Internacional “Experiências de Agendas 21: Os Desafios do nosso Tempo”*, Ponta Grossa-PR, nov. 2009. Disponível em: [http://www.eventos.uepg.br/seminariointernacional/agenda21parana/trabalho\\_cientifico/TrabalhoCientifico025.pdf](http://www.eventos.uepg.br/seminariointernacional/agenda21parana/trabalho_cientifico/TrabalhoCientifico025.pdf). Acesso em: 06 fev. 2022.

SHIMIZU, H. E. Como os trabalhadores de enfermagem enfrentam o processo de morrer. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 60, n. 3, 2007. DOI <https://doi.org/10.1590/S0034-71672007000300002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/5JcHVTGYCPTgZpMWCb7XnmF/?lang=pt#> . Acesso em: 11 nov. 2021

SILVA, C. A.; FERREIRA, M. C. Dimensões e Indicadores da Qualidade de Vida e do Bem-Estar no Trabalho. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 29, n. 3, p. 331-339, 2013. DOI <https://doi.org/10.1590/S0102-37722013000300011>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/sQvTWxmcm68d88XjWg8yxMH/?lang=pt#>. Acesso em: 17 dez. 2020.

SOUZA, H. N. *et. al.* Imagem pública da enfermeira: pesquisa documental (1910-1920). **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 27, p. 39281, 2019. DOI 10.12957/reuerj.2019.39281. disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/39281>. Acesso em: 17 dez. 2020.

SZWARCWALD, C. L.; CASTILHO, E. A. A epidemia de HIV/AIDS no Brasil: três décadas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, 2011. DOI <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011001300001>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/7vjBb4W6xQ5LjW9Dp8J6Y5s/?lang=pt>. Acesso em: 11 dez. 2021.

SZWARCWALD, C. L. *et. al.* Adesão às medidas de restrição de contato físico e disseminação da COVID-19 no Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 29, n. 5, 2020. DOI <https://doi.org/10.1590/S1679-49742020000500018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/fw8vPWhWV9j3ZyxMbVCZrMw/?lang=pt#>. Acesso em: 28 jan. 2021.

TEIXEIRA, G. S. *et al.* Qualidade de vida no trabalho e estresse ocupacional da enfermagem em unidade de Pronto Atendimento. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 28, 2019. DOI <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0298>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/6TxMDpzqW3Zd4VS7pKJzH8K/?lang=en>. Acesso em 28 jan. 2021.

TEMPORÃO, J. G. O enfrentamento do Brasil diante do risco de uma pandemia de influenza pelo vírus A (H1N1). **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.18, n.3, p. 201-204, 2009. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742009000300001>. Disponível em: [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742009000300001&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742009000300001&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 06 fev 2022.

TESTONI, M. Quem foi Edith Fraenkel, enfermeira que combateu a gripe espanhola. **Uol**, 20 abr. 2020. Disponível em:

<https://www.uol.com.br/universa/noticias/redacao/2020/04/20/quem-foi-edith-fraenkel-a-feminista-que-combateu-a-gripe-espanhola.htm>. Acesso em: 28 jan. 2022.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005. DOI <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000300025>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/qtCBFFfZTRQVsCJtWhc7qnd/?lang=pt>. Acesso em: 17 dez. 2020.

TYRRELL, M. A. R.; SANTOS, T. C. F. Setenta anos de vida universitária da Escola de Enfermagem Anna Nery: uma breve reflexão. **Escola Anna Nery**, v. 11, n. 1, p. 138-142, 2007. DOI <https://doi.org/10.1590/S1414-81452007000100020>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/NVmxwPpj556X79mDBghQzdL/?lang=pt>. Acesso em: 17 dez. 2020.

VARELLA, D. As enfermeiras: a epidemia que enfrentamos reserva aos médicos funções mais discretas. **Drauziovarella.uol**, 25 abr. 2020. Disponível em <https://drauziovarella.uol.com.br/drauzio/artigos/as-enfermeiras-artigo/>. Acesso em: 13 abr. 2020.

VERBEEK, J. H. *et. al.* Personal Protective Equipment for Preventing Highly Infectious Diseases Due to Exposure to Contaminated Body Fluids in Healthcare Staff. **Cochrane Database Syst Rev.**, v. 15, n. 4. DOI 10.1002/14651858.CD011621.pub4. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32293717/>. Acesso em: 13 abr. 2020.

VIEGAS, S. F.; PENNA, C. M. M. O vínculo como diretriz para a construção da integralidade na Estratégia de Saúde da Família. **Rev Rene**, v. 13, n. 2, p. 375-385, 2012. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3930/3117>. Acesso em: 13 abr. 2020.

