



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Daniela Aparecida Teixeira da Silva

**As representações sociais da COVID-19 e do cuidado à pessoa com
coronavírus para os profissionais na atenção básica**

Rio de Janeiro

2023

Daniela Aparecida Teixeira da Silva

As representações sociais da COVID-19 e do cuidado à pessoa com coronavírus para os profissionais na atenção básica

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof.^a Dra. Denize Cristina de Oliveira

Rio de Janeiro

2023

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

S586 Silva, Daniela Aparecida Teixeira da.
As representações sociais da COVID-19 e do cuidado à pessoa com coronavírus para os profissionais na atenção básica / Daniela Aparecida Teixeira da Silva. - 2023.
177 f.

Orientadora: Denize Cristina de Oliveira.
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Representações sociais. 2 Pessoal de saúde. 3. COVID-19. 4. Atenção primária à saúde. I. Oliveira, Denize Cristina de. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU
614.253.5

Bibliotecária: Diana Amado B. dos Santos CRB7/6171

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Daniela Aparecida Teixeira da Silva

A representação social da COVID-19 e do cuidado à pessoa com coronavírus para os profissionais na atenção básica

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 21 de junho de 2023.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Denize Cristina de Oliveira (Orientadora)
Faculdade de Enfermagem – UERJ

Prof.^a Dra. Fátima Maria da Silva Abrão
Universidade de Pernambuco

Prof.^a Dra. Thelma Spindola
Faculdade de Enfermagem – UERJ

Rio de Janeiro

2023

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos profissionais de saúde, grandes heróis dessa pandemia.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pelo dom da Vida, da Sabedoria e por abrir caminhos que me proporcionaram chegar até aqui...

Agradeço a meus pais, Roza e Salvador, e aos meus irmãos, Dayanny e Jhone, por me ajudarem e estarem comigo a cada dia dessa jornada!

Agradeço ao meu noivo Sávio, por estar comigo a cada dia, me dando apoio, cuidado, zelo e por me incentivar a cada dia a não desistir do meu sonho.

Agradeço a minha instituição UNIFAA, em especial aos meus gestores Rafael e Alessandra, que sempre me apoiaram para que eu conseguisse concluir cada etapa...

Agradeço a minha equipe do Centro de Simulação, principalmente as minhas meninas, Mari, Lu e Gê, por segurarem a barra durante as minhas ausências...

Agradeço à minha orientadora, Prof.^a Dr.^a. Denize Cristina de Oliveira, por me dar essa oportunidade e por acreditar no meu potencial, transmitindo seus conhecimentos e me proporcionando a experiência de trabalhar com essa teoria fascinante!

Agradeço aos profissionais de saúde e a rede que aceitou participar desse estudo, sem vocês não seria possível...

Agradeço ao grupo de pesquisa PSICUIDEN, pelas trocas e reflexões ao longo dessa jornada. Estendo meus agradecimentos aos professores Dr.^o. Sérgio, Dr.^a Thelma e Dr.^o. Marcos.

Agradeço aos meus companheiros da turma de Mestrado, por compartilharem essa trilha juntos!

Agradeço a todos os professores, funcionários e colaboradores da Faculdade de Enfermagem da UERJ e do PPGENF: vocês são os pilares dos nossos caminhos...

Agradeço a minha respeitosa banca examinadora, por dispor-se a avaliar meu trabalho, contribuindo para o aperfeiçoamento deste.

A todos que diretamente ou indiretamente contribuíram para realização deste trabalho, minha eterna gratidão!

É preciso amar as pessoas como se não houvesse amanhã, porque se você parar para pensar, na verdade não há...

Renato Russo

RESUMO

SILVA, D.A.T. **As representações sociais da COVID-19 e do cuidado à pessoa com coronavírus para os profissionais na atenção básica.** 2023. 177 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

Este estudo teve como objetivo analisar as representações sociais da COVID-19 e do cuidado à pessoa com coronavírus para os profissionais na atenção básica. Trata-se de um estudo de campo, exploratório, descritivo, com abordagem metodológica qualitativa, fundamentado na Teoria das Representações Sociais, sendo utilizada a abordagem estrutural. Os cenários escolhidos para esse estudo foram os serviços de atenção primária de uma cidade interiorana, da região Médio Paraíba, do estado do Rio de Janeiro. Os participantes do estudo foram os profissionais de saúde que atuaram na linha de frente da pandemia de COVID-19. Para a coleta de dados foram utilizados um questionário de identificação socioeconômica, questionário de evocação livre de palavras aos termos indutores COVID-19 e cuidado à pessoa com COVID-19 e entrevistas semiestruturadas. A análise de dados foi realizada a partir da construção e interpretação do quadro de quatro casas, instrumentalizada pelo *software* EVOC 2005, acompanhada de contextualização semântica das palavras evocadas a partir de trechos das entrevistas. Na análise da COVID-19 foram encontrados os seguintes resultados no quadrante superior esquerdo foram observados os termos: *morte, medo, sintomas, ansiedade-angústia e pandemia*. No quadrante superior direito: *prevenção, isolamento e vacina*. No quadrante inferior direito: *hospital-uti, sobrecarga, crise-econômica-social e isolamento-social*. No quadrante inferior esquerdo: *informação-desinformação, sofrimento, descaso, desgoverno e doença*. Na representação social do cuidado à pessoa com coronavírus foram encontrados os termos no quadrante superior esquerdo: *isolamento, máscara, álcool-gel, atenção e lavar as mãos*. No quadrante superior direito: *isolamento-social, higiene, orientação, vacina, empatia, tratamento, sintomas e cuidados*. No quadrante inferior direito: *medo, teste, hospital-uti, informação-desinformação, alimentação, repouso, acolhimento e saúde mental*. No quadrante inferior esquerdo: *carinho, coragem, EPI e prevenção*. A representação social da COVID-19 está atrelada aos sentimentos despertados pela doença, pelas formas de prevenção e pelos apontamentos sociais, políticos e do processo de trabalho que ocorreram no desenvolvimento da pandemia. A representação do cuidado à pessoa com coronavírus está ligada ao autocuidado, às medidas preventivas e à assistência associada à doença. Dessa maneira, pode-se destacar que a representação social da COVID-19, apesar de marcada por sentimentos, está configurada no profissional inserido na rede de atenção, no sistema de saúde. Enquanto a representação do cuidado mostra o profissional como cuidador único de cada paciente, respeitando suas individualidades. Conclui-se que essas representações apontam dois enfoques de saúde distintos, as ações de saúde coletiva, voltadas ao público e aquelas de saúde individual, voltadas ao resgate da saúde das pessoas.

Palavras-chave: COVID-19. Coronavírus. Cuidado de saúde. Profissionais de saúde. Teoria das Representações Sociais.

ABSTRACT

SILVA, D.A.T. **Social representations of COVID-19 and care for people with coronavirus for professionals in primary care.** 2023. 177 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

This study aimed to analyze the social representations of COVID-19 and care for people with coronavirus for professionals in primary care. This is a field study, exploratory, and descriptive, with a qualitative methodological approach, based on the Theory of Social Representations, using the Structural Approach. The scenarios chosen for this study were the Primary Care Services of an interior city, in the Middle Paraíba region, in the state of Rio de Janeiro. The study participants were health professionals who worked on the front lines of the COVID-19 pandemic. For data collection, a socioeconomic identification questionnaire, a free word evocation questionnaire for the inducing terms COVID-19 and care for the person with COVID-19, and semi-structured interviews were used. Data analysis was carried out from the construction and interpretation of the four-house chart, instrumentalized by the EVOC 2005 software, accompanied by semantic contextualization of the words evoked from excerpts from the interviews. In the analysis of COVID-19, the following results were found: in the upper left quadrant, the terms were observed: death, fear, symptoms, anxiety-anguish, and pandemic. In the upper right quadrant: prevention, isolation, and vaccine. In the lower right quadrant: hospital-ICU, overload, economic-social crisis, and social isolation. In the lower left quadrant: information-disinformation, suffering, neglect, mismanagement, and illness. In the social representation of care for people with coronavirus, the following terms were found: in the upper left quadrant: isolation, mask, alcohol-gel, attention, and washing hands. In the upper right quadrant: social isolation, hygiene, guidance, vaccine, empathy, treatment, symptoms, and care. In the lower right quadrant: fear, test, hospital-ICU, information-disinformation, food, rest, embracement, and mental health. In the lower left quadrant: affection, courage, PPE, and prevention. The social representation of COVID-19 is linked to the feelings aroused by the disease, the forms of prevention and the social, political, and work process notes that occurred in the development of the pandemic. The representation of care for people with coronavirus is linked to self-care, preventive measures, and assistance associated with the disease. In this way, it can be highlighted that the social representation of COVID-19, despite being full of feelings, is configured in the professional inserted in the care network, in the health system; while the representation of care shows the professional as the sole caregiver of each patient, respecting their individualities. It is concluded that these representations point to two distinct health approaches, collective health actions, aimed at the public and those of individual health, aimed at rescuing people's health.

Keywords: COVID-19. Coronavirus. Health care. Health professionals. Theory of Social Representations.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Comparação dos quadros de quatro casas da COVID-19 e do Cuidado à pessoa com coronavírus para os profissionais na atenção primária. Valença- RJ, 2023.	126
Figura 2 –	Comparação das dimensões representacionais das representações sociais da COVID-19 e do Cuidado à pessoa com coronavírus para os profissionais na atenção primária. Valença-RJ, 2023.....	129
Figura 3 –	Comparação das palavras evocadas das dimensões representacionais afetiva e psico-relacional das representações sociais da COVID-19 e do cuidado à pessoa com coronavírus para os profissionais na atenção primária. Valença-RJ, 2023.....	130
Figura 4 –	Comparação das palavras evocadas nas dimensões representacionais clínico-biomédicas das representações sociais da COVID-19 e do Cuidado à pessoa com coronavírus para os profissionais na atenção primária. Valença-RJ, 2023.....	131
Figura 5 –	Comparação das palavras evocadas nas dimensões representacionais preventivas das representações sociais da COVID-19 e do Cuidado à pessoa com coronavírus para os profissionais na atenção primária. Valença-RJ, 2023.....	131

LISTA DE QUADROS

Quadro 1-	Adaptação esquemática do Quadro de Quatro Casas (OLIVEIRA et al., 2005.)	59
Quadro 2-	Quadro de Quatro Casas ao termo indutor “COVID-19” para os profissionais da Atenção Básica. Valença-RJ, 2022 (n=100)	80
Quadro 3-	Quadro de Quatro Casas ao termo indutor “Cuidado à pessoa com COVID-19” para os profissionais na Atenção Básica. Valença- RJ, 2022 (n=100)	105

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos profissionais por idade. Valença - RJ, 2022.....	72
Tabela 2	Distribuição dos profissionais por sexo. Valença-RJ, 2022	73
Tabela 3	Distribuição dos profissionais por escolaridade. Valença - RJ, 2022.....	74
Tabela 4	Distribuição dos profissionais por religião. Valença - RJ, 2022.....	74
Tabela 5	Distribuição dos profissionais por orientação política. Valença-RJ, 2022.	75
Tabela 6	Distribuição dos profissionais por profissão. Valença – RJ, 2022.....	76
Tabela 7	- Distribuição dos profissionais por Renda. Valença-RJ, 2022.....	77
Tabela 8	Distribuição dos profissionais segundo já ter desenvolvido COVID-19. Valença-RJ, 2022.....	78
Tabela 9	Distribuição dos profissionais por tempo de trabalho na Atenção Básica. Valença-RJ, 2022	79
Tabela 10	Distribuição dos participantes por carga horária semanal. Valença-RJ, 2022	79

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária em Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
EPI	Equipamento de Proteção individual
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ESP II	Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NC	Núcleo Central
OME	Ordem média de evocação
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS	Programa de Agente Comunitários de Saúde
PAHO	Pan American Health Organization
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNVS	Política Nacional de Vigilância em Saúde
POP	Procedimento Operacional Padrão
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RS	Representação social
RT-PCR	Reação em cadeia de polimerase em tempo real
SG	Síndrome Gripal
SR	Síndrome Respiratória
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SUS	Sistema Único de Saúde
TRS	Teoria de Representações Sociais
UR	Unidades de Registro

UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	15
1	REFERENCIAL TEMÁTICO	21
1.1	O cenário da pandemia de COVID-19	21
1.2	O papel da APS/AB no enfrentamento à pandemia de COVID-19.....	28
1.3	As dimensões do cuidado e das práticas de cuidado.....	39
1.4	O Cuidado à pessoa com COVID-19.....	44
2	REFERENCIAL TEÓRICO	51
2.1	A teoria das Representações Sociais	51
2.2	A Teoria do Núcleo Central e a abordagem estrutural das RS	57
2.3	Relações entre Práticas e Representações Sociais.....	60
2.4	Representações Sociais da COVID-19 e do Cuidado: o que mostram os estudos	62
3	METODOLOGIA	65
3.1	Tipo de estudo.....	65
3.2	Cenário do estudo.....	66
3.3	Participantes do estudo e amostra	67
3.4	Coleta de dados.....	69
3.5	Tratamento e análise de dados.....	70
3.6	Aspectos éticos da pesquisa	71
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	72
4.1	Caracterização socioeconômica dos profissionais de saúde estudados.....	72
4.2	Representação social da COVID-19	80
4.3	Representação social do cuidado à pessoa com coronavírus	104
4.4	As relações estabelecidas entre as representações sociais da COVID-19 e do cuidado às pessoas com coronavírus.....	125
	CONCLUSÃO	135
	REFERÊNCIAS	139
	APÊNDICE A –Questionário de identificação dos sujeitos	159

APÊNDICE B –Instrumento de evocação livre de palavras aos termos indutores: “COVID-19” e “cuidado à pessoa com COVID-19”	162
APÊNDICE C –Roteiro de entrevista semiestruturada	163
APÊNDICE D –Termo de consentimento livre e esclarecido.....	165
APÊNDICE E –Dicionário de variáveis de identificação dos sujeitos.....	167
APÊNDICE F - Dicionário de padronização das evocações livres ao termo indutor “COVID-19”	169
APÊNDICE G - Dicionário de padronização das evocações livres ao termo indutor “cuidado à pessoa com COVID-19”	172
APÊNDICE H - Relatório Rangmot da análise do termo “COVID-19”	175
APÊNDICE I - Relatório Rangmot da análise do termo “cuidado às pessoas com COVID-19”	176
ANEXO - Parecer Do Comitê De Ética em Pesquisa	177

INTRODUÇÃO

Este projeto está centrado no tema representações sociais da COVID-19 e do cuidado das pessoas com coronavírus. Ele faz parte do Projeto Integrado intitulado “A Construção Social do Coronavírus e da COVID- 19 e suas lições para as práticas de cuidado pessoal, profissional e social”, de autoria da orientadora desta dissertação.

A pandemia da COVID-19, inicialmente popularizada como novo coronavírus, aconteceu de forma abrupta e intensa, com rápida disseminação dos casos, incertezas do meio científico e medo da população em geral. A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (2020) traçou um histórico, baseado nos dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), de como o surto se transformou em uma pandemia.

Esse histórico aponta que a OMS foi alertada sobre inúmeros casos de pneumonia na cidade de Wuhan, província de Hubei, na República Popular da China, em 31 de dezembro de 2019. Esses casos estavam relacionados a uma nova cepa de Coronavírus, até então nunca identificada em seres humanos. A partir do alerta, se intensificaram os olhares para o crescimento do surto, e em 30 de janeiro de 2020 foi declarado que o episódio já se constituía em uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) – maior nível de alerta da Organização, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional. Esse alerta teve como objetivo aprimorar a coordenação, a cooperação e a solidariedade global para interromper a propagação do vírus. Segundo Marques, Silveira e Pimenta (2020) a doença evolui rapidamente, ao considerar sua capacidade de transmissão, o impacto que projeta para o futuro, o volume de recursos que mobiliza e o seu caráter até então desconhecido, são alguns dos elementos que levaram a sua caracterização como uma Emergência em Saúde Pública.

De acordo com os dados obtidos, ainda em janeiro de 2020, foram registrados casos crescentes da nova infecção fora da China, em países da Ásia, Europa e América do Norte. O número de infectados cresceu demasiadamente a cada dia, ao se espalhar por vários países e com número de óbitos assustadores. Em decorrência desses níveis acelerados e crescentes da propagação e da gravidade do vírus em diferentes países, a OMS decretou o surto como uma pandemia, em 11 de março de 2020 (OMS, 2020).

A pandemia de COVID-19 transformou o panorama de vida das pessoas em nível mundial. A primeira medida recomendada pela OMS, apoiada por diversos especialistas da

área, foi o “lockdown”, expressão usada em todo mundo, significando uma situação de confinamento” imposta aos indivíduos. Essa medida consiste em reduzir o deslocamento das pessoas ao mínimo possível, aos que trabalhavam aderiram ao *home office* e exerceram suas atividades laborais, sempre que possível, a partir dos seus domicílios, para evitar contatos desnecessários. O objetivo principal dessa medida foi diminuir a curva de contaminação, reduzir o número de contaminados por período, impedindo que os serviços de saúde ficassem sobrecarregados.

Conforme noticiado nos veículos de comunicação, se iniciou instantaneamente uma corrida para a estocagem de alimentos e insumos imprescindíveis no dia a dia. Lavagem das mãos, uso de álcool e máscaras se tornaram atividades rotineiras e obrigatórias. As escolas anteciparam as férias, as empresas entraram em *home office* (trabalho remoto), serviços considerados não essenciais foram suspensos, eventos deixaram de acontecer; pontos turísticos com grande circulação de pessoas foram fechados. Foram mantidos em funcionamento apenas os serviços essenciais, como supermercados, serviços de saúde, postos de gasolina e outros. Houve grande disseminação de informação, dúvidas, medos, divergências de opiniões e mudanças nos hábitos cotidianos das pessoas.

De outro lado estavam os serviços e os profissionais de saúde, que apresentavam muitas dúvidas em relação à nova patologia apresentada, não se sabia ao certo como seria organizada a assistência prestada e como se daria o processo de trabalho frente à nova doença e aos altos índices de contaminação e de letalidade. Era preciso criar estratégias eficientes, de forma rápida, para tentar conter o impacto do vírus nos serviços de saúde.

Travassos (2020) aponta que esse cenário da pandemia de COVID-19, fez com que os sistemas de saúde passassem a lidar de forma repentina com uma demanda crescente de pacientes graves, portadores de uma doença contagiosa, com quadro clínico desconhecido e sem tratamento disponível. Além disso, segundo a autora, múltiplos fatores precisaram ser considerados em relação ao sistema de saúde, como a oferta de leitos de UTI (Unidade de Terapia Intensiva), ventiladores mecânicos, o papel da atenção primária de saúde na organização da assistência, a disponibilidade de equipamentos de segurança individual e a eficácia dos medicamentos na profilaxia e tratamento da COVID-19, sendo essas, preocupações da sociedade, com difícil debate até mesmo entre especialistas.

Os profissionais de saúde, protagonistas naquele momento, desde a atenção primária até a atenção hospitalar, se viram como combatentes na linha de frente, em meio a um caos que se formaria, com grandes incertezas e medos de como a vida profissional seria organizada e como esta influenciaria a vida pessoal. Nesse contexto, Pietrantonio (2022) discute que a

emergência da COVID-19 encontrou trabalhadores de saúde despreparados, não somente a nível organizacional, mas também emocionalmente, aspecto que agravou a crise dos serviços de saúde.

Teixeira et al. (2020) afirma que esses profissionais formaram, e ainda formam, um grupo de risco para a COVID-19, devido à exposição direta à pacientes infectados, fazendo com que recebam uma alta carga viral, com iminente risco de adoecer. Além disso, devido ao fato de atenderem diversos pacientes em situação grave e em condições de trabalho frequentemente inadequadas, ficam mais propensos a desenvolver estresse e problemas mentais.

No Brasil, a maioria da demanda de assistência à saúde está no sistema público de saúde, denominado SUS (BRASIL, 1990). O SUS oferece cuidado universal e igualitário para todos as pessoas, sem qualquer discriminação. Dessa maneira, todos os profissionais de saúde foram diretamente afetados por esse novo cenário. Ao analisar os dados dos Conselhos de Saúde, atualmente existem no Brasil 693.448 enfermeiros (COFEN, 2023), ainda segundo o órgão, possui 450.959 auxiliares e 1.663.030 técnicos de enfermagem. Conta, ainda, com 564.385 médicos (CFM, 2023); aproximadamente 240.000 fisioterapeutas (COFFITO, 2023); 199.236 nutricionistas (CFN, 2023), 393.979 cirurgiões dentistas e 208.033 técnicos e auxiliares de saúde bucal (CFO, 2023) e 210.000 assistentes sociais (CFESS, 2023). Dessa maneira, o país conta com mais de 2 milhões de especialistas que atuam no Sistema Único de Saúde (CNS, 2022).