VIEGAS, S. F.; PENNA, C. M. M. Implicações da integralidade na gestão municipal em saúde. **Rev APS**, Juiz de Fora, v. 16, n. 2, p. 136-145, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15151/8000>. Acesso em: 13 abr. 2020.

VOMMARO, P. O mundo em tempos de pandemia: certezas, dilemas e perspectivas. **Rev. Direito e Práx.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 1095-1115, 2021. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/2179-8966/2020/51001>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rdp/a/FgCBc5MG7zRNvNkWGzbgWPJ/#>. Acesso em: 14 dez. 2021.

## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaria de convidá-lo(a) a participar de uma pesquisa intitulada “A HISTÓRIA DA COVID-19 SOB O OLHAR DO ENFERMEIRO”, sob orientação da Profa. Cláudia Maria de Mattos Penna e desenvolvida por mim Gabrielli Pinho de Rezende. Trata-se de um projeto de doutorado desenvolvido na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais que tem por objetivo compreender a construção histórica da COVID-19 em narrativas de enfermeiros atuantes no enfrentamento da pandemia, considerando seus contextos pessoais e profissionais.

**Para falar sobre isso, da mesma forma que foi realizado esse convite pelo meio virtual, você receberá esse termo, com antecedência, fará a leitura do mesmo e caso concorde em participar, dará seu consentimento também pelo meio virtual (email ou aplicativo) e fará ainda, por meio de manifestação formal por vídeo no momento da entrevista a reafirmação do seu consentimento.** Posteriormente, em data e horário escolhidos por você, deverá responder algumas perguntas sobre sua história e vivência em relação ao enfrentamento da Covid-19. Se você permitir, suas respostas serão gravadas por meio dos aplicativos que serão utilizados para que a transcrição da entrevista seja fiel às respostas que você deu. Você poderá escutá-la, se assim o desejar.

Espera-se que esta pesquisa possa contribuir com a construção da história da COVID-19, estabelecida no cotidiano da assistência nos serviços de saúde; apresente subsídios para novas reflexões sobre o pensar e fazer o cuidado, que auxilie tanto na capacitação daqueles que já atuam, como para a formação de novos enfermeiros; além de buscar estratégias que fortaleçam o reconhecimento desse profissional.

**Essa pesquisa oferece riscos referentes às lembranças que possa vivenciar. Caso isso lhe traga algum desconforto emocional, comprometo-me a oportunizar o atendimento necessário. Entretanto, benefícios individuais podem ocorrer relacionados ao seu crescimento e amadurecimento pessoal e profissional ao narrar suas vivências e experiências que possam auxiliar para a história que esta sendo construída para o cuidado em tempos de pandemia. Você deve considerar que sua colaboração é voluntária e o seu anonimato será garantido (os participantes serão identificados apenas por códigos) e que se não quiser pode não responder às perguntas feitas. Firmo o compromisso de que suas respostas serão utilizadas apenas para fins desta pesquisa e de artigos que poderão ser publicados, e as gravações e o diário de campo ficarão sob minha responsabilidade por um período de 5 anos e depois serão destruídos. Garanto, também, que após a transcrição da entrevista, você terá acesso e poderá ler, se assim o desejar.**

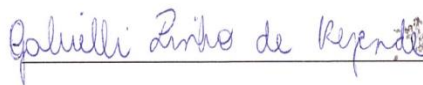
Em qualquer momento da pesquisa, você poderá fazer perguntas, caso tenha dúvidas, e retirar sua permissão e autorização para participar, além de não permitir a posterior utilização dessas respostas, sem nenhum ônus ou prejuízo para você. Reafirmo que você não terá nenhum gasto extra e nem mesmo será pago pelas informações. **O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais pode ser consultado em caso de dúvidas éticas, nos contatos indicados abaixo.**

Se estiver de acordo e as declarações forem satisfatórias, favor assinar o presente termo, em duas vias, dando seu consentimento para a participação como voluntário dessa pesquisa, sendo que uma cópia ficará em seu poder.

Atenciosamente,



Cláudia Maria de Mattos Penna



Gabrielli Pinho de Rezende

Declaro ter recebido informações suficientes e estou de acordo em participar desta pesquisa.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Contatos: Profa. Cláudia Maria de Mattos Penna Tel: (31) 9 8758 1808 [cmpenna59@gmail.com](mailto:cmpenna59@gmail.com)

Gabrielli Pinho de Rezende Tel: (31) 3714-3683/(31) 98663-2261

Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG): Av. Pres. Antônio Carlos, nº 6627. Unidade Administrativa II – 2º andar – Sala 2005, Campus Pampulha, Belo Horizonte/MG. CEP: 31270901. Tel: (31) 3409-4592. [coep@prpg.ufmg](mailto:coep@prpg.ufmg)

## APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS

Entrevista número:

Data:

Identificação:

- Idade:

- Sexo:

- Estado civil:

- Tempo de profissão:

- Local de atuação:

Questões norteadoras:

1- Fale-me sobre você, sobre sua vida.

2- Relate sobre sua vivência como enfermeiro antes e depois da COVID-19

3- Fale suas impressões sobre a pandemia. Quais seriam suas contribuições para a construção da história dessa doença.

4- Deseja expor mais alguma coisa?

## ANEXO 1- APROVAÇÃO DO PROJETO PELO COMITÊ DE ÉTICA DA UFMG

### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** A HISTÓRIA DA COVID-19 SOB O OLHAR DO ENFERMEIRO

**Pesquisador:** Claudia Maria de Mattos Penna

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 32998620.8.0000.5149

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.082.361

#### Apresentação do Projeto:

Segue o resumo do projeto apresentado pela pesquisadora responsável:

"Trata-se de um projeto de doutorado do Programa de Enfermagem que tem por objetivo compreender a construção histórica da COVID-19 em narrativas de enfermeiros atuantes no enfrentamento da pandemia, considerando seus contextos pessoais e profissionais. A doença COVID-19, causada pelo

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad S1 2005

**Bairro:** Unidade Administrativa II

**CEP:** 31.270-901

**UF:** MG

**Município:** BELO HORIZONTE

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

novo coronavírus, trouxe mudanças nas relações entre as pessoas, nas formas de trabalho e em especial na área da saúde e enfermagem. Ao lado de condições muitas vezes adversas de trabalho, do adoecimento e morte de vários profissionais dessa classe permaneceu a assistência contínua, realizada diuturnamente. Se por um lado, a pandemia vem mostrando certo descaso por parte de autoridades com o setor saúde, histórico e economicamente determinado, em nível mundial, sem preocupação efetiva com seus trabalhadores; por outro, os profissionais de saúde e, particularmente, da enfermagem preocupam-se em cuidar do outro, tanto em seu contexto de trabalho como em seu contexto social, em uma busca constante de minimizar a transmissão da doença, construindo, assim, uma história a ser narrada. Para alcance do objetivo proposto a escolha é de um estudo qualitativo que terá como referencial metodológico a História Oral e será fundamentado na perspectiva da Sociologia Compreensiva do Cotidiano proposta por Maffesoli. O cenário da pesquisa será todo o território brasileiro e os participantes, selecionados por meio da técnica de amostragem bola de neve, serão enfermeiros que estejam atuando na linha de frente do enfrentamento da COVID-19. Em respeito às medidas de isolamento social, ainda estabelecidas no território brasileiro e sem data de término estabelecida, será realizada nessa pesquisa a comunicação mediada por meio dos aplicativos Google Meet, Whatsapp e também por email. Será realizada uma entrevista aberta com os participantes, na qual eles responderão questões acerca do enfrentamento da COVID-19 pelo enfermeiro e as mudanças que observou nesse processo em relação à sua vida pessoal e profissional e o término acontecerá com a saturação dos dados. A análise seguirá as etapas propostas na história oral. Espera-se que esse estudo possa contribuir com a construção da história da pandemia do século XXI, denominada COVID-19, estabelecida no cotidiano da assistência nos serviços de saúde; apresente subsídios para novas reflexões sobre o pensar e fazer o cuidado, que auxilie tanto na capacitação daqueles que já atuam, como para a formação de novos enfermeiros; além de buscar estratégias que fortaleçam o reconhecimento de uma classe profissional, imprescindível, para as estruturas de saúde, quer em seus aspectos gerenciais, de formação e principalmente assistenciais.” No campo metodologia (informações básicas do projeto), a pesquisadora traz as seguintes informações sobre a forma de recrutamento e realização da pesquisa: "CENÁRIO: Pelo fato da COVID-19 estar presente em todo o país, essa será uma pesquisa que terá como cenário o setor saúde, em todos os seus níveis do território brasileiro. Essa delimitação torna-se importante para fins da pesquisa tendo em vista as diferenças