Até meados de janeiro de 2023 foram registrados aproximadamente 664 milhões de casos de COVID-19 no mundo e cerca de 36,7 milhões no Brasil. Esses números colocaram o país em quinto lugar no ranking mundial de casos de COVID-19 durante a pandemia. Vale ressaltar que, em meados de 2022, o país ocupou a terceira posição do ranking mundial, ficando atrás dos EUA e da Índia. O número de mortes ultrapassou a marca de 6 milhões de pessoas no mundo, sendo 695.615 no Brasil, que chegou a registrar a marca de 4 mil mortes por dia (OMS, 2022, 2023).

Em janeiro de 2021, o risco de contaminação para COVID-19 era de moderado para alto em todo território do estado do Rio de Janeiro, o que caracterizou uma das fases com maior nível de contaminação desde o início da pandemia. (UFF, 2021). Ainda nesse estado, até o primeiro trimestre de 2023, foram registrados aproximadamente 2.600.000 casos positivos para COVID-19; em relação aos óbitos, os números passaram de 70 mil. Na cidade em que o estudo foi desenvolvido, no mesmo corte temporal foram registrados 11 mil casos e 245 óbitos, com uma taxa de letalidade de 2,1. (RIO DE JANEIRO, 2023).

Ainda não existem dados concretos sobre o número de profissionais que atuaram na linha de frente durante a pandemia de COVID-19 e nem o número oficial de contaminados. A OMS (2021) reporta que até 180 mil profissionais de saúde podem ter morrido de COVID-19, sendo que os números de profissionais contaminados ainda são imprecisos, mas estima-se que ultrapasse milhões de profissionais. Um estudo realizado pela Internacional de Serviços Públicos (ISP) em 2021, mostrou que pelo menos 4,5 mil profissionais de saúde morreram no auge da pandemia (EPSJV/FIOCRUZ, 2022).

Machado et al. (2022) apontam que a pandemia alterou de modo significativo a vida de 95% dos trabalhadores. Segundo essa pesquisa, 50% dos entrevistados pontuaram excesso de trabalho no desencadear da pandemia e 45% pontuaram precisar de mais um emprego para sobreviver, resultando assim em jornadas superiores a 40 horas semanais.

A assistência às pessoas com COVID-19 passou a ser prioridade em nível mundial, seja para reduzir o risco de contaminação ou para reduzir danos, sequelas e óbitos. Vale ressaltar que o cuidado de saúde possui inúmeros desafios e graus de complexidade. Os pontos de cuidado devem se articular levando em conta a evolução clínica dos pacientes e o grau de vulnerabilidade social e econômica. A assistência à pessoa com COVID-19 varia de acordo com a gravidade do acometimento pela doença, podendo acontecer no domicílio, nas unidades de atenção primária à saúde, nos ambulatorios de especialidades, unidades de pronto atendimento, hospitais e unidades de terapia intensiva (ABRASCO; CEBES; REDE UNIDA, et al., 2020).

Com base no grande impacto que a pandemia causou no sistema de saúde, nas transformações do processo de trabalho, bem como no obscurantismo em relação à assistência e ao cuidado à saúde, definiu-se como questão de pesquisa: como se caracterizam as representações sociais da COVID-19 e do cuidado à pessoa com coronavírus entre os profissionais na atenção básica?

Bäckström (2016) considera que a doença e a experiência acarretada por ela se constituem em realidades distintas, uma vez que a doença possui uma parcela de construção social. Dessa forma, a doença em si traz uma realidade biológica, um problema no corpo físico, uma disfunção anatômica/fisiológica, por outro lado, ela também carrega um caráter social, que consiste na experiência social do adoecimento, na subjetividade da doença.

A subjetividade, tanto individual quanto coletiva, se influenciam, por fazerem parte do mesmo sistema subjetivo, mesmo que seus processos de subjetivação sejam distintos. Diante disso, refletimos sobre a saúde e a doença serem pautadas no público e no privado (MORI; REY, 2012). A partir dessa concepção, Herzlich (2004) aponta que as pessoas doentes ou

incapacitadas são submetidas a um processo de preconceito e discriminação, onde a sociedade é colocada em dimensões cruzadas das dimensões individuais, culturais e sociais.

Dessa maneira, pode-se refletir sobre o conceito de saúde da OMS (1946) em que a saúde foi definida como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas como a ausência de doença ou enfermidade”. As reflexões da doença ultrapassam as questões biológicas, em que as psicológicas e sociais são indispensáveis para a saúde das pessoas.

Oliveira (2020), reflete sobre a construção social da COVID-19 e do coronavírus ao fazer uma analogia com a construção social do HIV/Aids, por serem marcados por normas sociais e valores morais atrelados aos conceitos constituídos por meio de um processo vinculado às doenças transmissíveis, com alta letalidade, que despertam preconceitos e estigmas, que geram mudança de comportamentos, de práticas coletivas e individuais. Ainda segundo a autora, a construção social de ambas as doenças se deu fortemente marcada por uma ordem biomédica.

Este estudo, portanto, utilizará os aportes teóricos da Teoria das Representações Sociais para conhecer os significados atrelados à doença e aos modos de cuidar estabelecidos diante dela. Jodelet (2001, p.22) considera que representação social é “uma forma de conhecimento, socialmente elaborado e partilhado, tendo uma visão prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”.

Portanto, tomar a representação social como objeto deste estudo significa estudar formas de pensar e explicar a COVID-19 e o cuidado à pessoa com coronavírus como objetos sociais, o que permitirá entender como o grupo social de profissionais de saúde compreende este fenômeno. Ponderando os diversos aspectos que envolvem essa temática, bem como sua importância para a sociedade atual, definiu-se como objetos de estudo as representações sociais da COVID-19 e do cuidado à pessoa com coronavírus.

As representações sociais estão inseridas entre as pessoas e no cotidiano em que se manifestam os saberes e as práticas dos sujeitos. A teoria de representações sociais demanda uma compreensão de que o registro simbólico expressa não apenas um saber sobre a realidade, mas também sobre as formas de viver, ou seja, as identidades, as tradições e as culturas. Jodelet (1989) aponta que existe uma lacuna não pensada entre os ideais que norteiam a busca pela mudança e a realidade dura das práticas cotidianas e permite pensar nas práticas profissionais a partir dessa reflexão.

Discutindo as relações entre práticas e representações, Moscovici (2009) afirma que a representação social é um tipo de conhecimento que está ligado à uma prática, ou seja, possui

a função de construção de atitudes e a comunicação entre os indivíduos. Seus elementos são expressos em um conjunto de informações, crenças, valores e atitudes acerca de um objeto social, que são organizadas, estruturadas e constituídas no sistema sociocognitivo (ABRIC, 2000).

Devido à importância social assumida pela COVID-19 e as práticas de cuidado profissional exigidas, acredita-se que a “relação existente entre representações sociais e práticas é um elemento fundamental a ser analisado, uma vez que a representação exerce influência sobre os comportamentos e as práticas atuam como elementos de transformação das representações” (ROUQUETTE, 2000, p. 43).

Neste contexto, o objetivo geral deste estudo é analisar as representações sociais da COVID-19 e do cuidado às pessoas com coronavírus.

Os objetivos específicos são:

- a) Identificar a estrutura e os conteúdos da representação social da COVID-19 para os profissionais da atenção básica de uma cidade do interior do Rio de Janeiro;
- b) Identificar a estrutura e os conteúdos da representação social do cuidado à pessoa com coronavírus para os profissionais da atenção básica de uma cidade do interior do Rio de Janeiro;
- c) Discutir as relações estabelecidas entre as representações sociais da COVID -19 e das práticas de cuidado à pessoa com coronavírus.

Este estudo se torna relevante uma vez que a COVID-19 possui uma ampla distribuição e magnitude, constituindo-se de um objeto representacional sensível, com um acometimento social nunca vivenciado. Compreender este objeto poderá trazer meios de enfrentamento da doença e das consequências acometidas por ela.

Este estudo poderá contribuir para a compreensão da doença enquanto construção social, revelando percepções sobre os objetos estudados, o que permitirá desenvolver melhores condutas assistenciais e um melhor processo de trabalho entre os profissionais de saúde.

1 REFERENCIAL TEMÁTICO

1.1 O cenário da pandemia de COVID-19

A COVID-19, identificada primeiramente na China e nomeada como *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*, é definida como uma doença infectocontagiosa causada pelo SARS-Cov2, anteriormente denominado como novo Coronavírus. O SARS-Cov2 é um betacoronavírus pertencente ao subgênero Sarbecovírus da família Coronaviridae, sendo o sétimo dessa classe conhecido a infectar seres humanos.

Os primeiros infectados com esse vírus tinham em comum o contato prévio com o mercado de *Wuhan*, conhecido por vender alimentos da cultura local, como animais considerados exóticos. Através do sequenciamento genético do vírus foi possível apontar que esse novo patógeno é parecido com o SARS-CoV, responsável pela Síndrome Respiratória Aguda Grave e o MERS-cov, causador da Síndrome Respiratória do Oriente Médio, ambos transmitidos por meio do contato com animais, sendo denominadas como zoonoses (OMS, 2020).

O Sars-Cov-2 possui alto grau de transmissibilidade. A taxa de transmissão da COVID-19 varia de 2,0 a 3,5, ou seja, um indivíduo contaminado pode transmitir para duas ou três pessoas, a depender do ambiente em que se encontra. Para controle da epidemia, se faz necessário a redução da taxa para menor de 1,0. Outro fator importante em relação à transmissão é a alta carga viral no trato respiratório superior, o que não é comum em outras doenças do trato respiratório (MEDEIROS, 2020). Ainda segundo o autor, essa capacidade de transmissão, faz com que o vírus se espalhe rapidamente entre as pessoas, o que pode causar adoecimento em massa da população e causar uma demanda gigantesca nos serviços de saúde.

Até março de 2022, o Brasil registrou cerca de 660.000 óbitos confirmados pela doença, cujo índice de letalidade geral está estabelecido em 2,2%. O número de casos registrados no período foi de 30 milhões, sendo quase 12 milhões de ocorrências na região Sudeste, cerca de 6 milhões nas regiões Sudeste e Sul, três milhões na região Centro-Oeste e dois milhões no Norte do país. As taxas de mortalidade têm sofrido variação dentre as regiões brasileiras, sendo maior na região Centro-Oeste (385,7/1000 habitantes) e menor na região Norte (270,2/1000 habitantes) (BRASIL, 2022).

O estado do Rio de Janeiro possui uma média de 17,5 milhões de habitantes e foram registrados aproximadamente 2,6 milhões de casos de COVID-19 desde o início da pandemia. Em Valença, a população estimada é de 77 mil habitantes, sendo 11 mil contaminados por COVID-19. (IBGE, 2021).

Desde o seu surgimento, muitas foram as especulações de como esse novo vírus se tornou transmissível entre humanos e resultou em várias teorias que começaram a se espalhar por meio de notícias falsas e sem embasamento científico, sendo conhecidas como fake news. Acerca do conflito entre conhecimento popular e científico, Apostolidis, Santos e Kalampalikis (2020, p.35) consideram:

Estamos diante de um novo objeto representacional, atravessado por áreas de tensão devido à sua natureza pandêmica, altamente comunicativa, onde a legitimidade do conhecimento científico e secular está em jogo, mas também a experiência da reviravolta da vida cotidiana, muitas vezes cruel, e seu impacto na saúde.

Devido à alta dispersão de informação e a necessidade de conhecimento da história natural dessa nova doença, em maio de 2020 a Assembleia Mundial da Saúde, na resolução WHA 73.1, solicitou ao diretor-geral da Organização Mundial da Saúde (OMS) que trabalhasse para identificação da origem desse novo vírus. As principais teorias apontadas na época foram a transmissão de animais para o homem e a possibilidade de um acidente em um laboratório de pesquisa na referida cidade. A origem natural da epidemia foi confirmada em março de 2020, quando a OMS lançou um relatório sobre a origem do novo coronavírus. A agência apontou que ocorreu o chamado “transbordamento zoonótico”, termo referido para explicar o processo de mutação de um vírus adquirindo a capacidade de infectar humanos. A pesquisa permitiu concluir que essa mutação foi um processo natural, sendo a possibilidade de mutação genética induzida pelo homem apontada como extremamente improvável (OMS, 2020). Ainda segundo dados desse relatório, a transmissão pode ter ocorrido do morcego para um mamífero intermediário e, posteriormente, para humanos. A possibilidade de transmissão do morcego direto para o homem também foi apontada, porém considerada menos provável.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2021) salienta que a COVID-19 é uma infecção respiratória aguda causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, potencialmente grave, de elevada transmissibilidade e de distribuição global. Pode ser transmitida através da boca ou nariz de uma pessoa infectada por meio de pequenas partículas líquidas veiculadas durante tosse, espirros ou fala. Essas partículas podem ser gotículas respiratórias maiores ou aerossóis menores. Devido ao curto alcance dessas partículas, a transmissão mais comum ocorre entre indivíduos que estão em contato próximo (até aproximadamente 1 metro de distância). A contaminação se dá quando os vírus são inalados ou entram em contato direto com os olhos,

boca ou nariz, através das gotículas e/ou aerossóis. A maior ocorrência é em ambientes fechados, mal ventilados, com grande fluxo de pessoas, ou ao tocar superfícies contaminadas e, posteriormente, as mucosas descritas acima.

Estudos apontam que o período de incubação do vírus é de 1 a 14 dias, com média de 5 a 6 dias. A transmissão ocorre de pessoas sintomáticas e pré-sintomáticas (quando ainda estão no período de incubação); a transmissão por pessoas assintomáticas é considerada rara. A população geral possui susceptibilidade de contrair o vírus, sendo idosos, pessoas com problemas cardiovasculares e imunossuprimidos considerados grupo de risco, por apresentarem maior possibilidade de desenvolvimento das formas graves da doença (OMS, 2020).

Os sintomas da COVID-19 são classificados em leves, moderados e graves \ críticos e ainda existe a possibilidade de desenvolvimento de complicações pós doença. Os sintomas leves são inespecíficos e podem aparecer ou não, sendo estes: tosse, dor de garganta, coriza, anosmia, ageusia, diarreia, dor abdominal, febre, calafrios, mialgia, fadiga e cefaléia. Se o quadro clínico apresentar adinamia, prostração, hiporexia, diarreia e pneumonia, a classificação do caso passa a ser moderada. Estes correspondem a 80% dos casos sintomáticos (BRASIL, 2021).

De acordo com a OMS (2020), em média, 15% dos infectados podem desenvolver a forma grave da doença, apresentando falta de ar, perda de apetite, confusão, dor persistente ou pressão no peito e alta temperatura (acima de 38 ° C). Estes podem estar associados a sintomas menos comuns, como: irritabilidade, consciência reduzida, ansiedade, depressão, distúrbios do sono, complicações neurológicas mais graves e raras (como acidente vascular cerebral, inflamação do cérebro, delírio e danos aos nervos).

Em casos de insuficiência respiratória, síndrome do desconforto respiratório agudo, sepse e choque séptico, tromboembolismo e/ou insuficiência de múltiplos órgãos, incluindo lesão do coração, fígado ou rins, podem ser fatais. Além dos sintomas presentes durante o período agudo da doença, os pacientes podem apresentar sequelas, principalmente aqueles que desenvolveram a forma grave. A principal complicação é a fibrose pulmonar, sendo relatados também casos de redução da função sistólica e arritmias; declínio cognitivo de longo prazo, encefalopatia aguda, alterações de humor, psicose, sequelas psicológicas, disfunção neuromuscular ou processos desmielinizantes, entre outras (PAHO/WHO, 2020).

O diagnóstico da doença consiste em achados clínicos, exames laboratoriais, como as técnicas de RT-PCR (reação em cadeia de polimerase em tempo real), exames de imagens e exames complementares. As intervenções farmacológicas para tratamento ainda não possuem

efetividade e segurança comprovada, portanto não há dados que justifiquem o uso de tratamentos específicos à COVID-19. Os pacientes devem ser tratados no contexto da pesquisa clínica e embasados nas evidências científicas disponíveis para o tratamento farmacológico (FALAVIGNA et al, 2020).

Observamos que nenhum país está preparado para enfrentar uma epidemia de COVID-19, que determina importantes impactos negativos na economia, na assistência médica e na saúde mental da sociedade como um todo. Os grandes desafios para os hospitais são de reorganizar o atendimento, ampliar leitos de unidade de terapia intensiva, abastecer com equipamentos de proteção individual e ter profissionais capacitados (MEDEIROS, 2020).

Para além dos desdobramentos fisiológicos acarretados pela doença, os impactos psicossociais da COVID-19 possuem amplos desdobramentos sobre as condições de vida da população. Diante dos desdobramentos da COVID-19 sobre o cotidiano de vida dos indivíduos, Apostolidis, Santos e Kalampalikis (2020) afirmam que o atual momento se trata de uma pandemia social a qual torna a doença não apenas um objeto médico e sanitário, mas, acima de tudo, um objeto social. Dessa forma, a resposta individual e coletiva ao vírus é um desdobramento complexo dos valores, relacionamentos e princípios que regem toda a organização social.

Diante dos complexos desdobramentos físicos e sociais da COVID-19, a prevenção é discutida como uma estratégia fundamental de enfrentamento da doença e de contenção do número de casos. Esta se dá através do uso de máscaras, hábitos de higiene, distanciamento social e isolamento dos casos confirmados. A OMS (2020), divulgou as condutas mais importantes para a prevenção e contenção da curva de contaminação da COVID-19, sendo elas: manter uma distância segura de outras pessoas (pelo menos 1 metro), mesmo que elas não pareçam estar doentes; utilizar máscara em público, especialmente em locais fechados ou quando não for possível manter o distanciamento físico; optar por locais abertos e bem ventilados; realizar higiene das mãos com frequência, utilizando sabão e água ou álcool em gel e permanecer em isolamento domiciliar em caso de suspeita ou confirmação da doença.

Sem vacina ou tratamento específico contra o SARS-CoV-2, o isolamento residencial, o distanciamento social e o uso de máscaras de forma universal associado às medidas de higiene podem retardar a transmissão do vírus e diminuir o número de pessoas que procuram os hospitais ao mesmo tempo, adequando o sistema único de saúde a demanda dos casos graves, evitando um colapso de toda rede pública de assistência hospitalar (MEDEIROS, 2020).

As ações de saúde pública foram extremamente importantes para o controle da epidemia de SARS em 2003. Práticas de isolamento, separação entre pessoas doentes e não infectadas, e de quarentena, restrição de circulação, com a vigilância de sintomas e de contatos são fundamentais para o controle no número de casos. Tais aspectos se associam ao distanciamento social para promover a diminuição da circulação do vírus (WILDER-SMITH, FREEDMAN, 2020). Sob esse aspecto, Griffith (2020) refere que a cooperação das pessoas é um ponto crucial para limitar a disseminação do vírus e que as autoridades judiciais só devem ser solicitadas quando não for possível assegurar a cooperação para prevenir um risco à saúde.

Desde o início da pandemia, o governo dos países e os agentes do campo científico buscam evidências científicas para apontar as melhores práticas de prevenção e controle da transmissão e o cuidado da doença, incluindo medidas de diagnóstico, tratamento e atenção à saúde (MAGNO et al., 2020).

A pandemia de COVID-19 configurou-se como um desafio sem precedentes para a saúde pública global e demanda união de esforços dos diferentes profissionais e organizações de saúde para o cuidado integral dos pacientes com a garantia da qualidade da atenção à saúde de organizações preparadas para se adaptarem rapidamente às mudanças. O trabalho orquestrado da equipe multiprofissional formada principalmente por enfermeiros, médicos, farmacêuticos, fisioterapeutas, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, radiologistas, nutricionistas, para a integralidade do cuidado ao paciente infectado pela COVID-19, e o cuidado individual com sua própria segurança são legados que não podem ser esquecidos após a resolução da pandemia (CAPUCHO, 2021).

De maneira geral e a nível mundial, a pandemia gerou implicações não somente de ordem biomédica e epidemiológica, mas envolveu todas as áreas da coletividade humana, sejam elas: econômicas, políticas e/ou culturais. Os danos incluíram a sustentação econômica do sistema financeiro e da população, a saúde mental da comunidade, além dos problemas sociais, como acesso aos bens essenciais necessários para uma vida em equilíbrio. Silva, 2021, s/p, afirma que “os efeitos econômicos gerados pela COVID-19 no Brasil também são severos [...] e isso poderá provocar outra ‘crise’ à ‘econômica’ no cenário pós-pandemia.”

Bueno, Souto e Matta (2021) apontam que analisar e intervir sobre os fenômenos decorrentes da circulação e transmissão do Sars-CoV-2 não se resume a identificar o vírus, compreender sua disseminação e controlá-lo. A COVID-19 precisa ser analisada em diferentes contextos, espaços e linguagens, sobretudo em situações de desigualdade sócio-sanitária, para expor a multiplicidade e especificidade do fenômeno pandêmico, desde a sua dimensão macrossocial até a micropolítica. Segundo os autores, existe o potencial de

exacerbação de uma crise que não é somente sanitária, mas composta de elementos sociais e econômicos. Portanto, a pandemia exige um olhar para o passado e a compreensão das fragilidades para que novas práticas sejam elaboradas, com destaque para a comunicação e para o acesso aos serviços de saúde com um olhar voltado para as pessoas, especialmente os mais vulneráveis.

Minayo e Freire (2020), salientam que vivemos uma pandemia global sem precedentes em nossa geração. Atravessamos uma tempestade sanitária, guiados por diretrizes ainda experimentais – extraídas de um conhecimento científico rudimentar, em construção – ao tempo em que tentamos conter a pulsão de morte dos que boicotam o isolamento social, com a propagação de notícias falsas que encorajam a população a ignorar recomendações sanitárias, e relutam em garantir os investimentos indispensáveis para fazer frente à pandemia. São tempos difíceis para os trabalhadores da Saúde.

O estudo de Moreira, Sousa e Nóbrega (2020), abordou sobre a possibilidade de desencadeamento de problemas psicológicos, na população geral e nos profissionais de saúde. O estudo mostrou uma incidência de ansiedade, depressão, estresse e transtornos do estresse pós-traumático, principalmente entre mulheres, estudantes e enfermeiros. Os efeitos na saúde mental podem persistir a longo prazo, com efeitos considerados lesivos para o resto da vida.

A OMS (2020), divulgou as medidas adotadas na China, que declinaram a curva de contaminação pelo SARS-CoV-2; sendo elas: a proteção dos profissionais de saúde, a identificação dos casos, com a emissão de exames rápidos e isolamento imediato, a identificação dos contactantes e possíveis casos suspeitos. Estas ações foram fortemente recomendadas por diversos órgãos e pesquisadores da área da saúde, como as medidas mais eficazes para a contenção da doença, visto a inexistência da vacina e de um tratamento específico.

No panorama nacional, as práticas diante do cenário da pandemia se mostraram complexas e muitas vezes divergentes das orientações de órgãos renomados, incluindo a OMS. Alguns acontecimentos marcaram fortemente o cenário nacional: inicialmente, destaca-se a grande disseminação de informações falsas pelas redes sociais; o que causou divisão entre a população e consequente dificuldade na divulgação das informações com comprovação científica. Algumas autoridades foram responsáveis por essas *fake News*, fazendo com que a força dessas informações se multiplicasse a cada dia. Algumas plataformas se viram obrigadas a excluir publicações sem cunho científico, para que as orientações de cientistas ganhassem força entre a população.

Além desses aspectos, foram observados equívocos do governo brasileiro no gerenciamento da crise de COVID-19. O ministro da saúde, diante de uma crise sanitária, foi substituído por quatro vezes, sendo indicados para o cargo profissionais que não são da área biomédica, sem conhecimento prévio sobre as políticas de saúde, e, além disso, foram estabelecidos protocolos de tratamento sem comprovação científica bem como a falta de apoio aos estados e municípios. A ausência de um guia para atuação precisa e fundamentada em dados científicos fez com este cenário se tornasse cada vez mais caótico uma vez que cada estado, município e/ou entidade de saúde passaram a determinar suas próprias condutas.

Além do colapso nos sistemas de saúde, o Brasil enfrenta atualmente problemas de ordem política e econômica. No âmbito político, observa-se um *'fight'* entre as diferentes esferas do poder (federal, estadual e municipal). Recentemente o Presidente da República Jair Bolsonaro entrou com uma ação no Supremo Tribunal Federal contra as medidas impostas pelos governadores dos Estados da Bahia, Rio Grande do Sul e Distrito Federal para restringir a abertura do comércio de atividades não essenciais, além de restringir a circulação de pessoas à noite e durante a madrugada (SILVA, 2021, s/p.).

Concomitantemente ao avançar da doença, foram iniciadas as pesquisas para a criação das vacinas de COVID-19, vistas por muitos como a única esperança tangível de solução para essa crise sanitária. Em alguns meses os primeiros testes começaram a ser realizados, e em meados de 2020, os primeiros imunizantes ficaram prontos. A vacina contra COVID-19 foi produzida em tempo recorde, e em 08 de dezembro de 2020 as primeiras doses começaram a ser aplicadas, no Reino Unido. Posteriormente outros países da Europa, Estados Unidos e Canadá começaram a vacinação. No Brasil, a vacinação foi iniciada em 17 de janeiro de 2021, em São Paulo, com o imunizante criado pelo laboratório chinês Sinovac em colaboração com o Instituto Butantan. A OMS lançou o Plano nacional de distribuição e vacinação contra a COVID-19 (OMS, 2021) a fim de fornecer bases para os países iniciarem o processo de vacinação e recomendou-se a priorização dos grupos de risco ou vulneráveis.

A implementação da vacinação da COVID-19 e consequente imunização da população representou um início da contenção da pandemia e possibilidade de sua regressão. Porém, com a evolução da pandemia, foram descobertas algumas variantes do vírus, os quais trouxeram ainda mais dúvidas e receios em relação ao cenário mundial. As variantes surgem a partir de uma mutação genética do vírus e ocorre maior capacidade de contaminação, resistência à terapêutica e letalidade.

Neste momento de início da vacinação, houve um afrouxamento das medidas de restrição e distanciamento social, o que ocasionou uma intensa contaminação entre as pessoas,

episódio este que ficou conhecido com a “Segunda onda da COVID-19”. O segundo pico se tornou mais grave, uma vez que a falta de recursos materiais e humanos se tornam mais evidentes, o que pode gerar efeitos cada vez mais nocivos, na saúde, economia e sociedade.

A vacina para COVID-19 foi implementada no Brasil em janeiro de 2021. Após 03 anos do decreto da pandemia, cerca de 80% dos brasileiros completaram o esquema básico de vacinação. Os imunizantes mostram um grande impacto na redução da mortalidade e morbidade dos casos. É possível observar uma significativa queda das internações e óbitos por COVID-19 em as faixas etárias (BRASIL, 2023).

Ainda segundo informe do Ministério da Saúde:

As vacinas COVID-19 que são ofertadas pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI) são eficazes, efetivas e seguras, possuem autorização de uso pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e passam por um rígido processo de avaliação de qualidade pelo Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS), da Fundação Oswaldo Cruz, instituição responsável pela análise de qualidade dos imunobiológicos adquiridos e distribuídos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Para que as vacinas cheguem até a população brasileira, essas passam por um processo complexo de distribuição, coordenado pelo Ministério da Saúde. (BRASIL, 2023. s/p).

Vale destacar ainda, as inúmeras variantes e linhagens do Sars-cov-2 identificadas desde o seu sequenciamento genético em 2020. Atualmente existem cerca de 2500 linhagens de variantes do vírus, porém a maioria possui um caráter transitório, sendo substituídas por outras formas do vírus. Essa mutação do vírus ocorre enquanto há circulação do vírus entre as pessoas, e essa alteração dele é um modo de se adaptar às transformações populacionais (FIOCRUZ, 2023).

As variantes de preocupação, ou seja, aquelas que possuem maior possibilidade de transmissão, bem como dificuldade de tratamento, até agora registradas são: Delta, Alfa, Beta, Gama e Ômicron, sendo estas localizadas em diferentes continentes do mundo e espalhadas por vários países. Segundo dados da OMS, a vacinação se mostra eficaz e parece cobrir essas cepas do vírus, porém são necessários estudos mais aprofundados para confirmar tais hipóteses (OMS, 2022).

1.2 O papel da APS/AB no enfrentamento à pandemia de COVID-19

O Sistema de Saúde Pública Brasileiro, denominado como Sistema Único de Saúde (SUS), assumiu no país papel preponderante no enfrentamento à Pandemia de COVID-19. As

atividades desenvolvidas pelo sistema em relação à pandemia iniciaram-se desde à assistência direta aos pacientes com as ações de prevenção, tratamento e recuperação; passou pelos laboratórios diagnósticos, e agiu concomitantemente na vigilância epidemiológica, com o objetivo de mostrar o retrato do atual cenário nacional (ALMEIDA; LUCHMAN; MARTELLI, 2020; DANTAS, 2020).

No Brasil, o SUS foi criado para atender a diversidade que o país apresenta, sendo a universalidade, a integralidade e a equidade seus princípios fundamentais. Ele atende aos diversos níveis de atenção à saúde, oferecendo serviços de tratamento e recuperação, bem como de prevenção de doenças e promoção em saúde, no âmbito da qualidade de vida. O SUS tem como dever oferecer acesso integral, universal e gratuito a toda população, seja em esfera individual ou coletiva (BRASIL, 1990).

De acordo com PNAB de 2017, os princípios do SUS caracterizados nos serviços ofertados na Atenção Básica, são definidos como:

Universalidade: possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da RAS (primeiro contato), acolhendo as pessoas e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que as equipes que atuam na Atenção Básica nas UBS devem receber e ouvir todas as pessoas que procuram seus serviços, de modo universal, de fácil acesso e sem diferenciações excludentes, e a partir daí construir respostas para suas demandas e necessidades.

Equidade: ofertar o cuidado, reconhecendo as diferenças nas condições de vida e saúde e de acordo com as necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender à diversidade. Ficando proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, cor, crença, nacionalidade, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade ou limitação física, intelectual, funcional, entre outras, com estratégias que permitam minimizar desigualdades, evitar exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação; de maneira que impacte na autonomia e na situação de saúde.

Integralidade: É o conjunto de serviços executados pela equipe de saúde que atendam às necessidades da população adscrita nos campos do cuidado, da promoção e manutenção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, da cura, da reabilitação, redução de danos e dos cuidados paliativos. Inclui a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado das necessidades biológicas, psicológicas, ambientais e sociais causadoras das doenças, e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins, além da ampliação da autonomia das pessoas e coletividade. (BRASIL, 2017, p.4)

Arelado aos princípios estão as Diretrizes do SUS, que norteiam e modulam os serviços e a assistência prestados na APS e promove a articulação necessária para oferta de cuidado de acordo com a demanda da população. As diretrizes são: regionalização e hierarquização, territorialização e adscrição, população adscrita, cuidado centrado na pessoa, resolutividade, longitudinalidade do cuidado, coordenação do cuidado, ordenação da rede e participação da comunidade. Esses princípios buscam o vínculo da carta de cuidados na rede de atenção à saúde. (BRASIL, 2017).

A articulação entre serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, são ações do chamado nível de atenção em saúde, conforme proposto pela OMS. Estes níveis são divididos em atenção primária ou atenção básica, atenção secundária ou média complexidade e atenção terciária ou alta complexidade. Esta divisão dos níveis de atenção à saúde objetiva proteger, recuperar e manter a saúde da população, através do atendimento de acordo com a necessidade e complexidade de cada caso (BRASIL, 2006).

A atenção primária é base do nível de atenção, sendo esta considerada a porta de entrada para os serviços de saúde, abrangendo ações voltadas para prevenção, com objetivo na redução de incidência de doenças na população, redução de riscos à saúde, vulnerabilidades e consequente promoção à saúde. Nesta estão inseridos os programas de vacinação e políticas de atenção à saúde nas diversas linhas de cuidado, como doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), saúde da mulher, saúde da criança, entre outros (BRASIL, 2006).

Seguindo o disposto na Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro 2017 (BRASIL,2017), este estudo irá considerar os termos atenção primária e atenção básica como equivalentes, visto que a ambas são incluídas os princípios e diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), sendo esta considerada a principal porta de entrada das pessoas aos serviços de saúde, e sendo ainda o centro de comunicação da Redes de Atenção à Saúde (RAS), coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede pública de saúde. Deve ser ofertada integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde (BRASIL, 2017).

A Atenção Básica (AB) caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2006).

A PNAB, coloca as Estratégia de Saúde da Família (ESF) como modelo prioritário da expansão e consolidação da rede de atenção básica, sendo composta por uma equipe mínima de um médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, um enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; um auxiliar e/ou técnico de enfermagem e até 12 agentes comunitários de saúde (ACS), de acordo com o quantitativo e grau de vulnerabilidade da população da área em que está inserido. Cada ESF deve ser

responsável por um número de pessoas que varia de 2000 a 3500 usuários, sendo denominadas como população adscrita, residente em seu território de atuação e devidamente cadastrados (BRASIL, 2017).

As ESF podem contar ainda com o apoio das equipes do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde Família), sendo estas compostas por uma equipe multiprofissional de até 22 áreas diferentes, como fisioterapia, psicologia, assistência social e algumas especialidades médicas, que dão apoio aos cuidados prestados pela equipe mínima já existente. Além disso, a atenção básica também pode ser composta por outras equipes de saúde, como: as Equipes de Consultórios de Rua, que atendem pessoas em situação de rua; o Programa Melhor em Casa, de atendimento domiciliar; o Programa Brasil Sorridente, de saúde bucal; o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que busca alternativas para melhorar as condições de saúde de suas comunidades, entre outros. (BRASIL, 2017).

A atenção primária em saúde (APS) precisa atuar como um filtro capaz de organizar toda a rede de atenção à saúde, por isso os seguintes níveis de complexidade vêm como aporte à APS. A atenção secundária é responsável por atendimentos de média complexidade, onde o cuidado precisa ser mais singular. Neste, atuam profissionais específicos, geralmente especialistas de determinadas áreas como cardiologia, pediatria, psiquiatria etc., compondo os ambulatorios de especialidades e redes de emergência. Já a atenção terciária é o mais alto nível de complexidade do sistema, oferecendo um cuidado com uso de recursos tecnológicos e procedimentos invasivos, como cirurgias, diálises e cuidados oncológicos. Fazem parte deste nível de atenção as clínicas especializadas e hospitais de grande porte.

É papel da atenção básica fazer o gerenciamento e o encaminhamento dessas redes de atenção à saúde, visto que esta possui um espaço estratégico no desenvolvimento do cuidado das pessoas, reconhecendo as necessidades da população sobre sua responsabilidade. A atenção básica precisa ser resolutiva, compreendendo a importância das articulações intersetoriais, organizando as RAS, focar nas necessidades regionais, promovendo a integração das referências de seu território. As unidades de atenção básica estabelecem a comunicação entre as centrais de regulação e serviços especializados, com pactuação de fluxos e protocolos, apoio matricial, articulando as decisões clínicas e disponibilização do acesso (BRASIL, 2017).

O cenário epidemiológico instituído pela COVID-19 levou a um aumento repentino da demanda de atendimentos, seja de casos suspeitos, confirmados, leves ou graves. Nesse contexto, a primeira dificuldade imposta aos trabalhadores da saúde advém das incertezas em lidar com uma doença desconhecida, que não possui medidas específicas de prevenção e

tratamento. Destaca-se também que os indivíduos que conviviam com problemas de saúde crônicos sofreram uma descontinuidade da assistência, devido às orientações de distanciamento social e suspensão de serviços não urgentes, gerando assim, uma demanda reprimida nos serviços de saúde (BRASIL, 2020).

Neste contexto dos serviços de saúde, a pandemia da COVID-19 representa um enorme desafio, ao demandar um nível complexo de articulação de políticas de enfrentamento (OMS, 2020). Acerca dos desafios impostos pela COVID-19, Marques, Silveira e Pimenta (2020, p.238) consideram:

Apesar de a pandemia Covid-19 ser um evento em escala global, ela se desenvolve de maneira diversa, múltipla a partir da singularidade de infraestruturas, ambientes, práticas, sentidos, relações e hábitos de vida particulares (...). É preciso que seja considerada a singularidade das populações implicadas nos processos epidêmicos, bem como nas emergências sanitárias, seus níveis de vulnerabilidade e exposição baseados em sua diversidade e sua desigualdade. Portanto, a pandemia demanda abordagem interdisciplinar e políticas intersetoriais.

Diante do aumento no número de casos e da necessidade de articulação para oferecer uma resposta a essa situação, o Ministério da Saúde (2020) propôs que todos os serviços da rede de atenção à saúde se tornassem responsáveis pelas demandas de atendimento à Síndrome Respiratória (SR), de acordo com seu nível de complexidade. Dessa forma, desde o aparecimento do primeiro caso registrado no Brasil, começou uma corrida para reorganização desses serviços, a fim de conseguir atender a essa nova demanda. Essa reorganização aconteceu em todos os níveis de atenção, incluindo hospitais, unidades ambulatoriais, unidades de atenção primária, serviços laboratoriais e demais setores envolvidos diretamente no cuidado de saúde, exigindo a sua reestruturação (BRASIL, 2020).

De acordo com as estimativas da OMS (2020), o primeiro desafio evidenciado nos locais de atendimento foi promover uma assistência a todos que necessitavam, de forma segura, eficaz e sem desconsiderar os problemas de saúde já existentes. Sendo assim, os serviços de saúde foram divididos em atendimento de pessoas sintomáticas respiratórias e não sintomáticas; para que possíveis contaminados não estivessem no mesmo ambiente de pessoas não contaminadas. Além disso, as equipes destinadas à assistência à pessoa com COVID-19 precisavam estar capacitadas para a demanda que se apresentava.

O Ministério da Saúde, em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), criou um Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia de COVID-19 na Rede de Atenção à Saúde, a fim de sistematizar ações para apoio aos gestores estaduais, municipais e

trabalhadores do SUS no enfrentamento a pandemia de COVID-19. O documento discute a importância das redes de atenção à saúde no combate à doença.

A organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), integrando os diversos pontos de atenção de um território micro e macrorregional de saúde é urgente nesse momento. O enfrentamento da pandemia convoca inicialmente a RAS de urgência e emergência, incluindo as ações de prevenção (distanciamento social, higienização), o atendimento da SG nas unidades de APS e o fluxo de assistência à SRAG até a internação em leitos de UTI para as situações mais críticas, com todos os recursos logísticos, de apoio laboratorial e terapêutico necessários. Mas, essa linha de frente logo aponta para outras necessidades, entre elas o cuidado de usuários com condições crônicas de saúde, o que requer um redesenho dos fluxos e modalidades de atendimento que, de um lado, respeite as exigências de distanciamento social e, de outro, garanta a continuidade de todos os cuidados necessários para a estabilização clínica desses usuários (BRASIL; CONASS; CONASEMS, 2020).

Para garantir o acesso à saúde com o avançar da crise, nos grandes centros metropolitanos, foram criados hospitais temporários, denominados hospitais de campanha, e estruturadas unidades sentinela nos grandes centros urbanos. O objetivo desses espaços é atender exclusivamente pessoas suspeitas ou confirmadas com o SARS cov-2, a fim de evitar a contaminação e evitar a sobrecarga nos hospitais já existentes, além de diminuir gastos com transporte de pacientes. Em todo o país, centenas de profissionais de saúde foram contratados temporariamente para trabalhar nesses locais (BRASIL, 2020).

Em cidades com menor número populacional e periferias, os setores de saúde foram organizados de modo que as atividades fossem voltadas para o atendimento às pessoas acometidas por alguma síndrome respiratória, tendo como foco o diagnóstico da COVID-19. A principal preocupação era evitar a contaminação de pessoas, por esse motivo, qualquer sintoma respiratório passou a ser considerado como suspeita de COVID-19. Nesse sentido, o processo de trabalho foi reorganizado, com adoção de medidas até então nunca estabelecidas.

Apesar de ser considerado um dos sistemas de saúde pública mais completos do mundo, desde que foi consolidado, o SUS ainda não foi implementado na sua totalidade, uma vez que o sistema enfrenta diversos obstáculos relacionados a sua operacionalização, financiamento e gestão. Com o advento da pandemia, era concebível que os seus problemas se intensificaram. Dentre alguns problemas podemos destacar a falta de investimentos na saúde de forma geral, a falta de recursos materiais e recursos humanos, a superlotação de hospitais, uma demanda de assistência maior que a quantidade de vagas e ainda uma tecnologia de baixa

qualidade. Tudo isso atrelado a um modelo de gestão que não atende às expectativas do programa (ABRASCO; CEBES; REDE UNIDA, 2020).

Ainda, segundo o texto acima, com relação aos desafios impostos aos serviços de saúde, pode-se destacar o desalinhamento entre as medidas que foram adotadas pelo Ministério da Saúde, secretarias estaduais e municipais e demais órgãos relacionados à saúde. Além disso, a falta de recursos trouxe episódios desastrosos para a assistência; alguns hospitais ficaram sem fornecimento de oxigênio e medicamentos; a falta de ventiladores mecânicos, leitos hospitalares e insumos básicos para uma assistência de qualidade impactou diretamente sobre a qualidade da assistência prestada.

Bousquat et.al (2021) relatam que as fragilidades do Brasil no enfrentamento da pandemia, principalmente no âmbito do governo federal, emergiram tanto da coordenação e processo regulatório, quanto na defesa do interesse da sociedade, não considerando a regulação do sistema de saúde, perdendo assim garantia do acesso ao cuidado necessário

Houve grande dificuldade em se manter um padrão de assistência igualitário, devido à ausência do Ministério da Saúde em manter um posicionamento sobre as ações de combate, tratamento e recuperação da COVID-19. Existiram grandes divergências entre as ações recomendadas pela OMS, OPAS e principais órgãos de saúde. Muitas instituições se viram obrigadas a criarem seus procedimentos operacionais padrão (POP), de acordo com o seu nível de complexidade e singularidade. Cada setor de saúde se via fragmentado e individualizado, onde cada um implementou o que ia de encontro com sua missão, visão e valores. Os profissionais de saúde se viam muitas vezes perdidos diante da ausência de uma linha de conduta única.