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

**Bairro:** Unidade Administrativa II

**CEP:** 31.270-901

**UF:** MG

**Município:** BELO HORIZONTE

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br



regionais, dos serviços de saúde e possivelmente da forma de enfrentamento da pandemia pelos profissionais enfermeiros. Buscar-se-á representar as diversas regiões brasileiras em diferentes níveis de assistência. **PARTICIPANTES:** Os participantes do estudo serão enfermeiros que estejam atuando na linha de frente do enfrentamento da COVID-19, independente do local em que o mesmo atua, sem distinção de gênero, raça e tempo de formação. A escolha dos colaboradores será realizada de acordo com a técnica de amostragem bola de neve (snowball), em que novos participantes são indicados pelos próprios entrevistados. A pesquisa finalizará com a saturação dos dados. **TÉCNICA DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS:** Em respeito às medidas de isolamento social, ainda estabelecidas no território brasileiro e sem data de término estabelecida, será realizada nessa pesquisa a comunicação mediada por meio dos aplicativos Google Meet, Whatsapp e também por email. Essa escolha justificou-se pela gratuidade dessas tecnologias e fácil acesso. Será realizada uma entrevista aberta com os participantes, na qual eles responderão questões acerca do enfrentamento da COVID-19 pelo enfermeiro e as mudanças que observou nesse processo em relação à sua vida pessoal e profissional. A análise acontecerá por meio das etapas da história oral. **ASPECTOS ÉTICOS:** Serão respeitadas nesse estudo as Resoluções 466/12, 518/2016 e 580/2018 que tratam de pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2012). A participação dos sujeitos do estudo será voluntária, sem nenhum gasto financeiro e também sem recebimento de nenhum valor e todos assinarão o TCLE. Os mesmos poderão retirar-se da mesma a qualquer momento. Nenhum participante será identificado na pesquisa. Todas as entrevistas serão utilizadas apenas para fins de pesquisa. Os riscos identificados na pesquisa são aqueles referentes a alguma lembrança sobre o enfrentamento da COVID-19, ficando a pesquisadora responsável por providenciar assistência. A pesquisa só terá início após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética". São apontados, ainda: "Critério de Inclusão: Ser enfermeiro e atuar no enfrentamento à pandemia do COVID-19 no Brasil. Critério de Exclusão: Enfermeiros que estiverem de licença ou atuando apenas em cargos administrativo." (informações básicas do projeto)

### **Objetivo da Pesquisa:**

Os objetivos contidos no projeto são os seguintes:

#### **"Objetivo Primário:**

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad S1 2005

**Bairro:** Unidade Administrativa II

**CEP:** 31.270-901

**UF:** MG

**Município:** BELO HORIZONTE

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

Compreender a construção histórica da COVID-19 em narrativas de enfermeiros atuantes no enfrentamento da pandemia, considerando seus contextos pessoais e profissionais."

### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Abaixo os riscos e benefícios elencados pela pesquisadora: "Riscos:

Os riscos identificados na pesquisa são somente aqueles referentes a alguma lembrança ou sentimento referente ao enfrentamento da COVID-19. A pesquisadora ficará responsável por minimizar esses riscos e buscar atendimento para o participante caso seja necessário.

Benefícios:

Espera-se que esse estudo possa contribuir com a construção da história da pandemia do século XXI, denominada COVID-19, estabelecida no cotidiano da assistência nos serviços de saúde; apresente subsídios para novas reflexões sobre o pensar e fazer o cuidado, que auxilie tanto na capacitação daqueles que já atuam, como para a formação de novos enfermeiros; além de buscar estratégias que fortaleçam o reconhecimento de uma classe profissional, imprescindível, para as estruturas de saúde, quer em seus aspectos gerenciais, de formação e principalmente assistenciais."

### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um projeto de pesquisa do programa de doutorado da Escola de Enfermagem da UFMG. O estudo apresenta como objetivo compreender a construção histórica da COVID-19 em narrativas de enfermeiros atuantes no enfrentamento da pandemia, considerando seus contextos pessoais e profissionais. Apresenta orçamento indicando financiamento próprio.

### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram apresentados os seguintes documentos:

- Folha de rosto preenchida e assinada com data de 02/06/2020;
- Declaração dos pesquisadores assinada;

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad S1 2005

**Bairro:** Unidade Administrativa II

**CEP:** 31.270-901

**UF:** MG

**Município:** BELO HORIZONTE

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

- Cronograma;
- Informações básicas do projeto – Plataforma Brasil;
- Projeto de pesquisa brochura completo;
- Instrumento de coleta de dados;
- Orçamento detalhado;
- TCLE – precisa ser organizado. Iniciar com a apresentação do projeto, objetivos do estudo, riscos e benefícios (a escrita minimiza os riscos). Incluir rubrica dos pesquisadores e participante em todas as páginas;
- Ficha de comprovação de submissão na PB.
- Parecer da Câmara Departamental;