O Guia Orientador para enfrentamento da Pandemia na Rede de Atenção à Saúde, trouxe a descrição da doença, medidas de prevenção, diagnóstico e tratamento, bem como roteiro para realização de atendimento virtual (telemedicina) através de veículos de comunicação. No que se refere à atenção primária à saúde, ele objetivou suas ações na disponibilização de instrumentos, orientações, manejo e controle das condições de saúde de cada serviço da Rede de Atenção à Saúde, observando a coordenação do cuidado pela APS e exigindo um trabalho sistemático, organizado e uniforme (BRASIL, 2020).

Sobre o assunto, observa-se que a APS é

Considerada a principal porta de entrada de uma pessoa no sistema de saúde, a Atenção Primária à Saúde é uma base crítica para a vigilância direta, com resposta oportuna e gestão de surtos. Com a expansão da pandemia e a incapacidade inicial de detectar e rastrear contatos para sua contenção, além de uma consequente flexibilização segura do isolamento social, a articulação entre vigilância em saúde pública e a APS constituiu-se em uma estratégia para garantir apoio técnico, operacional e logístico, bem como a provisão de recursos necessários para implementar e desenvolver a base de um novo *modus operandi*, favorecendo maior

participação social, otimização do uso dos equipamentos sociais e um processo eficaz de contenção da transmissão comunitária da COVID-19 (PRADO et al., 2021, p. 2844).

A Atenção Primária à Saúde/Atenção Básica teve papel fundamental na assistência e cuidado às pessoas com COVID-19. As ações foram desde a assistência presencial de casos suspeitos e/ou confirmados, testagem da população até o telemonitoramento dos casos suspeitos e/ou confirmados. Vale ressaltar que algumas demandas já existentes precisaram ser reorganizadas, como pré-natal, atendimento a doenças crônicas descompensadas, entre outras. Além disso, algumas unidades de saúde tiveram seus serviços completamente reorganizados, tornando-se “unidades sentinelas”, onde todo o processo de trabalho foi direcionado às ações voltadas para prevenção, diagnóstico e tratamento da COVID-19.

O Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia da COVID- 19, descreveu que essa atuação deveria acontecer em quatro campos, para que a APS pudesse de fato cumprir seus objetivos, medidas estas que muitas vezes iam em contrapartida com as recomendações do Ministério da Saúde, não sendo possível ser implementadas em sua totalidade. As medidas incluíam: a vigilância em saúde nos territórios, o cuidado individual dos casos confirmados e suspeitos de COVID-19, a ação comunitária com apoio aos grupos vulneráveis no território e a continuidade dos cuidados rotineiros da APS, assegurando a manutenção das ações próprias da atenção primária (ABRASCO; CEBES; REDE UNIDA, 2020).

De acordo com a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), a vigilância consiste na observação e análise permanente das situações de saúde da população, a partir de ações articuladas com o objetivo de controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo-se a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual, como coletiva dos problemas de saúde (BRASIL, 2010).

A vigilância em saúde se mostra como uma ação principal para o gerenciamento da pandemia, uma vez que as ações só podem ser tomadas corretamente com o retrato do que está acontecendo em cada cidade, estado e no país. Sem dados epidemiológicos concisos, não é possível estabelecer ações e condutas eficazes, uma vez que não é possível compreender quais os maiores problemas e deficiências existem em cada local e quais são as prioridades. (ABRASCO; CEBES; REDE UNIDA, 2020).

Os serviços de saúde de atenção primária têm papel essencial na vigilância epidemiológica, na identificação e mitigação dos efeitos das vulnerabilidades sociais e econômicas da população, na comunicação e orientação da comunidade acerca dos fluxos

relevantes na rede de atenção à saúde e como porta de entrada e continuidade do cuidado à COVID-19 (ENGSTROM et al, 2020).

Segundo a PNAB (2017, p.7)

Além dessa articulação de olhares para a compreensão do território sob a responsabilidade das equipes que atuam na AB, a integração entre as ações de Atenção Básica e Vigilância em Saúde deve ser concreta, de modo que se recomenda a adoção de um território único para ambas as equipes, em que o Agente de Combate às Endemias trabalhe em conjunto com o Agente Comunitário de Saúde e os demais membros da equipe multiprofissional de AB na identificação das necessidades de saúde da população e no planejamento das intervenções clínicas e sanitárias.

O Ministério da Saúde, em parceria com CONASS e CONASEMS, elencou no Guia Orientador para o Enfrentamento da Pandemia de COVID-19 na Rede de Atenção à Saúde (2020), sete passos para o manejo da COVID-19 na atenção básica, com foco no atendimento da nova demanda dos serviços de saúde no Brasil. Este guia mostrava que as responsabilidades pelas ações deveriam ocorrer com parceria entre federação, estados e municípios, o que não foi realidade no decorrer da crise. Como já dito anteriormente, muitos órgãos instituíram seus próprios protocolos.

O primeiro passo apontado foi o fortalecimento da atenção primária, com ações de redimensionamento do atendimento das demandas espontâneas e agendadas dos serviços comumente realizados na APS, sem prejuízo do atendimento de grupo prioritários, garantindo que pacientes com síndrome gripal fossem atendidos por demanda espontânea, com classificação de risco. Uma outra ação indicada seria a eleição de determinadas unidades de referência para atendimento às síndromes respiratórias e demais patologias prevalentes em cada região.

Apesar de sua importância, o ministério da saúde não tomou como prioridade as ações do planejamento estratégico da vigilância em saúde, e tardiamente lançou, no início de 2021, o Guia de Vigilância Epidemiológica da COVID-19, a fim de definir as ações que deveriam ser desempenhadas. Estas ações incluíram a identificação precoce da ocorrência de casos de COVID-19, a notificação e registro de casos suspeitos e confirmados, a monitorização das características clínicas e epidemiológicas do vírus SARS-CoV-2, a realização de rastreamento, monitoramento e isolamento (quarentena) de contatos de casos confirmados e o estabelecimento de medidas de prevenção e controle (BRASIL, 2021).

Em relação ao cuidado individual dos casos confirmados e suspeitos de COVID-19, as unidades de atenção básica em saúde se mostraram eficazes na medida em podiam estabelecer uma linha de assistência segura e correta. De acordo com as estimativas oficiais do Ministério da Saúde, 81% da demanda de pessoas acometidas pela COVID-19 poderia ser atendida na

atenção primária à saúde, 14% necessitaria de internação hospitalar de baixa/média complexidade e 5% precisaria de UTI. Essa realidade foi alterada à medida em que a doença se espalhou na população e com a descoberta de novas cepas do vírus (BRASIL, 2021).

Fidélis e Campos (2020) consideram que, nos cenários de pandemia da COVID-19, as práticas de cuidado em saúde se inserem dentro de um sistema de cuidado no qual as representações acerca da doença, dos grupos mais suscetíveis ao contágio e dos direcionamentos possíveis a serem adotados são fundamentais para compreender o modo como os sujeitos e as coletividades cuidam de sua saúde durante a pandemia e como cuidarão após dela.

Vale destacar que o cuidado não se limitou aos atendimentos e procedimentos clínicos desenvolvidos diretamente com os pacientes infectados. Devido às características pandêmicas, grande parte do trabalho desenvolvido foi de orientação, atividades de promoção da saúde, notificação, acompanhamento e monitoramento dos casos, busca ativa de pessoas que tiveram contatos com casos confirmados, denominados como contactantes\ contatos, e a busca por informações concretas (ABRASCO; CEBES; REDE UNIDA, 2020).

O Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia da COVID-19 (2020), aponta ainda sobre a necessidade de se realizar um mapeamento dos grupos vulneráveis no território, seja por sua situação de saúde ou social, identificando as maiores vulnerabilidades para contaminação por COVID-19, além de mobilizar lideranças comunitárias, acionar redes de apoio social em articulação com ações intersetoriais. As ações listadas acima caracterizam o terceiro campo de atuação das APS\AB em relação ao enfrentamento da pandemia (ABRASCO; CEBES; REDE UNIDA, 2020).

Apesar da demanda de assistência aos portadores de síndromes respiratórias, as preocupações com as atividades rotineiras da atenção básica não poderiam ser cessadas, principalmente nas questões envolvendo as doenças crônicas, assistência ao pré-natal e apoio aos vulnerabilizados. É necessário ofertar a continuidade do atendimento em todos os itens da carteira de serviços, para garantir a atenção e a continuidade do acompanhamento da população. Ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e provisão de cuidados deveriam ter sido implementadas, conforme recomendado (BRASIL; CONASS; CONASEMS, 2020).

Ainda segundo com os órgãos acima, é possível observar que o cenário da pandemia criou uma demanda nova de assistência, com a necessidade de reorganização do próprio sistema de saúde, porém não se pode esquecer da demanda já existente, uma vez que algumas assistências não podem deixar de acontecer. Além disso, a demanda não foi somente em

relação às pessoas com síndrome gripal, as demandas em relação à ansiedade, medo de adoecer e morrer, perdas afetivas, insegurança e empobrecimento, também fizeram parte das necessidades da assistência.

Pode-se destacar que o sistema de saúde ainda precisou enfrentar os danos causados por outras doenças, que poderiam ter sido intensificadas com a reorganização do trabalho e foco do cuidado nas síndromes respiratórias. Dados da OMS mostram que houve um aumento de 25% dos casos de ansiedade e depressão. Esses dados podem estar associados na interrupção dos serviços prestados às questões psiquiátricas, neurológicas e psicológicas, o que reporta uma descontinuidade do cuidado, causando um retrocesso na estabilização do paciente. Além disso, toda mudança social, frente a pandemia, propiciaram o surgimento dessas patologias. Dessa maneira, é preciso destacar que esses dados colocaram as questões de saúde mental como prioridade nas ações e cuidados atrelados à COVID-19 (OPAS, 2022).

A suspensão de serviços considerados eletivos, atendimentos a doenças cardiovasculares e a outras doenças infecciosas são pontos de importância para discutir a falta de acesso devido à pandemia. Dados mostram que pacientes com câncer, problemas renais e insuficiência cardíaca foram os mais afetados por essa interrupção do cuidado. Os dados mostram, ainda, um aumento do número de tuberculose e dengue (OPAS, 2023).

O Ministério da Saúde, enquanto responsável pela criação de uma política pública de enfrentamento à pandemia, se mostrou atrasado e deficitário em relação aos acontecimentos. Órgãos se reuniram a fim de estabelecer condutas, visto a ausência de um documento oficial do maior órgão de saúde do país. Além disso, muitas ações adotadas pelo ministério iam em caminho antagônico do recomendado pelos estudiosos da área.

No cenário configurado ao longo da pandemia, observou-se mais conformidade e alinhamento entre as diretrizes do Ministério da Saúde e os demais órgãos. Em meados de 2021, foi lançado a 4ª edição do Guia Orientador para enfrentamento da Pandemia na Rede de Atenção à Saúde, onde foram dimensionadas as ações para atuação da APS em relação a pandemia, com ações de fortalecimento da APS, monitoramento de síndrome gripal, vacinação rápida e segura, bem como reabilitação. Este guia permitiu que os profissionais tivessem referência em relação à atuação, além de ter um guia de esclarecimento para a população, o que se mostrava superficial no início da pandemia.

Com o avançar da pandemia e dos estudos referentes ao coronavírus, alguns medicamentos para casos moderados, graves ou com potencial de agravamento mostraram-se eficazes no combate ao vírus, o que passou a gerar alguma mudança no cenário do cuidado. Atualmente, a OMS (2023) possui 12 medicamentos pré-qualificados para tratamento da

COVID-19. Os medicamentos que possuem maior eficácia e foram liberados no Brasil (ANVISA, 2022) são o Paxlovid (nirmatrelvir + ritonavir), sendo liberados para uso domiciliar e farmacêutico mediante prescrição médica. Outros medicamentos, como ivermectina, cloroquina, continuam com a não ser recomendados devido à falta de confirmação de sua eficácia.

Inúmeras são as adversidades e os desafios encontrados pelos serviços de saúde nesse momento, mas o foco principal foi conter a transmissão do coronavírus, principalmente entre os grupos de risco; atuando diretamente na prevenção, mas também com olhar na reabilitação das complicações pós-COVID-19 (TEIXEIRA, 2020).

1.3 As dimensões do cuidado e das práticas de cuidado

O cuidado está inserido na sociedade desde os primórdios da civilização. O termo cuidar/cuidado é utilizado para atentar, para prevenir, para instigar a cura, para preservar a vida bem como para ajudar no crescimento e desenvolvimento de qualquer ser vivo. A sua amplitude se estende ao zelo até mesmo de seres inanimados, como objetos, casas, posses etc. Por este motivo, faz parte do vocabulário da vida cotidiana de qualquer pessoa (BOHES; PATRÍCIO, 1990).

A origem do cuidado e do termo cuidar são objetos de estudos de diversas áreas, principalmente da área da saúde. Boff (2005), elucida que em latim, cuidado significa cura, derivado da palavra *coera*, sendo este usado no contexto das relações humanas. De maneira mais ampla, cura expressava a atitude de cuidado, de desvelo, de preocupação, por algo em que se tinha sentimento, seja um objeto ou uma pessoa.

“O cuidado somente surge quando a existência de alguém tem importância para mim. Passo então a dedicar-me a ele; disponho-me a participar de seu destino, de suas buscas, de seus sofrimentos e de suas conquistas, enfim, de sua vida.” (BOFF, 2005 p. 29).

Nesse sentido, Anéas e Ayres (2011) destacam que, no sentido filosófico, o cuidado quer dizer que o homem sempre cuida; mesmo nas relações de descuido, falta de zelo e desprezo; o homem tende a cuidar.

A esse respeito, Almeida; Escola; Rodrigues (2019, p. 40) afirmam que

A consciência da fragilidade da vida faz realçar no humano a necessidade de cuidá-la, a importância de “tomar conta” da vida, de modo a garantir a sua permanência por um período maior de tempo e, por isso, o Homem começa a cuidar dos mais fracos, dos doentes, dos feridos, de si próprio, revelando o humano essencialmente como um ser que cuida e é cuidado sendo esta talvez a característica mais distinta da humanidade.

Traçando um breve histórico sobre a evolução do termo entre as civilizações, o cuidado estava ligado à sobrevivência, à alimentação, à reprodução e defesa da espécie. Este correspondia à uma prática humana, empírica, envolvendo forças místicas e ações da natureza. Foi por muitos anos atrelado à mulher, devido ao aspecto maternal, como os cuidados aos recém-nascidos, crianças, idosos e enfermos (ZEFERINO et al., 2008). Ainda, segundo os autores, o cuidado era desenvolvido sem nenhuma estrutura ou conhecimento prévio do que era realizado. Não era associado à prática de nenhuma profissão, sendo assim uma ação domiciliar.

Com o desenvolvimento do cristianismo, o cuidado passou a ser função do clero, do padre, xamãs, sendo estes mediadores das forças benéficas e maléficas da vida. Estas ações de cuidado desprezavam as práticas tradicionais existentes, causando uma ruptura do corpo e espírito em relação ao universo. Começava-se a afirmar a supremacia do espírito e considerava o corpo fonte de impurezas. A medicina nesse período não confrontava as doutrinas eclesiásticas, sendo então dominante o modelo mágico-religioso como explicativo para o tudo que acontecia na vida das pessoas (COELHO, 2005).

Neste aspecto, a história do cuidado se forma sob duas vertentes que coexistem simbioticamente: o cuidar para proporcionar a vida e cuidar para evitar o óbito, sendo organizado do nascimento até a morte. A primeira vertente da existência do cuidado se dá através do cuidado maternal, com o desenvolvimento do cuidado em todos os ciclos da vida humana. Já a segunda se sustenta na precariedade em que se viviam as pessoas, sendo a morte vista como aterrorizante, trazendo assim os primeiros discursos de mal e medo, associando-se assim a doença e morte ao sobrenatural, místico, mágico e sagrado (COELHO, 2005; ALMEIDA; ESCOLA; RODRIGUES, 2019).

Esta primeira vertente do cuidado nos remete aos cuidados referentes às necessidades básicas, como forma de manutenção do equilíbrio, sendo este desenvolvido em torno de tudo que gera vida, como a alimentação e hidratação, e, para além, de tudo que mantém a vida, como os primeiros tratamentos de lesões devidos às práticas do cotidiano daquela época. Vale destacar que estes cuidados estavam ligados à mulher e, posteriormente, aos cuidados de enfermagem. De toda forma, estas duas vertentes de cuidado foram se desenvolvendo em conjunto; à medida que se descobria novas teorias do processo saúde e doença, iam se fundamentando novas teorias do cuidar (ALMEIDA; ESCOLA; RODRIGUES, 2019).

O cuidado é dinâmico, por isso exige considerar diferentes aspectos como forma de compreendê-lo. Ao enfatizar o desenvolvimento do cuidado referente à saúde, podemos elencar que este aconteceu à medida que o pensamento filosófico se desenvolveu, mudando a forma de pensar e compreender o mundo, a sociedade, a natureza e tudo os rodeiam (MARCONDES, 2002).

Um ponto de destaque deste aspecto é a passagem do pensamento mítico para o pensamento racional, do *Mythos* ao *Logos* (grego). Por muito tempo, toda explicação da realidade era realizada de forma parcial, através dos religiosos, míticos, onde toda explicação era atrelada ao sobrenatural, ao mistério, ao sagrado e a magia, e as causas dos fenômenos naturais seria condicionada à essa realidade exterior e superior em relação ao mundo novo e natural (MARCONDES, 2002).

Tais explicações, se tornam limitadas, uma vez que o pensamento mítico pressupõe a adesão, aceitação dos indivíduos, na medida em que constitui as formas de sua experiência do real. O mito não se justifica, não se fundamenta, portanto, nem se presta ao questionamento, à crítica ou à correção” (MARCONDES, 2002, p. 1). Ainda, segundo o autor, tais pensamentos seriam contraditórios, pois se pretendia compreender a realidade através de explicações fora do plano da percepção humana, recorrendo às ideias místicas e transcendentais.

É neste sentido que os primeiros estudiosos buscaram entender a realidade através das causas naturais, nascendo então os primeiros pensamentos filosóficos- científicos, embasados na insatisfação das explicações “não explicadas” do modelo mágico-religioso. Esse novo tipo de pensamento elucidaria então que as explicações estariam na nossa realidade, e não fora dela. Esta forma concreta de ver o mundo significaria um avanço de todas as ações, históricas e sociológicas, influenciando cada cultura e cada sociedade (MARCONDES, 2002)

O cuidado em sua constituição ontológica entra na definição do ser humano e determina sua prática. O cuidado funda a forma como organizamos nossos domicílios, nossos ambientes, a forma como nos relacionamos com os seres e com o ambiente. O cuidado fundamenta qualquer interpretação do ser humano. Em outras interpretações, cuidado é um modo de ser no mundo, e a partir daí se relacionar com os demais elementos. As formas de ser no mundo, ainda segundo o autor, seriam a relação sujeito-objeto, sendo condicionada pelo trabalho; e a relação sujeito-sujeito, condicionada pelo cuidado (BOFF, 2005).

O autor afirma ainda que

Quando dizemos ser-no-mundo não expressamos uma determinação geográfica como estar na natureza, junto com plantas, animais e outros seres humanos. Isso pode estar incluído. Mas ser-no-mundo é algo mais abrangente. Significa uma forma de estar presente, de navegar pela realidade e de relacionar-se com todas as coisas do mundo. Nessa navegação e nesse jogo de

relações, o ser humano vai construindo o próprio ser, a autoconsciência e a própria identidade (BOFF, 2005, p. 30).

Com base nos estudos levantados até o momento, o cuidado não é definido como um conceito único, pontual e limitado, ele é um conjunto de concepções que se unem por ideias, temas e discussões, de diversas áreas, como mitologia, filosofia, literatura ou psicologia. De maneira mais ampla, o cuidado pode ser entendido como uma ação que busca a promoção e desenvolvimento daquilo que faz viver as pessoas e a coletividade. Cuidado, portanto, configura-se como uma atitude que reconhece o outro como pessoa e sujeito (ZABOLI, 2022). Para o autor, o cuidado não deve ser somente um sentimento de dever, mas uma resposta de empatia a determinada situação” (ZABOLI, 2022, p. 1).

O cuidado é o ato que resulta na prática do cuidar. “Cuidar é o cuidado em ato”. (PINHEIRO, 2009, s/p.). O modo de agir é a consistência do cuidado, sendo este produzido através da experiência de um modo de vida característico e organizado pelos mais diversos aspectos da vida humana, sejam eles políticos, sociais, culturais e históricos. Portanto, o cuidado se translada em práticas de espaço e na ação das pessoas sobre as outras, sempre em uma coletividade (PINHEIRO, 2005; 2009).

Desta forma, Bustamante e McCallum (2014), em sua análise, propõe duas formas de definir o cuidado: a primeira seria que o cuidado integra um panorama regulamentar das práticas de saúde, e a segunda, que este não tem uma especificidade definida, sendo construindo a cada dia, de acordo com as relações impostas, chegando à conclusão que o cuidado é diferente, de acordo com sua construção nos mais diversos contextos, sendo incorporada com uma sabedoria prática, podendo esta fazer parte das práticas de saúde.

Como já sinalizado aqui, o cuidado em execução, ou seja, a prática do cuidado tem suas raízes no cuidado domiciliar, fortemente ligado à figura da mulher, realizado de forma empírica e por ações de repetição. Com o passar dos tempos, esta prática foi evoluindo, e cada vez mais foi apontado a necessidade de cuidado entre as sociedades, com exigência de atuação de diferentes áreas, onde o outro requeira atenção, responsabilidade, zelo e desvelo, sendo este incluído na tomada de decisão sobre a sua vida, sua saúde (PINHEIRO, 2005, 2009).

Ainda, segunda a autora:

não é apenas um nível de atenção do sistema de saúde ou um procedimento técnico simplificado, mas uma ação integral que tem significados e sentidos voltados para compreensão de saúde como o ‘direito de ser’. Pensar o direito de ser na saúde é ter ‘cuidado’ com as diferenças dos sujeitos – respeitando as relações de etnia, gênero e raça – que são portadores não somente de deficiências ou patologias, mas de necessidades específicas. Pensar o direito de ser é garantir acesso às outras práticas terapêuticas, permitindo ao usuário

participar ativamente da decisão acerca da melhor tecnologia médica a ser por ele utilizada (PINHEIRO, 2009, p.5)

O cuidado da saúde evoluiu à medida que o processo de hominização e aculturação do ser humano evoluíram. O principal objetivo dos povos é a proteção da vida e a postergação da morte, sendo estes fatores que impulsionaram a busca por uma vida saudável, com zelo, atenção e cuidado. Vale ressaltar que a forma de prestar esses cuidados variam de acordo com a cultura ao longo dos tempos (ALMEIDA; ESCOLA; RODRIGUES, 2019).

Para Anéas; Ayres (2011, p. 654)

A compreensão do que é cuidado em saúde, tal como o compreendemos aqui, desdobra-se de uma compreensão ontológica do Cuidado, já como efeito da própria ontologia fundamental que faz dele o elemento central para a compreensão da existência humana. Dito de outra forma, a concepção de cuidado em saúde que se vê como possibilidade para as práticas de saúde só é possível porque, antes de tudo, se assume o cuidado em seu sentido ontológico.

Cecílio (2011) aponta seis dimensões para a produção do cuidado em saúde, sendo elas: individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária. No cuidado individual, os protagonistas do cuidado são as pessoas, onde os principais elementos da lógica do cuidado é o cuidar de si, autonomia e escolha. No âmbito familiar, os atores são as famílias e pessoas próximas, com as logísticas de apoio, conexões e mundo da vida. Os profissionais de saúde, com preparo científico, comportam a dimensão profissional do cuidado. Segundo as definições do autor, a equipe de saúde com as divisões das tecnologias de trabalho comporta a dimensão organizacional. A sistêmica compete aos gestores, com as linhas de cuidado e programas de saúde. A sociedade civil, por meio das políticas sociais, compõe o cuidado societário. Dessa maneira, para que o cuidado aconteça, é necessário integração de todos os atores desses cenários.

Portanto, ao se pensar no cuidado e práticas de saúde, se faz necessário a compreensão dos elementos que compõe essa constituição, sendo eles: movimento, interação, identidade/alteridade, plasticidade, projeto, desejo, temporalidade, não-causalidade e responsabilidade (AYRES, 2004).

O cuidado em saúde é um objeto atravessado pelas concepções de saúde e doença, sendo desta maneira profundo e concebido por uma gama de elementos. Este cuidado indica a necessidade de encontros entre as pessoas e do que elas trazem consigo: saberes, culturas, sentimentos, em que o cuidado em saúde seria então, o encontro de quem precisa de cuidados com aqueles incumbidos de cuidar, sejam os profissionais, serviços ou sistemas de saúde. Esta é uma relação entre o agente que oferta e o que demanda cuidado (CRUZ, 2009).

Cecílio; Merhy (2002, p. 6) afirmam que

O cuidado de forma idealizada, recebido/vivido pelo paciente, é somatório de muitos pequenos cuidados parciais que vão se complementando, de maneira mais ou menos consciente e negociada, entre os vários cuidadores que circulam e produzem a vida do hospital. Assim, uma complexa trama de atos, procedimentos, fluxos, rotinas e saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, compõem o que entendemos como cuidado em saúde

Vale destacar que o cuidado em saúde precisa ser envolto da intersubjetividade do sujeito, ou seja, não pode se desenvolver apenas com o objetivo biomédico, não se restringindo às habilidades e competências técnicas. É necessário abrir espaço para negociação e inclusão do saber, das necessidades e vontades do outro; integrando assim com a dimensão da integralidade em saúde. O cuidado em saúde deve se manter sobre dois pilares: o conhecimento científico-natural e o poder técnico; não podendo se esquecer da dignidade e valor de cada indivíduo, sendo este, insubstituível (PINHEIRO, 2005, 2009; ALMEIDA; ESCOLA; RODRIGUES, 2019).

Acioli et al. (2014, p. 638) afirmam que “em especial, as práticas ligadas ao cuidado são as mais próximas dos profissionais da área da saúde [...] O cuidado em saúde é representado pelos valores do toque, do olhar e da escuta, ultrapassando as dimensões das práticas técnicas”. Dessa maneira, se faz necessário compreender que o cuidado em saúde precisa abordar o modelo biopsicossocial, onde a saúde deixa de ser um monopólio e passa a ser entendida como multifatorial. Passa-se do plano de tratar uma enfermidade e começa-se a cuidar de alguém. (BALDISSERA, 2019).

1.4 O cuidado à pessoa com COVID-19

O cuidado à pessoa com COVID-19 precisa começar na prevenção, com intuito de conter a transmissão da doença. Sendo assim, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa, recomenda que todo serviço de saúde elabore um plano de contingência com estratégias e políticas necessárias para o controle e gestão da pandemia de Sars Cov-2, incluindo gestão financeira e recursos humanos. Desta forma, toda ação precisa ser planejada, a fim de garantir a segurança de cada tomada de decisão (BRASIL, 2020).

O cuidado individual dos casos confirmados e suspeitos de COVID-19 se deu de forma incerta e com grandes dúvidas entre profissionais, cientistas e a população. Conforme proposto pelo Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia COVID-19 na Rede de Atenção à Saúde, a assistência poderia ocorrer de forma presencial ou através da

teleassistência, considerando o risco do usuário, o grau de estabilidade do quadro, a vulnerabilidade social e a condição de autocuidado. Cada caso deveria ser discutido de forma única e cada unidade deveria estabelecer o seu fluxo de atendimento de acordo com a demanda, considerando os estudos científicos publicados (BRASIL; CONASS; CONASEMS, 2020).

Para compreensão do desenvolvimento desses cuidados, se faz necessário realizar uma estratificação das necessidades da assistência. Uma primeira colocação é considerar que a maioria dos protocolos se iniciaram com o atendimento às pessoas sintomáticas respiratórias, uma vez que não era possível detectar a COVID-19 de forma rápida. Desta maneira, qualquer sintoma gripal se enquadra nesta assistência, e cada ação era executada à medida que o quadro ia evoluindo, com a confirmação ou não da doença (OMS, 2021).

Pode-se elencar o cuidado à pessoa com COVID-19 em ações de triagem, notificação, medidas de prevenção, controle, tratamento, rastreio e reabilitação. Desse modo, as ações consistem em manejo dos casos suspeitos, manejo clínico, tratamento domiciliar, ambulatorial e hospitalar, manejo nas formas graves da doença, reabilitação pós-COVID-19 e controle da reinfeção. É necessário evitar a sobrecarga nos serviços de saúde por pacientes sintomáticos respiratórios leves; a fim de diminuir os riscos de contaminação/exposição. Casos com quadro geral leve devem ser avaliados em casa ou por teleatendimento. A atenção primária deverá fazer essa primeira avaliação e vigilância constante dos casos suspeitos e confirmados. Aos hospitais ficam direcionados os casos moderados e com potencial de agravamento, para que toda assistência necessária seja prestada. As redes de emergência precisam estar conectadas entre as duas redes (ENGSTROM et al., 2020).

Portela, Grabois e Travassos (2020), em estudo matricial sobre as linhas de cuidado da COVID-19, buscou organizar o cuidado de saúde de modo que abrangesse a clínica, os aspectos de vigilância, a gestão do processo de cuidado, as organizações prestadoras de serviços e gestoras de saúde, as entidades de assistência e proteção social e as organizações comunitárias, com o objetivo de aumentar as chances de cura da doença e consequente sobrevivência dos pacientes, bem como diminuir o contágio entre as pessoas, em especial os diretamente envolvidos nesse processo.

Os autores afirmam

Temas que dialogam com o cuidado no contexto da pandemia são o foco da produção associada à matriz. Como exemplos, pode-se citar: elaboração de tipologias de municípios; caracterização de pontos de cuidado específicos na linha de cuidado COVID-19 (APS, Cuidado Intermediário, Transporte, UTI, Cuidado pós-internação entre outros); vigilância epidemiológica, programação da oferta de estabelecimentos, recursos humanos e insumos estratégicos; identificação de instrumentos de avaliação de vulnerabilidade social e econômica; identificação de diretrizes clínicas, protocolos, material de comunicação e

educação; investigação sobre itinerários dos pacientes, suas características clínicas, demográficas e sociais; investigação sobre parâmetros de utilização de serviços e sobre a efetividade de distintos arranjos no cuidado à COVID-19; além da identificação e avaliação de práticas de qualidade e segurança dos pacientes específicas para a linha de cuidado COVID-19 (PORTELA; GRABOIS; TRAVASSOS, 2020, p. 2).

O primeiro ponto a ser considerado é que toda a assistência, cuidado e planejamento deve ser realizado e alterado de acordo com a demanda e cenário geral de cada município, estado ou país. Toda a gestão da crise da pandemia de COVID-19 deve ser operacionalizada de acordo com as estimativas de órgãos oficiais e de acordo com o desencadear de cada caso. Portanto, por ser bastante embrionário e incipiente esse novo cenário, é necessário análise regular e criteriosa de cada paciente. É necessário que todos os protocolos de manejo da COVID-19 sejam elaborados com o objetivo de ser operacionalizado concomitante com os demais serviços de saúde, principalmente os considerados essenciais, ou seja, aqueles que necessitam de cuidado contínuo e ininterrupto. Em momentos críticos, poderá ocorrer o deslocamento de toda a rede para o cuidado à COVID-19, sendo então serviços rotineiros e eletivos suspensos. (OMS, 2020; OPAS, 2021; PORTELA; GRABOIS; TRAVASSOS, 2020).

Engstrom et al. (2020), abordam pontos chaves para o cuidado à pessoa com COVID-19, no âmbito da atenção primária, tais como: reorganizar o serviço de modo a evitar aglomerações, tentando sempre que possível eleger profissionais específicos para a demanda de sintomáticos respiratórios. Priorizar nessas situações, o teleatendimento; dando ênfase para o telemonitoramento, principalmente entre os grupos mais vulneráveis. Tentar viabilizar diferentes fluxos de acesso para os pacientes respiratórios e outras demandas. Estar em trabalho conjunto com todos os pontos da rede de atenção à saúde, principalmente a rede de urgência e emergência.

Dessa maneira, o cuidado à pessoa com COVID-19 trilha as seguintes práticas assistenciais: vigilância constante de casos suspeitos e confirmados, prevenção e controle da disseminação da doença, triagem dos casos, assistência dos casos leves, moderados e graves e recuperação pós-COVID-19. Vale ressaltar que toda tomada de decisão deverá considerar os aspectos clínicos e fisiológicos de cada paciente, visto a inexistência de tratamento específico para a COVID-19. O tratamento é baseado no quadro clínico de cada pessoa (OMS, 2020).

Segundo OPAS, OMS (2021, p. 4)

A prática atual para tratamento da COVID-19 é variável, refletindo a incerteza em grande escala. Vários estudos clínicos estão em andamento, analisando as várias intervenções que embasaram a prática clínica. Faz-se necessário fornecer orientações confiáveis, abrangentes e holísticas para o melhor atendimento aos pacientes de COVID-19, durante toda a sua doença.

Fernandez et al. (2020) apontam que a assistência deve englobar a identificação instantânea dos sintomáticos respiratórios, a adoção de medidas para evitar a transmissão, a classificação da gravidade de cada quadro gripal, o atendimento dos casos leves, a prescrição e orientação do isolamento domiciliar, atenção aos sinais de gravidade e controle dos sintomas, o encaminhamento dos casos graves aos serviços de urgência e a notificação. Vale ressaltar que cada equipe deve monitorar os casos suspeitos e confirmados atendidos em sua unidade.

Souza (2021) considera que o ponto inicial do cuidado é a readequação do ambiente. Serviços de saúde que atendem pacientes sintomáticos respiratórios e não sintomáticos respiratórios devem implementar a separação das pessoas. Se possível, oferecer vias de acesso distintas para esses pacientes, impedindo que pacientes COVID-19 estejam no mesmo ambiente de pacientes gerais. Além disso, os locais de atendimento devem ser separados e os profissionais precisam estar devidamente paramentados. Todo ambiente deve ser higienizado constantemente, e deve-se manter o local o mais arejado possível.

Indo de encontro com este aspecto, a OMS (2020) aponta que toda superfície, seja de um ambiente de saúde ou residencial, pode ser um potencial transmissor da doença. Dessa forma, bancadas, pias, macetas, interruptores, vasos sanitários, mobiliários e demais superfícies, equipamentos médicos, tais como estetoscópio, esfigmomanômetro, oxímetros devem ser higienizados constantemente,

Além de proporcionar um ambiente que dificulte a contaminação pelo COVID-19, é necessário que os profissionais, pacientes e acompanhantes adotem algumas medidas de segurança, visando a proteção de ambos. Torna-se obrigatório que todos os pacientes, sejam suspeitos ou confirmados, permaneçam de máscara cirúrgica durante toda permanência no ambiente de saúde, além de realizar a higienização das mãos e etiqueta respiratória, com uso de lenços descartáveis ao tossir ou espirrar (GVIMS/GGTES/ANVISA, 2020).

Segundo nota da Anvisa (BRASIL, 2020), os profissionais de saúde devem estar com os seguintes equipamentos de proteção individual (EPI): máscara cirúrgica em atendimentos convencionais, atendimentos que dispersem aerossóis, como aspiração de vias aéreas, intubação traqueal, coleta de secreção nasofaringe, entre outros, devem preferir por utilizar a máscara PFF-2 ou K-N95. Além da máscara, se faz necessário o uso do gorro, avental, óculos de proteção ou protetor facial, luvas de procedimento e higienização constante das mãos. Profissionais de apoio, como dos serviços gerais, recepção e administrativo devem utilizar máscara cirúrgica, avental, gorro e óculos de proteção individual (BRASIL, 2020).

É recorrente a divulgação nos veículos de comunicação e nos estudos recentes, a falta de EPI e insumos hospitalares para boa manutenção da assistência. A falta de EPI expõe os profissionais de saúde à vulnerabilidade, sendo este grupo forte candidato a contrair à COVID-19. Segundo a OMS (2020), de 12 a 20 % dos profissionais de saúde envolvidos no cuidado contraíram a doença. Um fator determinante desse número de contaminação é a falta do equipamento necessário para sua proteção.

Para Medeiros (2020, p. 2)

A manutenção de EPIs nas instituições de saúde deve ser uma política de Estado, os governos devem se mobilizar para que a indústria nacional responda a este desafio. Infelizmente, não é isto que estamos vendo, os preços dos EPIs, especialmente máscaras e aventais descartáveis, tiveram importantes aumentos, associado ao desabastecimento do mercado. Temos uma enorme dependência da indústria da China que produz grande parte dos EPIs utilizados no Brasil.

O manejo clínico da COVID-19, a avaliação clínica inicial deve ser orientada pelo dia de início dos sintomas, não pelo dia da testagem ou pela data de resultado do exame. A primeira triagem deve ser realizada com base na história clínica e sintomatologia dos pacientes, visto que os exames diagnósticos indicados – RT-PCR ou sorologia só emitem um resultado confiável se realizado entre 03 e 10 dias de sintomas. Exposto isso, fica indicado que todo o tratamento, cuidado e tomada de decisão deve ser de acordo com a evolução do caso e mesmo sem a confirmação da doença. Casos suspeitos já são eleitos de se enquadrar nessa assistência. (OMS, 2020). Portanto, deve-se realizar uma triagem/acolhimento bem criterioso, para que todos os aspectos da doença e do paciente não passem despercebidos (BRASIL, 2020).

Fatores a considerar no primeiro contato são: viagem para o exterior nos últimos 14 dias, contato com caso ou suspeito ou confirmado nos últimos 14 dias, associação de 02 sintomas respiratórios nos últimos 14 dias (tosse, falta de ar, dificuldade de respirar, coriza, perda ou redução de olfato e paladar), além de febre e diarreia. A junção de 02 fatores citados classificam o paciente em sintomático respiratório, sendo este alocado para vigilância e acompanhamento, e encaminhado para atendimento e testagem. (BRASIL, 2020).

Takeda e Sirena (2021) apontam que, para se pensar em cuidado assistencial, a qualidade de atenção à saúde precisa atender a duas dimensões: uma se dá quando o paciente recebe o cuidado que ele precisa quando ele precisa, atendendo assim ao acesso. A outra se dá quando ele consegue resolutividade em seus cuidados, seja na parte clínica ou relacional, sendo este então, efetivo.

Em relação à efetividade, os autores mencionam que:

A efetividade clínica refere-se ao uso da melhor tecnologia e conhecimento atual e traduz-se, por exemplo, no uso de diretrizes clínicas baseadas em evidências e no uso da melhor informação e recursos disponíveis. A efetividade das relações interpessoais refere-se à qualidade da comunicação e diálogo entre profissionais e usuários dos serviços de saúde (TAKEDA; SIRENA, 2021, p. 138).

Portanto, para a assistência à saúde ser efetiva é necessário que as condutas clínicas sejam baseadas em evidências, através de um diálogo qualificado entre os profissionais e usuários dos serviços de saúde. Entretanto, no auge da pandemia, vários tratamentos sem comprovação científica foram amplamente divulgados nos meios de comunicação e algumas notas técnicas, inclusive em meios do Ministério da Saúde foram adotados por muitas pessoas da sociedade. No Brasil, o Kit-COVID, com uso da cloroquina e ivermectina, foram os medicamentos de maior disseminação de informação (AMB, 2021).

A OMS e a ANVISA não aconselharam o uso de medicamentos sem estudos comprobatórios de eficácia, sendo fortemente recomendado o cuidado terapêutico com enfoque no quadro clínico individual de cada paciente. A adoção deste tipo de tratamento pode comprometer ou agravar o quadro geral do paciente, por isso cada conduta deve ser avaliada de maneira individual.

Vale ressaltar que 80% dos casos de COVID-19 são considerados leves, o que permite uma avaliação remota. Esse método de assistência é de extrema importância na tentativa de diminuir as linhas de contágio e a sobrecarga dos serviços, sendo esta regulamentada e aceita por diversos conselhos de profissionais de saúde, como conselhos de enfermagem, medicina, nutrição e outros. A teleassistência deve se basear nos protocolos elaborados e devem ser executados com mensagens claras. O profissional responsável por esse atendimento deve estar atento aos sinais de gravidade, como dificuldade de falar, respirar, pressão torácica e sinais de choque. Qualquer alteração no estado de saúde do paciente, ele deve ser direcionado aos serviços presenciais, seja na unidade de atenção básica ou na rede de emergência, a depender da gravidade (BRASIL, 2020).

É necessário que o paciente em questão seja bem-informado e esclarecido sobre todos os aspectos em relação ao seu quadro ou de seu familiar, a fim de desenvolver ações de autocuidado, identificando os sinais de gravidade, compreendendo as ações de isolamento e prevenindo assim a disseminação da epidemia; além de uma melhor condução do seu próprio caso, visando o controle de complicações. Quando se desenvolve o autocuidado, a pessoa passa a ser protagonista em relação às ações desenvolvidas; onde a percepção dela sobre seus problemas e suas condições são trabalhadas e/ou superadas. O profissional de saúde fica

incumbido de ser uma fonte de informação correta e segura. Dessa forma, o plano de cuidados deve ser feito em conjunto com a pessoa (BRASIL, 2014).

Takeda; Sirena (2021, p. 141) afirmam que

Autocuidado é a capacidade das pessoas (e suas famílias) de gerenciar seu cuidado e lidar cotidianamente com desconforto, dor, incapacidade, tratamentos (regimes complexos de medicação), impactos emocionais e ajustes no estilo de vida. É também a capacidade de reconhecer e atuar quando ocorrerem sinais de risco, saber quando buscar ajuda da equipe de saúde e comunicar-se eficazmente com profissionais da saúde.