No TCLE será necessário algumas correções: retirar as referências a caráter mínimo dos riscos e prever benefícios individuais ao participante. Informar que o COEP pode ser consultado em caso de dúvidas éticas. Estabelecer direito à indenização em caso de danos decorrentes da participação na pesquisa. O TCLE será aplicado presencialmente ou por meio virtual? A pesquisadora deve esclarecer sobre a forma de coleta do consentimento (ex.: será enviado com antecedência para leitura e análise, e na videoconferência para realização da entrevista será destinado prazo para manifestação formal do consentimento). Em caso de consentimento por meio virtual, a pesquisadora deve prever a forma como o participante terá acesso a uma via do documento (ex.: será comunicado de que poderá realizar o download no endereço X, será enviado para seu e-mail ou até residência, etc.). Em caso de consentimento por documento escrito, deve-se incluir rubrica dos pesquisadores e participante em todas as páginas, trocar no termo final a expressão "cópia" por "via".

### **Recomendações:**

A pesquisadora precisará atender as recomendações abaixo e em futura emenda/relatório os documentos e informações sejam atualizados.

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad S1 2005

**Bairro:** Unidade Administrativa II

**CEP:** 31.270-901

**UF:** MG

**Município:** BELO HORIZONTE

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

- a) No TCLE: Informar que o COEP pode ser consultado em caso de dúvidas éticas. Estabelecer direito à indenização em caso de danos decorrentes da participação na pesquisa. Esclarecer sobre a forma de resguardo do anonimato.
- b) No projeto e no TCLE deve estar claro se o convite (recrutamento) será aplicado presencialmente ou por meio virtual. A pesquisadora deve esclarecer sobre a forma de coleta do consentimento (ex.: será enviado com antecedência para leitura e análise, e na videoconferência para realização da entrevista será destinado prazo para manifestação formal do consentimento?). Em caso de consentimento por meio virtual, a pesquisadora deve prever a forma como o participante terá acesso a uma via do documento (ex.: será comunicado de que poderá realizar o download no endereço X, será enviado para seu e-mail ou até residência, etc.). Em caso de consentimento por documento escrito, deve-se incluir rubrica dos pesquisadores e participante em todas as páginas, trocar no termo final a expressão "cópia" por "via".

#### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Na condição de se atender as recomendações, aprova-se o projeto.

#### **Considerações Finais a critério do CEP:**

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad S1 2005

**Bairro:** Unidade Administrativa II

**CEP:** 31.270-901

**UF:** MG

**Município:** BELO HORIZONTE

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

| <b>Tipo Documento</b>                                     | <b>Arquivo</b>                                 | <b>Postagem</b>        | <b>Autor</b>                  | <b>Situação</b> |
|---|--|------------------------|-------------------------------|-----------------|
| Informações Básicas do Projeto                            | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1569305.pdf  | 03/06/2020<br>15:56:56 |                               | Aceito          |
| Folha de Rosto  | folhaDeRostoprojdoutorado.pdf                  | 03/06/2020<br>15:53:32 | Claudia Maria de Mattos Penna | Aceito          |
| Outros  | Instrumento_de_coleta_dos_dados.pdf            | 03/06/2020<br>09:59:22 | Claudia Maria de Mattos Penna | Aceito          |
| Declaração de Pesquisadores                               | Declaracao_pesquisadores.pdf                   | 03/06/2020<br>08:47:09 | Claudia Maria de Mattos Penna | Aceito          |
| Projeto Detalhado /Brochura Investigador                  | Projeto_Doutorado_Detalhado.pdf                | 03/06/2020<br>08:37:25 | Claudia Maria de Mattos Penna | Aceito          |
| Cronograma  | CRONOGRAMA.pdf                                 | 03/06/2020<br>08:36:42 | Claudia Maria de Mattos Penna | Aceito          |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido.pdf | 02/06/2020<br>01:23:30 | Claudia Maria de Mattos Penna | Aceito          |
| Outros  | Parecer_Camara_Tecnica_EEUFMG.pdf              | 02/06/2020<br>01:20:07 | Claudia Maria de Mattos Penna | Aceito          |
| Orçamento   | Orcamento.pdf                                  | 02/06/2020<br>01:19:16 | Claudia Maria de Mattos Penna | Aceito          |

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos,6627 2º Ad S1 2005

**Bairro:** Unidade Administrativa II

**CEP:** 31.270-901

**UF:** MG

**Município:** BELO HORIZONTE

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BELO HORIZONTE, 10 de Junho de 2020

---

**Assinado por: Críssia Carem Paiva Fontainha (Coordenador)**

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad S1 2005

**Bairro:** Unidade Administrativa II

**CEP:** 31.270-901

**UF:** MG

**Município:** BELO HORIZONTE

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