Além das dúvidas e incertezas de lidar com esta nova doença, houve a grande exposição dos profissionais aos riscos de contrair o vírus e desenvolver a doença, o uso de equipamentos de proteção individual se tornou obrigatório e essencial. Além da manutenção do distanciamento, os profissionais se preocupavam com a própria saúde e de seus familiares. Apesar das orientações em relação ao cuidado profissional, muitas dessas práticas de autoproteção durante o trabalho não foram realizadas conforme recomendado. A falta de equipamentos de proteção individual, estrutura física inadequada e baixo quantitativo de profissionais foi uma realidade, bem como a falta de informações acerca do processo de cuidado à pessoa com COVID-19.

Para Capucho (2021, p. 161):

A pandemia de COVID-19 trouxe diversos desafios para a população mundial. Aos profissionais de saúde, uma dose a mais de insegurança e estresse, que felizmente tem sido convertida em estudos e ações que visam ao cuidado seguro e efetivo baseado na melhor evidência científica disponível.

Ainda existem muitas incertezas em relação ao cuidado à pessoa com COVID-19, porém houve grandes avanços nos estudos e cooperações entre instituições; o que vem dando base para o fortalecimento dessa assistência. Com a implantação da vacinação, os casos graves sofreram um decréscimo significativo, o que mostra uma alteração significativa no quadro geral da doença. Além disso, alguns medicamentos, conforme citados no capítulo anterior tiveram sua eficácia comprovada, sendo o uso indicado, o que coloca a COVID-19 em um grau de conduta mais elaborada e concisa.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A Teoria das Representações Sociais

Houve um longo período em que não se tinha preocupação com a subjetividade, não se enfatizava a construção de significados do homem em sua cultura, sendo assim, as ciências sociais eram focadas no objetivismo e obscurantismo (ALMEIDA; SANTOS; TRINDADE, 2002). Nesse contexto, Emile Durkheim propôs o conceito de representações coletivas, como uma alternativa ao individualismo social vigente à sua época. Para o autor, as representações coletivas buscavam englobar fenômenos amplos como religião, mitos e ciência, manifestando-se como produto de uma cooperação entre múltiplas ideias e sentimentos acumulados durante gerações de experiência e saber (SÁ, 2015).

Rocha (2014) reporta que, historicamente, a Teoria das Representações Sociais nasceu em um contexto da insatisfação da superioridade do conhecimento científico em detrimento do conhecimento do senso comum. Desprezando, assim, os valores das crenças e conceitos construídos culturalmente.

Para Jodelet,

O conceito de “representação” será encontrado em todas as definições de fenômenos que emergem no campo das ideias. Seu tratamento é objeto de uso explícito e racional nas ciências sociais. Elas encontram neste conceito um meio de acesso às dimensões simbólicas, culturais e práticas dos fenômenos sociais, bem como um instrumento que permite pensar a relação do mental e do material como meio para dar lugar novamente à cultura e ao reconhecimento de que os fatos sociais são objetos de conhecimento. Essas correntes consideram as representações como operadores simbólicos e lógicos da vida social, cada um privilegiando um momento particular de sua intervenção: a antropologia, no momento da constituição da sociedade; a sociologia, nas transformações sociais; a história, no jogo temporal das formas sociais, em durações mais ou menos prolongadas (JODELET, 2017, p.37).

Serge Moscovici, tendo na sociologia Durkheimiana uma fonte conceitual, publicou no ano de 1961 o livro *La Psychanalyse, Son Image et Son Public*, um dos marcos da inauguração do campo de estudos das representações sociais. Dessa forma, a partir do desenvolvimento da Teoria das Representações Sociais, desenvolveu-se o aporte teórico e metodológico para a compreensão de diferentes realidades sociais a fim de evidenciar aspectos ligados de como os indivíduos e grupos absorvem e compreendem o mundo à sua volta (OLIVEIRA et al., 2005).

No contexto das representações sociais:

A psicologia social é, obviamente, uma manifestação do pensamento mágico e, por isso, quando estuda o sistema cognitivo ela pressupõe que: os indivíduos normais reagem a fenômenos, pessoas ou acontecimentos do mesmo modo que os cientistas ou estáticos, e compreender significa processar informações. [...] percebo que, no que se refere a realidade, essas representações são tudo o que temos, aquilo que os nossos sistemas perceptivos, como cognitivos, estão ajustados (MOSCOVICI, 2005, p. 30).

Diante dessa premissa, os estudos de representações sociais (RS) esclarecem a subjetividade entre os objetos e os grupos sociais, gerando assim uma imagem construída em relação a estes. A Teoria das Representações Sociais toma como ponto de partida a diversidade dos indivíduos, atitudes e fenômenos em toda estranheza e imprevisibilidade. Seu objetivo é descobrir como os indivíduos e grupos podem construir um mundo estável, previsível, a partir de tal diversidade (MOSCOVICI, 2005).

A representação é um saber prático organizado por um grupo de pessoas, que por pensarem de forma semelhante produzem um conhecimento consensual, baseado no conhecimento “senso comum” compartilhado entre eles. Portanto é uma expressão do conhecimento elaborado a respeito da realidade de um grupo (SOUSA; SOUZA, 2021, p.121).

Félix e colaboradores (2016), discutem que a TRS promove uma contribuição teórico/metodológica que investiga o fenômeno das representações sociais (RS), entendido como as teorias que são produzidas na coletividade do senso comum, ou seja, como as pessoas e os grupos sociais, durante suas vidas cotidianas, constroem saberes sobre si mesmos, sobre os outros e sobre os diversos objetos sociais que são importantes. Nesse sentido, o objeto social investigado pela TRS encontra-se no trânsito da interação sujeito – grupo social, sendo transformado por essa relação.

Dessa forma, a representação social é uma modalidade de conhecimento que pressupõe uma prática, ou seja, possui a função de elaboração de comportamentos e a comunicação entre os indivíduos (MOSCOVICI, 2009). Seus elementos são expressos em um conjunto de informações, crenças, valores e atitudes acerca de um objeto social, sendo organizadas, estruturadas e constituídas num sistema sociocognitivo (ABRIC, 2001).

Sousa, Souza (2021, p. 124) afirmam que “por meio da Teoria das Representações Sociais, é possível analisar o comportamento dos indivíduos, [...] as representações são constantes e se estabelecem de formas distintas no decorrer da vida dos indivíduos que compõem determinados grupos”.

Jodelet (2001) salienta que o mundo é composto e partilhado entre as pessoas, que são um apoio umas para as outras, seja este apoio congruente ou incongruente. Dessa maneira, as formas de compreendê-lo, administrá-lo ou enfrentá-lo são motivos da existência das representações sociais.

Ainda, o ponto de partida das representações sociais é o conhecimento produzido considerando quem fala e onde fala; o grupo que gera o pertencimento da representação, e não somente o objeto em si (MOSCOVICI., 2003).

A representação social é sempre estabelecida por um grupo acerca de alguma experiência vivenciada por ele, dessa forma, é necessário especificar o sujeito (a população ou conjunto social) e o objeto representado (SÁ, 2002). Desse modo, para que exista representação deve-se considerar a disseminação de informação e a “pressão à inferência”, a partir da qual o cotidiano dos sujeitos os estimula a estabelecer posicionamentos acerca de determinado objeto. As modalidades de conhecimentos presentes no cotidiano integram as representações sociais, devido a necessidade de tornar familiar o que não é familiar (MOSCOVICI, 1986).

Nesse sentido, Rocha (2013, p. 51) refere que “a relação dialética estabelecida pelo homem entre os aspectos individual e social é a base teórica do conceito de representação social, ou seja, da apropriação da realidade social pelo indivíduo, de modo que o social e o exterior se tornam internos”.

Indo ao encontro dos aspectos apresentados, Abric (1998, p.27) salienta que:

O ponto fundamental dessa teoria é o abandono da distinção clássica – e, em particular, fortemente desenvolvida pelas abordagens behavioristas – entre sujeito e objeto. A dicotomia sujeito-objeto não sendo levada em consideração, confere um novo estatuto ao que se convencionou chamar de “realidade objetiva”, definida pelos componentes objetivos da situação e do objeto.

Nessa perspectiva, a representação social é definida como uma visão funcional do mundo, dando sentido às condutas e a compreensão da realidade através do seu próprio sistema de referências. De um lado, deve-se considerar o funcionamento cognitivo e o do aparelho psíquico, e, de outro, o funcionamento do sistema social, dos grupos e das interações, na medida em que estes afetam a gênese, a estrutura e a evolução das representações e são afetados por sua intervenção (JODELET, 2001).

Existem duas classes de universo de pensamentos na sociedade, denominados de universo consensual e reificado. Moscovici (2013) e Sá (1993) salientam que o primeiro universo se refere à concepção das teorias do senso comum, elaboradas a partir das atividades de interação social, onde a sociedade se enxerga com a mesma valorização, construindo então as representações sociais. Já a segunda estaria abarcada o pensamento científico, metodológico, sendo então a sociedade hierarquizada e estratificada. As representações sociais são conhecimentos do universo consensual transformadas pelas informações do universo reificado. (SÁ, 2007).

Segundo Moscovici,

No universo consensual, a sociedade é uma criação visível, contínua, permeada com sentido e finalidade, possuindo uma voz humana, de acordo com a existência humana e agindo tanto como reagindo, como um ser humano. Em outras palavras, o ser humano é, aqui, a medida de todas as coisas. No universo reificado, a sociedade é transformada em um sistema de entidades sólidas, básicas, invariáveis, que são indiferentes à individualidade e não possuem identidade (MOSCOVICI, 2013, p. 49).

Dois processos sociocognitivos que atuam na formação da representação social: a objetivação e a ancoragem. A representação possui dois lados indissociáveis, a face figurativa e a face simbólica. Portanto, cada figura corresponde a um sentido e cada sentido a uma figura. As formas têm por função destacar uma figura e dar um sentido, *ancorando-a* valores que já existem no grupo, mas possui também a função de duplicar um sentido por figura, dando materialidade, ou seja, *objetivando-o* (MOSCOVICI et al., 1978).

Moscovici (2003) destaca três movimentos no processo de objetivação: a seleção e descontextualização, a formação do núcleo figurativo e a naturalização dos elementos. Já na ancoragem os movimentos de construção são: atribuição de sentido, instrumentalização do saber e enraizamento no sistema de pensamento.

Oliveira, Almeida e Trindade (2019) apontam que as dinâmicas da objetivação e da ancoragem são aparentemente diferentes: uma, a objetivação, visa criar verdades evidentes para todos e independentes de todo determinismo social e psicológico; ao contrário, a intervenção de tais determinismos na sua gênese e transformação, determinando a ancoragem. “A ancoragem é um processo que transforma algo estranho e perturbador, que nos intriga, em nosso sistema particular de categorias e o compara com um paradigma de uma categoria que nós pensamos ser apropriadas” (MOSCOVICI, 2005, p. 61).

A produção de um conceito em uma imagem, transformando-o em algo concreto, seria, pois, a objetivação. Tornar algo não familiar em familiar, dando nomes, conceitos e classificações, seria então a ancoragem (MOSCOVICI, 2005). Para Sá (1995, p.38) “esses processos são responsáveis pelo enraizamento social da representação e seu objeto”.

Jodelet (2011) considera que o conhecimento verdadeiro é construído através do senso comum de um grupo, e este se transforma em uma representação no instante que o conhecimento passa a ser uma verdade para todos os indivíduos deste grupo. Definindo assim que a representação social é um guia para as ações sociais; sendo este presente no cotidiano e sendo manifestada nos saberes práticos dos sujeitos, na forma e modo de viver nas suas tradições e culturas.

Dessa maneira, Jodelet (1989; 2001), aponta que o estudo das representações sociais deve ser constituído com base na análise dos elementos afetivos, mentais e sociais, se

integrando entre linguagem, comunicação e relações sociais. Faz-se necessário o entendimento dos discursos que criam as representações, analisando todas as informações, imagens, expressões, crenças e demais elementos figurativos.

Dessa maneira, Abric (1987, p. 64) considera a representação como “um conjunto organizado de informações, atitudes e crenças que um indivíduo ou um grupo cria a respeito de um objeto, de uma situação, de um conceito, de outros indivíduos ou grupos apresentando-se, portanto, como uma visão subjetiva e social da realidade”.

Segundo Oliveira (2001) as representações sociais no campo da saúde são tomadas pelos pesquisadores a partir de variadas faces conceituais. Nesse contexto, vale destacar que os profissionais de saúde atuam nos dois universos de construção de saber: o consensual e o reificado. Nesse sentido, a construção do seu conhecimento se dá através de suas crenças, valores e interações sociais cotidianas, bem como àquelas adquiridas profissionalmente, através dos estudos científicos com rigor metodológico, conforme afirma Oliveira (2019).

Um outro aspecto que deve ser considerado na formação das representações sociais é o poder da informação, uma vez que os meios de comunicação são elementos de inserção e transformação de conhecimentos, sendo os lugares de debate e análises dos grupos sociais (SÁ, 1993). A mídia exerce influência na formação das representações, dessa maneira, a dispersão de informação está diretamente ligada à construção do conhecimento.

Desse modo, a representação considera a atividade do sujeito sobre o mundo e a ação do meio empírico e social sobre o indivíduo. O caráter sociocognitivo e forma de conhecimento do senso comum que enseja as ideias das formações das RS, suas ideias e dimensões. (ESPÍNDOLA, MAIA, 2021).

Dessa maneira, Santos (2005, p. 29) pontua que:

Uma informação sobre uma nova doença, por exemplo, será apreendida diferentemente por médicos, engenheiros, agricultores ou estudantes. Porém não se trata apenas do nível de escolaridade. Se o engenheiro ou agricultor é católico ou muçumano, brasileiro ou asiático, sua formação religiosa e sua cultura terão também um papel importante na apropriação do novo conhecimento.

A sociedade está em constante movimento e transformações; e com o cenário da pandemia, algumas mudanças aconteceram de forma repentina e gerando diversas incertezas em múltiplos aspectos da vida. Aplicar a TRS nesse estudo nos possibilitará entender o entrecruzamento de saberes médicos científicos e saberes tradicionais, onde será possível desvendar o mosaico formado pelos significados e valores socialmente partilhados que estão ligados diretamente às ações e cuidado em saúde (FERREIRA, 2016).

Diante desse entrecruzamento de saberes, tem-se uma forma particular de simbolização entre os profissionais de saúde, que foi denominado por Oliveira (2013) como representações socioprofissionais. Estas apontam um saber prático aderente aos valores, normas, crenças e memórias partilhadas pelo grupo, mas também pelo conhecimento científico.

As representações socioprofissionais são aquelas encontradas na lacuna entre a representação social e a representação profissional. Essa representação seria o meio termo entre as duas extremidades, onde o grupo estudado adquire certa profissionalidade e os objetos se tornam mais técnicos. Dessa maneira, essa representação seria a passagem de um modelo idealizado para um modelo prático, baseado na experiência real de cada ator. (ESPÍNDOLA, MAIA, 2021).

Dessa maneira, essa representação possui dois elementos importantes:

Consideramos poder assim sublinhar dois elementos relevantes nas RSP: a ideia de projeto profissional e o contexto da formação profissionalizante. Sobre o projeto profissional, este é estruturado por um conjunto de modelos, de valores, que criam tal ou tal aspiração. Quando uma escolha profissional se opera, ela se efetua à base de uma coleta e de um tratamento de informações (ESPÍNDOLA, MAIA, 2021. p.42).

Vale destacar que existe uma interdependência das representações sociais e profissionais, dessa maneira, existe um fluxo de caminho recorrente entre as duas, o que sugere a necessidade de compreender o campo semântico dos objetos em questão. As especificidades dessa representação dependem do contexto, do objeto e grupo profissional, bem como a diferença de status e funções (ESPÍNDOLA, MAIA, 2021).

Com o desenvolvimento da TRS, diversas abordagens complementares têm sido construídas a fim de aprofundar aspectos relativos ao conteúdo e à estrutura das representações, sempre mantendo um diálogo com as proposições iniciais da teoria geral. Existem três abordagens metodológicas de estudo em representações sociais: a processual (JODELET, 2001), a estrutural (ABRIC, 1998) e a societal (DOISE, 2001). A abordagem estrutural confere a centralidade nos processos cognitivos, já a processual é centrada na complexidade das representações. Para discussão entre os dois métodos se faz necessário refletir sobre os seguintes aspectos: o modo de definição das RS, suas hipóteses epistemológicas e ontológicas e suas diferenças entre os conceitos (BANCHS, 2004).

Tendo em vista o objetivo deste estudo de identificar a estrutura e os conteúdos das representações sociais da COVID-19 e do cuidado à pessoa com coronavírus, na perspectiva dos profissionais de saúde, optou-se por utilizar o arcabouço teórico proposto por Jean Claude Abris, por meio do estudo da abordagem estrutural das RS.

2.2 A teoria do Núcleo Central e a abordagem estrutural das RS

A abordagem estrutural apoia-se em uma teoria de base, a Teoria do Núcleo Central. Sob a inspiração de proposições anteriores, a Teoria do Núcleo Central (TNC) foi proposta por Abric, que caracteriza os aspectos estruturais e o conteúdo das representações, sendo composto por elementos do núcleo central e elementos periféricos. O autor sustenta a hipótese de que toda a representação se organiza em torno desses dois sistemas, os quais funcionam como uma entidade única e articulada, onde cada parte possui o seu papel particular e complementar (PARREIRA et al., 2018).

A partir das diferenças advindas desses dois sistemas, Sá (1996) considera que as representações são estáveis e móveis, rígidas e flexíveis; elas são consensuais, mas são marcadas por diferenças interindividuais. Nessa estruturação de elementos centrais e periféricos, ainda segundo o autor, as cognições do núcleo central seriam absolutas e as cognições periféricas seriam condicionais.

Abric (1998) considera que a abordagem estrutural das representações sociais se constitui num aspecto fundamental a ser considerado na análise de questões importantes relativas às ciências sociais: a compreensão e a evolução da mentalidade, a ação sobre as atitudes e as opiniões, a influência social (seja ela minoritária ou majoritária) e, enfim, a organização interna e as regras de transformação social. Para o autor, o conjunto de informações, de crenças, de opiniões e de atitudes a propósito de um dado objeto social é organizado e constitui um sistema sociocognitivo de tipo específico .

O núcleo central (NC) é definido pela natureza do objeto representado, pelo tipo de relação que o grupo mantém com esse objeto e, ainda, pelo sistema de valores e normas sociais que constituem o meio ambiente ideológico do momento e do grupo. Já o sistema periférico está ligado ao cotidiano, são prescritores de comportamento e tomadas de decisão do sujeito (ABRIC, 2000). Exposto isto, podemos dizer que o núcleo central é marcado pela memória coletiva, constitui uma base comum consensual, é estável e coerente e é relativamente pouco sensível ao contexto social e material imediato.

Destaca-se o desempenho de três funções essenciais pelo NC: geradora, organizadora e estabilizadora. A primeira refere-se ao fato dele ser o elemento por meio do qual os demais constituintes da representação são criados, transformados e recebem significado. A função organizadora se justifica devido ao fato de o NC determinar os laços estabelecidos entre os elementos da representação, uma vez que os demais elementos se organizam a partir do

núcleo central. Desse aspecto decorre sua função estabilizadora, uma vez que o NC é o elemento unificador da representação e seus elementos são mais estáveis e resistentes a mudanças. (ABRIC, 2000; SÁ, 1996).

O sistema periférico permite a integração das experiências e histórias, suporta a heterogeneidade, é evolutivo e sensível ao contexto social imediato. Ele é uma adaptação da realidade concreta e remete a uma diferenciação do conteúdo da representação, além de proteger o núcleo central. Dessa forma, o NC representa a parte operatória da representação, constituindo os desdobramentos do processo de ancoragem no cotidiano e apresentando uma interface entre o NC e a situação real na qual a representação é construída (ABRIC, 2000).

Para Abric (1998), o núcleo central (NC) é definido pela natureza do objeto representado e pelo tipo de relação que o grupo mantém com esse objeto, e ainda, pelo sistema de valores e normas sociais que constituem o meio ambiente ideológico do momento e do grupo. O NC está intimamente ligado às condições históricas, sociológicas e ideológicas, portanto, fortemente marcado pela memória coletiva do grupo e pelo sistema de normas a qual ele se refere (MAZZOTTI, 2002).

A RS é definida como estável e móvel; rígida e flexível devido ao duplo sistema que ela se integra, sejam eles o central e o periférico. O núcleo central possui uma função geradora, onde os outros elementos ganham sentido, se transformam ou se criam, e ainda uma função organizadora, unindo os elos da representação. Já o sistema periférico está ligado ao cotidiano, são prescritores de comportamento e tomadas de decisão do sujeito (ABRIC, 2000).

O quadro de quatro casas é formado pela relação entre a frequência e ordem média de evocação. Ele expressa o conteúdo e a estrutura da RS de um objeto. O quadrante superior esquerdo é considerado o possível núcleo central da representação, e o direito considerado como primeira periferia. Já os inferiores são denominados como segunda periferia: inferior direito; e zona de contraste: inferior esquerdo (OLIVEIRA et al., 2005; SÁ, 2002)

Para o estudo da estrutura de uma dada representação e identificação do seu NC, Abric (2003) propôs um método de distribuição de evocações livres em quatro quadrantes, conforme Quadro 1.

Quadro 1 – Adaptação esquemática do Quadro de Quatro Casas (OLIVEIRA et al., 2005.)

OME	(ordem média de evocação)		OME	(ordem média de evocação)		
Freq.	Termo evocado	Freq.	OME	Termo evocado	Freq.	O.M.E.
Frequência média das palavras	Possível Núcleo central: - Menor ordem média - Maior frequência			1ª periferia: - Maior ordem média - Maior frequência		
Frequência média das palavras	Zona de Contraste: - Menor ordem média - Menor frequência			2ª periferia: - Maior ordem média - Menor frequência		

O núcleo central é formado pelos termos mais frequentes mais prontamente evocados, dessa maneira eles possuem uma maior frequência e uma menor ordem média, dessa maneira é mais resistente à mudança. São termos considerados extremamente importantes para o grupo estudado, e a ausência destes poderiam desestruturar ou dar outra significação para representação (ABRIC, 2001).

Os elementos da primeira periferia, quadrante superior direito são os termos mais frequentes, porém menos prontamente evocados. Por isso ele possui uma maior frequência e uma maior ordem média de evocação. Nesse quadrante é possível ter elementos do núcleo central, devido à frequência de evocação apresentada. Já os elementos da segunda periferia são os menos frequentes e menos prontamente evocados, o que confere menos importância aos termos (OLIVEIRA et al., 2005; SÁ, 2002).

Segundo os autores, os elementos da zona de contraste possuem uma menor frequência, porém uma menor ordem média de evocação, o que confere grande importância para os indivíduos que evocaram. Esse quadrante pode apresentar a possibilidade de subgrupo que pensa diferente da massa estudada (OLIVEIRA et al., 2005; SÁ, 2002).

Vale destacar, ainda, que o NC possui uma dupla caracterização: a pragmática e a avaliativa, sendo estas compostas por elementos normativos e elementos funcionais. A presença de elementos normativos está ligada ao sistema de valores do indivíduo, as histórias e ideologias do grupo, determinando então o posicionamento frente ao objeto e aos

julgamentos, constituindo a dimensão social do NC. Já a presença de elementos funcionais está ligada às condutas referentes ao objeto, relacionadas às práticas sociais e às características descritivas. Dessa maneira, a presença de elementos normativos confere o papel avaliativo; e a presença de elementos funcionais confere o seu papel pragmático (ABRIC, 2003). Este estudo irá utilizar os pressupostos teóricos da abordagem estrutural para identificar o conteúdo e a estrutura das representações sociais da COVID-19 e do cuidado à pessoa com coronavírus, bem como comparar essas representações e entender as relações estabelecidas entre a doença e o cuidado a ela dirigidos.

2.3 Relações entre práticas e representações sociais

Discutir as relações entre representações e práticas, as representações sociais se apresentam como um meio conectivo entre sujeito e objeto, entre o pensamento e a ação, a razão e a emoção, o individual e o coletivo. É possível compreender as ações dos sujeitos em face dos contextos que elas são produzidas, justificando suas ações frente às realidades que lhe são expostas e dizer que as representações alimentam as práticas que, por sua vez, expressam as representações e conduzem a sua formação numa relação de reciprocidade (JODELET, 2009)

Trindade (1998) aponta que as práticas são elementos fundamentais da construção teórica, portanto a relação prática-representação é uma das hipóteses da teoria das representações sociais. A prática social diária, marcada pela cultura e comunicação através dos nossos pensamentos, estão em constante adaptação na realidade, sendo esse fenômeno compreendido na representação social (SÁ, 1996). É a ação, sendo esta composta pelo comportamento, afetividade e cognição (CAMPOS, 2017).

Almeida, Santos e Trindade (2000), consideram que para relacionar pensamento e ação, dizer e fazer, representações e práticas sociais é necessário abordar duas questões, sendo elas: a relação entre RS e práticas sociais e a maneira de não considerar o relativismo e a indeterminação. Apesar da simplicidade dessa relação ser considerada, a complexidade do estudo do ponto de vista teórico e metodológico precisa ser abordada. Dito isto, os autores propõem três questões problemáticas nessa relação: a definição do conceito, a natureza das relações entre representações e práticas e a dificuldades metodológicas para a sua apreensão.

Atualmente para a compreensão dessa relação entre práticas e representações, mediadas pela influência recíproca, é preciso elaborar sobre quais condições as práticas determinam as representações e sobre quais condições as representações determinam as práticas. Existem três condições que afetam essa associação, sendo: a reversibilidade ou irreversibilidade dos sujeitos sobre a percepção da situação; o grau de autonomia dos sujeitos e o grau de ativação das cargas afetivas, referenciando a memória coletiva (CAMPOS, 2017).

Abric (1994 apud OLIVEIRA, 1996) refere que essas hipóteses seriam: a primeira é que a representação determina a prática quando a carga afetiva é forte, nas quais a memória coletiva é necessária para manutenção e justificação dessa identidade. A segunda aponta que as representações possuem um papel similar sobre as práticas, quando os atores possuem autonomia resultantes da relação de poder. E a última aponta que as práticas e representações estão em interação, onde as práticas geram as transformações das representações.

Dessa forma, para que a ação guie a representação, se faz necessário que a situação tenha uma carga afetiva significativa, onde a referência da memória coletiva se faz necessário para manter ou justificar a identidade dos grupos, sendo essas ações partilhadas, mas não necessariamente verbalizadas; essas são denominadas como práticas significantes. Por outro lado, temos as práticas não restritivas, sendo situações que diferentes ações possam ser aceitas, apesar das restrições existentes (ABRIC, 1994 apud OLIVEIRA, 1996).

Wolter e Sá (2013) apontam sobre a possibilidade, em uma leitura superficial, dizer que as práticas e representações podem ou se influenciam simultaneamente, entretanto, citando Rouquette, afirmam que essas influências não são equivalentes, sendo então pontuado que as representações são as condições das práticas, e as práticas são agentes de transformações das representações. Com base no exposto até o momento, percebe-se a dificuldade na definição de maneira absoluta da natureza dessa relação. As representações sociais regulam as práticas dos sujeitos, porém estas surgem das diversas práticas sociais do sujeito e do cotidiano. (ALMEIDA; SANTOS; TRINDADE, 2000).

Dessa maneira, Jodelet (2018) diz que a integração da subjetividade com a dimensão social, cultural e histórica, dependem do estudo dos processos e dos produtos, pelos quais os grupos constroem e interpretam “seu mundo de vida”.

2.4 Representações sociais da COVID-19 e do cuidado: o que mostram os estudos

A pandemia de COVID-19 significou mudanças na vida cotidiana das pessoas e do mundo. Esse novo cenário gera uma cadeia de mudanças nas ações, pensamentos e percepções das pessoas de maneira geral. Muitos são os estudos divulgados na tentativa de compreender esta nova doença que se espalhou rapidamente, causando um caos em todos os aspectos relacionados à vida das coletividades e das pessoas em solo. (MATTA et al, 2021).

A maioria dos estudos publicados até o momento acerca da COVID-19 e dos cuidados voltados aos pacientes acometidos por esta doença estão relacionados à parte clínica, fisiológica e biológica. Existe ainda, uma outra parte voltada para os impactos sociais e econômicos acerca do processo de acometimento pela COVID-19. Estas são publicações de extrema importância, para embasar as tomadas de decisões, visando a melhora dos pacientes, controle de casos e finalização da pandemia. Por outro lado, precisa-se conhecer a importância do objeto COVID-19, para compreensão deste novo fenômeno de representação social.

Existe uma concepção imagética e simbólica da COVID-19 nos grupos sociais, uma divulgação rotineira e persistente entre os meios de comunicação, informações científicas, engajamento das pessoas nas redes sociais. Os diferentes comportamentos vistos no dia a dia são indicativos de uma lógica "sócio simbólica" que guia as práticas sociais das pessoas, sendo essa determinante para o favorecimento ou não favorecimento das medidas adotadas, por exemplo (ALMEIDA et al., 2021).

Vale ressaltar que entender como os grupos sociais compreendem este novo objeto é de extrema importância, para que as ações sejam também pautadas na subjetividade, no conhecimento e vivência das pessoas. É necessário a abordagem do conhecimento científico, porém o senso-comum precisa ser dialogado, como maneira de entender as práticas sociais estabelecidas. Quais as relações entre as novas práticas adotadas e as representações ali inseridas, o que está influenciando essas representações, qual a determinação dessas associações, elas estão em correlação?

A emergência espontânea das representações sociais não é nova, nem própria de determinados contextos, ou momentos específicos. O pânico e outros fatores sociais, normalmente juntam-se às pessoas e aos grupos, sempre que fenômenos novos se instalam e condicionam os comportamentos habituais de um território ou comunidade (FERNANDES, 2020).

Partindo desse raciocínio, ainda segundo o autor, relembramos que a representação social precisa ser socialmente produzida e socialmente partilhada, familiarizando-se com os objetos que nos rodeiam, baseadas nas nossas experiências, gerando informações e conhecimentos do senso comum. Quando estamos diante de um contexto de modificação repentina e abrupta, tende-se que a representação social se modifique, onde esta vai transformar ou adaptar a situação, na expectativa de retorno à normalidade, ou; transforma-se completamente, vistas a impossibilidade de reversão dessa nova realidade.

Almeida et al. (2021) referem que a COVID-19 é um fenômeno de representação social, uma vez que atende aos critérios de relevância, da prática, do consenso e da filiação, bem como relacionados à dimensão dos afetos, imagética e das práticas sociais. Entender essa concepção é o que permite relacionar a lógica desses profissionais na condução do plano de cuidado, seus sentimentos e suas atitudes, propiciando melhora na comunicação, na segurança e na qualidade da assistência.

Em seu primeiro estudo, ainda no início da pandemia e da disseminação dos casos, Fernandes (2020), constatou que os elementos estruturantes da representação foram: medo, vírus, contágio e isolamento. Com base na análise realizada, pode-se verificar que a tendência da representação se refere às consequências e não às causas da doença, não sendo apreciado a parte sintomatológica da COVID-19 por exemplo, mas sendo exposto a preocupação econômica e social.

Paez et al. (2020), deram pistas sobre a formação do senso comum em relação ao comportamento coletivo, dando assim sentido aos acontecimentos. Foi possível perceber que os efeitos da doença são diferenciados de acordo com a classe social, idade e estereótipos, fazendo a previsão que ao se tornar massiva, a representação social do Coronavírus seja associada à raiva, indignação moral e mobilização sociopolítica.

Devido à complexidade e temporalidade da vida atual, os estudos de representações sociais referentes à COVID-19 e seus cuidados ainda são escassos, tendo a comunidade científica despertado interesse a fim de trazer resultados e explicações de como cada grupo social compreende este fenômeno. Desse modo, vale destacar que uma epidemia atinge diversas dimensões da vida humana, uma vez que envolve recursos materiais, humanos, organização da assistência, práticas culturais e consequências da vida cotidiana de toda a sociedade. (NASCIMENTO, 2020).

Dessa forma, Sontag (2007) refere que os discursos sobre as doenças precisam ser cautelosos, a fim de evitar seus sentidos figurados e comparações implícitas por semelhanças momentâneas. Nessa linha, a pandemia não é vista como uma guerra, pois os profissionais da

linha de frente são pessoas comuns que trazem consigo sentimentos e emoções. São profissionais que vão adaptando seu modo de trabalho a fim de construir novos saberes dessa nova realidade epidemiológica, porém com a integração de consequências em sua vida profissional e pessoal.

Estudo realizado por Oliveira et. al (2020) com idosos sobre a representação social da COVID-19, mostra que o isolamento e as orientações de “ficar em casa” são questões de difícil enfrentamento, sendo este atrelado a uma mudança repentina na vida de milhares de pessoas. Ainda segundo os autores, a espiritualidade e a inclusão digital podem ser uma ferramenta de esperança nesse novo momento.

Já um estudo realizado por Sanches et al (2022), com os profissionais de saúde sobre a representação social do seu trabalho durante a pandemia, elucidou-se a interrelação da vida pessoal à prática profissional, sendo observado os discursos de medo, isolamento e insegurança. Foi possível perceber que o medo citado por eles advinha do medo da contração do vírus, por falta de EPI e o medo de transmitir o vírus. Mas além disso, o medo foi conectado às questões da falta de conhecimento sobre a doença, o que gera incertezas sobre o futuro, dentro e fora do campo de trabalho.

Costa et. al (2020), em seu estudo na mídia social com internautas, resgatou que as representações sociais sobre a COVID-19 no Brasil estão ligadas a valores de cunho negativo, sendo as classes de política, saúde e sociedade, desconfiança das estatísticas e desprestígio do presidente, sugestivas de um paradigma teórico classificatório conferindo valor a objetos, pessoas ou fenômenos. Dessa maneira, essa representação está concentrada na imagem de descrédito das instituições, autoridades governamentais e da mídia.

Pode-se perceber, que os estudos citados com diferentes grupos sociais, apresentam um perfil representacional voltado para o contexto em que o grupo se encontra. Mas é possível perceber as concepções do desconhecido, da mudança de vida e do medo do novo em ambos os estudos. Para Villas Bôas (2010) para a construção da representação é necessário voltar à memória, contudo, deve-se levar em conta que sua articulação se dá no contexto ideológico presente. Dessa maneira, as representações sociais vão se construir à medida que o grupo social a enxerga, sendo os seus costumes, culturas e modos de vida fatores indispensáveis para essa construção.

3 METODOLOGIA

Para análise das representações sociais da COVID-19 e do cuidado à pessoa com Coronavírus entre os profissionais na atenção primária, optou-se pela trilha metodológica abordada neste capítulo.

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de campo, exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa, fundamentado na abordagem estrutural da Teoria das Representações Sociais (TRS), no âmbito da psicologia social (ABRIC, 2000; SÁ, 2002).

Pretende-se com essa pesquisa, analisar a compreensão dos profissionais que atuaram no contexto da atenção básica, no período de pandemia, sobre a COVID-19 e o cuidado à pessoa com coronavírus, analisando as formas de compreensão referentes aos conhecimentos cotidianos e a compreensão científica construídos desde o início dos primeiros casos e das primeiras atuações e contato com essa nova doença.

Um estudo de campo busca dados através das pessoas, este tipo de pesquisa busca dados onde se encontra o objeto de pesquisa, com pessoas que fazem parte e vivenciaram os fenômenos estudados. (FONSECA, 2002). A pesquisa de campo pode ser classificada em estudos descritivos, exploratórios e experimentais.

De acordo com Sampieri, Collado e Lucio (2013), um estudo exploratório é aquele que trata de um tema ainda pouco estudado, como novos fenômenos e novos acontecimentos. Esse tipo de pesquisa objetiva trazer maior familiaridade com o problema, a fim de torná-los mais explícitos (GIL, 2007). Um estudo exploratório muitas vezes não tem hipóteses bem definidas, pois a intenção é conhecer, explorar e descobrir novas ideias, gerando hipóteses para estudos futuros (GIL, 2014).

Para Gil (2002) uma pesquisa de natureza descritiva é aquela que retrata as características de uma população ou fenômeno, podendo descrever a relação entre duas variáveis. A pesquisa descritiva busca conhecer aquela população, suas crenças, características, valores etc. O intuito desse tipo de pesquisa é buscar características, opiniões e crenças de determinados grupos sociais.

Já a pesquisa qualitativa explora aspectos subjetivos de fenômenos sociais e relações entre grupos, onde o objetivo do pesquisador é captar o fenômeno de estudo a partir da perspectiva das pessoas, considerando todos os pontos de vista. Este tipo de pesquisa visa aprofundar os fenômenos explorados, por meio da relação entre seu ambiente e um contexto. (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013).

Minayo (2014) aborda que a pesquisa qualitativa engloba o universo de significados que não podem ser mensurados em variáveis operacionais. Este tipo de estudo busca significado da compreensão dos profissionais da assistência frente ao novo fenômeno, considerando a parte objetiva e subjetiva dos processos como indissociáveis. Este modelo consegue trazer a compreensão de dados observáveis com aplicabilidade prática. Esse tipo de abordagem é uma imersão que busca significações de ações e relações humanas, estas que não são captadas metricamente. (MINAYO, 2014)

Os estudos de representações sociais se dedicam ao estudo de fatos sociais, sendo necessário, portanto, a interação e especificação de um sujeito e um objeto. (SÁ, 1998). Oliveira (2001) reporta que a Teoria das Representações Sociais tem sido cada vez mais explorada no campo da saúde com objetivo de analisar e explorar elementos, comportamentos e práticas sociais do dia a dia dos profissionais.

3.2 Cenário de estudo

Os cenários escolhidos para esse estudo foram os serviços de atenção primária localizados na cidade de Valença, cidade interiorana, da região médio Paraíba, do estado do Rio de Janeiro. Vale destacar que a cidade em questão é a segunda maior do estado em extensão territorial, dessa maneira, algumas equipes precisam atender uma área maior com menor número de famílias. (IBGE, 2022).

No âmbito da atenção primária em saúde, a cidade possui Estratégia de Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde, unidades de Estratégia de Saúde Bucal, equipe do NASF tipo II, Unidade de Vigilância Epidemiológica e Unidade de Imunização. As unidades contam com populações que englobam os aspectos centrais, periféricos e rurais.

O território é bastante heterogêneo. Algumas áreas das unidades possuem aspecto mais centrais, sendo compostas por bairro com maior poder aquisitivo da população, com melhor estrutura física e com boas condições gerais. Já outras áreas possuem caráter mais periférico,

sendo a sua população composta por pessoas de baixa renda, bairros sem nenhuma estrutura física, com grande número de violência, evasão escolar e vulnerabilidades em geral. Temos ainda uma população rural com grande dificuldade de acesso à informação, moram longe das unidades de saúde, muitas vezes com difícil acesso, sendo o principal meio de atendimento o domiciliar.

Devido à sua geografia, é comum que as estratégias atendam a diferentes grupos populacionais, sendo seu território misto. Vale ressaltar que a cidade possui apenas um hospital público, considerado de médio porte, contendo 20 leitos de unidade de terapia intensiva, hospital este que atende a cidade e cidades menores da região.

A cidade possui um total de 15 unidades de Estratégia de Saúde da Família, 06 Unidades Básicas de Saúde, 06 unidades de Estratégia de Saúde Bucal, 01 equipe de NASF tipo II, 01 Unidade de Vigilância Epidemiológica e 01 Unidade de Imunização. As unidades são compostas pelas equipes mínimas, pela coordenação de saúde e pela equipe do núcleo de apoio à saúde da família, totalizando 306 profissionais. Os profissionais integram os níveis fundamental, médio e superior, sendo distribuídos entre médicos, enfermeiros, assistência social, agente comunitário de saúde, agente de endemias, dentistas, fisioterapeutas, educador físico, psicólogo, nutricionistas, auxiliar de saúde bucal e técnico em enfermagem. Compõe ainda profissionais administrativos, auxiliares de serviços gerais e motoristas.

3.3 Participantes do estudo e amostra

Os participantes do estudo foram os profissionais de saúde que atuaram na linha de frente da pandemia de COVID-19. Foram selecionados de forma intencional 100 (cem) profissionais, de nível médio e nível superior, disponíveis nas unidades no período da coleta de dados e que atenderam aos critérios de inclusão. Os profissionais compunham as seguintes áreas: auxiliares de saúde bucal, assistentes sociais, dentistas, enfermeiros, educadores físicos, médicos, psicólogos, fisioterapeutas e técnicos em enfermagem. Os critérios de inclusão foram: ser maior de 18 anos e ter atuado durante a pandemia em alguma unidade de atenção primária à saúde. Os critérios de exclusão foram: não ter atuado durante a pandemia.

Optou-se, como marco temporal, a atuação entre os meses de março de 2020 e julho de 2022, tendo o profissional atuado em algum momento nesse intervalo.

O foco do estudo foi colocado sobre os profissionais que atuaram no contexto da baixa complexidade, da transferência e contrarreferência dos serviços, da integração com serviços de emergência, bem como na vigilância, uma vez que todas as ações deveriam ser implementadas de acordo com o cenário atual.

Desde 2006, a PNAB elege os territórios de saúde como espaço excepcional e único para as práticas de vigilância. A vigilância em saúde nos territórios da atenção básica permite identificar os problemas de saúde, baseado nos seus determinantes e condicionantes, fazendo a identificação dos fatores de risco, gerando conhecimento para as ações e planejamentos inerentes à APS. Em 2008, a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) assumiu a integração AB/VS como prioridade político-institucional. Partindo desse pressuposto, o Ministério da Saúde lançou em 2013 a diretrizes para a integração entre atenção básica e vigilância em saúde, propondo estratégias para essa aproximação dos serviços, visto as suas complementaridades.

O cenário da pandemia, conforme já abordado em capítulos anteriores, trouxe à tona a necessidade da integração e comunicação entre as redes de atenção à saúde (RAS). Desse modo, este estudo irá considerar as ações de atenção primária e vigilância em saúde como complementares, sendo os locais de serviço dessas áreas considerados para estudo.

Para a definição do quantitativo total de sujeitos foram adotados os critérios que atendessem a composição de uma amostragem qualitativa que possibilitasse a análise de evocações livres de palavras associada às entrevistas, de forma a contemplar um grupo social representado, conforme proposto por Oliveira et al (2005). Foram selecionados 100 profissionais que responderam ao questionário de identificação socioeconômica e de evocações livres de palavras. Destes, 30 foram selecionados para responderem a entrevista semiestruturada em profundidade. Esse número está de acordo com o critério de amostra intencional de convivência, atendendo a exigência do quantitativo mínimo dos sujeitos para realização das análises pautadas em médias, parâmetros adotados pelo projeto integrado ao qual este estudo está integrado.

3.4 Coleta de dados

Para pesquisas de análises sociais existe uma variedade de instrumentos e procedimentos de coleta de dados.

A coleta de dados foi realizada entre o período de julho a outubro de 2022. Os instrumentos de coleta de dados foram: questionário de identificação dos sujeitos, adaptado daquele proposto no projeto guarda-chuva (APÊNDICE A), o instrumento de Evocação Livre de Palavras (APÊNDICE B), com os termos indutores *COVID-19* e *Cuidado à pessoa com COVID-19* e uma entrevista semiestruturada (APÊNDICE C).

O questionário de identificação se mostra indicado por ser constituído por uma série ordenada de perguntas e possuir uma linguagem simples e direta, com fácil compreensão para quem está respondendo, indo em conformidade com o objetivo do estudo, que é levantar opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas (GERDATH, 2009). Além disso, o questionário de identificação permite conhecer o sujeito do estudo, pois ele possui informações como idade, profissão, tempo de trabalho, jornada de trabalho, renda e demais características que mostram a homogeneidade ou heterogeneidade do grupo.

Já a técnica de evocação livre de palavras consistiu em solicitar que o entrevistado fale as cinco primeiras palavras que vem à lembrança ao ouvir os termos indutores. É importante salientar que o quantitativo de palavras seja previamente estabelecido entre o entrevistador e o entrevistado. Além disso, recomenda-se que não se exceda o número de seis palavras evocadas, pois a partir de sete evocações há uma descaracterização do caráter espontâneo e natural da técnica, devido ao declínio de rapidez das respostas. (OLIVEIRA et al, 2005)

Essa técnica tem como característica a projeção associativa, que busca entender a organização e a estrutura da representação. Essa técnica permite a entrega rápida dos elementos que constituem o campo semântico do objeto estudado, além de permitir o discernimento da realidade daquele grupo social. Essa técnica se apoia na Teoria do Núcleo Central das representações sociais. (OLIVEIRA et al, 2005; ABRIC, 2001).

3.5 Tratamento e Análise de dados

Os dados resultantes do questionário de identificação dos participantes da pesquisa foram analisados com estatística descritiva e apresentação dos resultados em tabelas. Os dados provenientes do questionário de evocações livres passaram por um processo de padronização, realizado pela pesquisadora. Para tanto, foi elaborado um dicionário (APÊNDICE G e I), contendo os termos evocados, a partir dos termos produzidos na coleta original, com o objetivo de reduzir a variabilidade das palavras e preservar o sentido dos termos evocados pelos participantes. Dessa forma, evocações que se encontravam no mesmo campo semântico foram agrupadas e passaram a corresponder a um mesmo termo evocado. Após esse processo, para realizar a análise da estrutura da representação, todas as palavras e termos evocados foram organizados em um *corpus* e submetidos à análise e tratamento pelo *software* EVOC. (OLIVEIRA et al., 2005)

Sá (2002) aponta que para a análise do núcleo central, de acordo com a abordagem estrutural das representações, as evocações livres coletadas devem ser analisadas segundo dois critérios: a saliência dos elementos de representação e a conexão entre esses elementos.

Sendo assim, foi utilizada como técnica de análise de dados a construção e interpretação do quadro de quatro casas, conforme apresentado no capítulo anterior. Essa técnica foi instrumentalizada pelo *software* EVOC 2005, e os dados interpretados à luz da Teoria do Núcleo Central, para identificar os possíveis elementos centrais e periféricos das representações (SÁ, 1996).

Os elementos identificados no quadrante superior esquerdo caracterizam o possível núcleo central da representação, uma vez que foram as palavras mais frequentes e mais prontamente evocadas (ABRIC, 2000; SÁ, 2002). Abric (2003) afirma ainda que tais elementos expressam a parte rígida da representação, pois são resistentes a mudanças quando exposta a influência das práticas cotidianas e individuais, ou seja, são mais estáveis, infere-se que são valores partilhados pelo grupo

Abric (2000) afirma que o núcleo central é o subconjunto da representação, sendo esta parte de uma composição maior. Existem outras estruturas com características funcionais que se interligam com o NC, podendo-o complementar: os elementos periféricos. Seguindo a abordagem estrutural, os elementos localizados no quadrante superior direito e no quadrante inferior direito constituem a periferia da representação, sendo nomeado primeira periferia e segunda periferia, respectivamente. Elas estão organizadas ao redor do núcleo central

A análise realizada pelo *software* EVOC, de acordo com Oliveira et al. (2005), realiza um tratamento de dados que considera a frequência e a ordem de importância em que as palavras são evocadas, sendo estas organizadas de acordo com a ordem de importância para os sujeitos. Essa organização gera o possível núcleo central da representação e suas periferias, sendo que cada quadrante retrata o grau de importância dessas palavras.

As entrevistas foram submetidas à análise de conteúdo pós-categorial, ou seja, as dimensões representacionais foram utilizadas como categorias pós-doc para segmentação das unidades de registro nas entrevistas. Esse procedimento permitiu associar unidades de registro presentes nas entrevistas com os termos evocados, de forma a possibilitar a contextualização e compreensão dos campos semânticos e dos diferentes significados que podem ser assumidos pelas palavras evocadas.

3.6 Aspectos Éticos da Pesquisa

Em concordância aos aspectos éticos e legais da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012) que normatiza a pesquisa com seres humanos, o projeto de pesquisa original já foi submetido como projeto matriz ao comitê de Ética e Pesquisa do Rio de Janeiro, tendo sido aprovado através do parecer número 4.847.711 (ANEXO A), e os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo serão apresentados os resultados encontrados a partir das análises realizadas. No primeiro subcapítulo serão elencados os resultados do questionário de identificação dos sujeitos. Posteriormente serão apresentados os conteúdos e as estruturas das representações sociais da COVID-19 e do cuidado à pessoa com coronavírus. Ao final do capítulo, serão discutidas as relações estabelecidas entre os dois objetos representacionais.

4.1 Caracterização socioeconômica dos profissionais de saúde estudados

Conforme explicado no enunciado anterior, neste capítulo serão apresentadas as características econômicas e sociais dos participantes do estudo. Os dados estão discriminados nas tabelas, elaboradas a partir da análise e tratamento de dados do questionário de Caracterização Socioeconômica.

Os participantes do estudo totalizaram 100 profissionais de saúde que atuaram em 17 unidades de atenção primária diferentes no decorrer da pandemia de COVID-19. A primeira variável estudada foi a idade, conforme exposta na Tabela 1, cuja predominância foi entre as idades de 30 a 39 e 40 a 49 anos, cada uma englobando 36% da amostra. Posteriormente estão os participantes acima de 50 anos, com 18% da amostra e finalizando os profissionais com menos 29 anos, abarcando 10% dos participantes.

Tabela 1- Distribuição dos profissionais por idade. Valença - RJ, 2022.

IDADE	f	%
Menor ou igual a 29 anos	10	10
30 a 39 anos	36	36
40 a 49 anos	36	36
Maior ou igual a 50 anos	18	18
Total	100	100

Fonte: A autora, 2022.

Um estudo feito por Vedovato et. al. (2021) corrobora o achado do presente estudo ao apresentar que a faixa etária mais comum dos profissionais que atuaram na linha de frente no

período de pandemia de COVID-19 encontra-se entre 36 e 50 anos, com 44% do total de profissionais, seguido pela faixa etária de até 35 anos, compondo 38,4% dos participantes.

Vale a pena destacar, que os profissionais atuantes com idade maior de 60 anos, foram afastados das atividades e/ou designados para serviços de home office, por pertencerem ao grupo suscetível de contrair a forma grave da doença (BRASIL, 2020). Um outro aspecto a considerar foram as contratações emergenciais de profissionais de saúde para suprirem a necessidade da nova demanda. A maioria desses profissionais compunham recém-formados, o que tem a sua maioria etária composta por jovens.

Além desses fatores, vale considerar que as equipes de atenção básica são marcadas por baixa rotatividade de profissionais, o que confere que o profissional permaneça naquela área por um longo período. Dessa maneira, há uma tendência de envelhecimento dos profissionais.

Em relação ao sexo, a maior parte dos entrevistados foi composta por mulheres, abarcando 73% da amostra.

Tabela 2- Distribuição dos profissionais por sexo. Valença-RJ, 2022

Sexo	f	%
Feminino	73	73,0
Masculino	27	27,0
Total	100	100

Fonte: A autora, 2022.

O primeiro ponto a considerar é a predominância no Brasil do número de mulheres em relação aos homens. No último estudo realizado pelo PNAD Contínua (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua) (IBGE, 2021), mostra que o público feminino compõe 51,1% da população, enquanto o masculino corrobora 48,9%.

Essa amostragem vai ainda ao encontro dos dados do estudo realizado pela UNFPA Brasil (2020), que mostra que 70% dos profissionais de saúde que atuaram na Pandemia e atuam no contexto da saúde, são predominantemente compostas por mulheres. Tais dados são expressos também pelo IBGE (2010), que mostra que 65 % dos profissionais que atuam no setor de saúde são compostos pelo público feminino.

Vale ainda destacar que essa predominância do público feminino nos serviços de saúde está atrelada às questões históricas do desenvolvimento do cuidado, que no início era considerado um ato maternal, feminino. Com exceção do profissional médico, as demais eram marcadas pela influência da figura da mulher.

Participaram do estudo profissionais de saúde do nível técnico, com ensino médio completo, composto por 26% dos entrevistados e profissionais com nível superior completo, compondo 74% do total de participantes. Demais níveis de escolaridade não seriam achadas neste estudo devido aos sujeitos escolhidos para a pesquisa. Vale destacar que aproximadamente 70% dos profissionais de nível superior possuem pós-graduação e \ ou alguma especialização, o que configura uma escolaridade predominantemente elevada dos sujeitos.

Tabela 3- Distribuição dos profissionais por escolaridade. Valença - RJ, 2022

Escolaridade	f	%
Ensino Superior completo	74	74
Ensino Médio completo ou Superior incompleto	26	26
Total	100	100

Fonte: A autora, 2022.

Neste aspecto, vale ressaltar que as equipes de atenção primária são compostas minimamente por um médico, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem, podendo integrar a equipe o dentista e auxiliar de saúde bucal (BRASIL,2017). Ao analisar os profissionais da equipe mínima, percebe-se 3 profissionais de nível superior e 2 profissionais de nível médio. Além desses, a equipe pode contar com o auxílio dos profissionais do NASF, que são compostos exclusivamente por profissionais de nível superior. Dessa maneira, os dados encontrados neste estudo estão em concordância com os profissionais da equipe mínima estipulados pelo Programa de Atenção Básica para compor as equipes.

Em relação à prática religiosa, a maioria dos entrevistados se declararam católico, compondo 53% da amostra, seguido pelos declarados como ateístas (sem religião), e protestantes, com 30% e 9% respectivamente.

Tabela 4 - Distribuição dos profissionais por religião. Valença - RJ, 2022

Religião	F	%
Católica	53	53
Sem religião	30	30
Evangélica, protestante	9	9
Espírita kardecista, Espiritualista, Umbandista, Candomblé	6	6
Budista, Taoista, Messiânica	1	1
Não resposta	1	1
Total	100	100

Fonte: A autora, 2022.

Os dados apresentados no presente estudo estão em conformidade com os dados do último estudo sociodemográfico brasileiro (IBGE, 2010) que mostra a maioria da população como católica, sem religião, seguida pelas demais religiões. O Brasil historicamente é um país cuja religião católica sempre foi dominante na massa populacional. Nos últimos anos mostra-se um crescente aumento das pessoas declaradas protestantes e evangélicos. Na mesma linha, observa-se um crescente aumento do número de pessoas que se declaram sem religião e/ou ateístas. No último censo realizado em 2010, 8% da população se declarava sem religião. Os dados de 2022 mostram que esse número subiu para 26%. (IBGE, 2010, 2021).

É possível perceber que os dados obtidos nessa amostra estão atrelados aos dados obtidos nas últimas pesquisas populacionais, nos diversos segmentos da população.

No que se refere à orientação política, 49% dos participantes declararam não ter orientação política e 20% não responderam. Declaram ser Esquerda ou centro Esquerda 17% e 9% como Direita ou Centro Direita.

Tabela 5 - Distribuição dos profissionais por orientação política. Valença-RJ, 2022.

Orientação política	f	%
Não tenho orientação política	49	49
Não Resposta	20	20
Esquerda ou Centro Esquerda	17	17
Direta ou Centro Direita	9	9
Centro	5	5
Total	100	100

Fonte: A autora, 2022

É possível perceber que as questões relacionadas à orientação política ganharam força nos últimos anos. Em escala mundial, há uma polarização dos lados políticos, fortemente marcada pelas questões econômicas e sociais, que estão crescendo. Com a vasta rede de comunicação nos dias de hoje, estes discursos ganham força a cada dia, é possível perceber claramente a escolha de um dos lados (esquerda ou direita) por parte da população.

No Brasil, essa dicotomia entre os lados não era bem delimitada na grande massa populacional. Discursos políticos não eram tão evidentes em relação a essa orientação. É possível perceber que esse cenário mudou, onde partidos políticos e figuras públicas ganham cada vez mais força por estarem em algum dos lados. Com o advento da pandemia, a crise social e econômica estabelecida no país e as disputas eleitorais, percebe-se então um aumento nas informações relacionadas às questões de orientação política.

Dessa maneira, os números encontrados neste estudo refletem o momento político e dicotomizado do país devido ao ano das disputas eleitorais para Presidente da República, o que ficou marcado por grande polarização entre os lados, conforme descrito por/no estudo de Ortellado et al. (2022).

Participaram do estudo um total de 10 profissões da área da saúde, ligadas ao contexto da atenção primária à saúde. A sua distribuição se deu por maioria sendo médicos (26%), seguidos por Técnicos em enfermagem (21%) e Enfermeiros (20%), sendo o menor quantitativo, a profissão nutricionista abarcando 2 % da amostra.

Tabela 6-Distribuição dos profissionais por profissão. Valença – RJ, 2022

Profissão	f	%
Médico	26	26
Técnico em Enfermagem	21	21
Enfermeiro	20	20
Dentista	9	9
Auxiliar Saúde Bucal	5	5
Educador Físico	5	5
Fisioterapeuta	5	5
Assistente. Social	4	4
Psicólogo	3	3
Nutricionista	2	2
Total	100	100

Fonte: A autora, 2022

Atentamente para as três profissões mais encontradas neste estudo está alinhada com as profissões estabelecidas para compor a equipe mínima de uma ESF. Por fazer parte da equipe mínima preconizada pelo Ministério da Saúde, essas profissões obrigatoriamente precisam compor a unidade básica de saúde para que os serviços inerentes a política da atenção básica possam acontecer. (PNAB, 2017). Dessa maneira, encontrar a maioria de profissionais que não estes, estaria em desconformidade das orientações da própria política.

Ainda alinhado com esta (a PNAB), podemos destacar o segmento dos números de profissionais abarcando a saúde bucal, sendo composta por 9 profissionais da amostra, que podem ou não compor a equipe mínima. Dessa maneira percebemos que nem todas as equipes

de saúde da família estudadas são compostas pela equipe de saúde bucal. Caminhando em conjunto com a PNAB, percebemos a presença em menor número dos profissionais da equipe do NASF, sendo esta equipe designada a atender em média 10 equipes mínimas. Dessa maneira, percebemos que o número de profissionais do NASF pode ser significativamente menor que as demais profissões atuantes na AB. Podemos perceber então que as unidades são compostas pelo quantitativo de profissões indicados pelo MS.

Essa distribuição de profissionais pode ainda estar refletida na heterogeneidade da distribuição dos profissionais de saúde no Brasil, e consequentemente durante a pandemia COVID-19, que mostra uma larga diferença do quantitativo de profissionais por número da população (BRASIL, 2018). Estados e regiões com maior poder aquisitivo possuem maior quantidade de profissionais por habitantes, chegando este número a ser o dobro das regiões menos desenvolvidas (BRASIL, 2020). A região do presente estudo é considerada umas das regiões mais desenvolvidas do país, o que justifica este alinhamento entre o indicado e o encontrado nos serviços.

A distribuição dos profissionais em relação a renda mensal se mostra predominante nas rendas de 2 a 4 salários mínimos e superior a 7 salários mínimos, compondo a metade da amostra, porém a concentração da maioria da renda está nos profissionais que ganham até 2 salários mínimos.

Tabela 7 - Distribuição dos profissionais por Renda. Valença-RJ, 2022

Renda	f	%
Menor que 02 salários mínimos	26	26
De 02 a 04 salários mínimos	25	25
De 04 a 06 salários mínimos	24	24
Superior a 07 salários mínimos	25	25
Total	100	100

Fonte: A autora, 2022

Podemos salientar que a relação das profissões e renda estão em conformidade com as orientações dos respectivos conselhos profissionais. Isso se justifica, pois, as profissões deste estudo são devidamente regulamentadas pelo Ministério do Trabalho, com pisos salariais fixados (BRASIL, 2015). Todos os profissionais estudados possuem renda mínima estabelecida.

Em relação a contaminação por COVID-19, 96% afirmaram que tiveram diagnóstico positivo e confirmado por algum teste estabelecido para COVID-19

Tabela 8 - Distribuição dos profissionais segundo já ter desenvolvido COVID-19. Valença-RJ, 2022.

Teve COVID-19	f	%
Sim	96	96
Não	4	4
Total	100	100

Fonte: A autora, 2022

Um estudo feito no Brasil mostra que a taxa de infecção pelos profissionais de saúde no pico da pandemia foi de 7,3%, contra 5% da população geral (BRASIL,2020), o que mostra que esta população era mais suscetível a se contaminar. A OMS (2021) estima que cerca de 80 a 180 mil profissionais de saúde vieram a óbito em decorrência da contaminação pela COVID-19.

Desde o início da pandemia, era provisionado pelas autoridades de saúde, que os profissionais de saúde seriam os mais afetados pela pandemia. O primeiro fator se dá pela exposição, visto que o fato de estar em proximidade com pacientes contaminados, os tornam mais suscetíveis a contrair a doença (OMS, 2020).

Todos os profissionais afirmaram ter recebido as duas doses da vacina para COVID-19. Os profissionais de saúde foram os primeiros a receber as doses da vacina assim que disponíveis, por serem o grupo mais vulnerável a contrair a doença. O Ministério da Saúde, lançou o Plano Nacional de Vacinação contra a COVID-19 (BRASIL, 2021), sendo estas diretrizes seguidas pelos estados e municípios.

Em relação ao tempo de trabalho, a maioria (26%) tinham de 02 a 04 anos de trabalho nas unidades de saúde, sendo acompanhados pelo tempo de 05 a 10 anos e superior a 10 anos, ambos com 23%. Este número é um número bastante expressivo e mostra que 72% dos participantes atuaram na atenção primária à saúde antes do período de pandemia, o que nos permite fazer uma melhor comparação e aproximação dos serviços, dificuldades e fragilidades na assistência, pois eles têm o marco do pré, trans e pós pandemia.

Tabela 9 - Distribuição dos profissionais por tempo de trabalho na Atenção Básica. Valença-RJ, 2022

Tempo de trabalho na atenção básica	f	%
Inferior a 01 ano	6	6
De 01 a 02 anos	21	21
De 03 a 04 anos	27	27
De 05 a 10 anos	24	24
Superior a 10 anos	22	22
Total	100	100

Fonte: A autora, 2022

Dessa maneira, destaca-se a segurança em relação ao processo de trabalho e as dificuldades estabelecidas, uma vez que os profissionais já estavam inseridos na rede antes do impacto da pandemia. Um outro fator a considerar é a deficiência em relação a descontinuidade de serviços e doenças negligenciadas durante a pandemia, tais como hipertensão, diabetes e demais doenças crônicas, visto que os profissionais já tinham tempo para criação de vínculo com a população, podendo ter um olhar mais específico em relação às fragilidades da população.

Em relação a carga horária de trabalho, 72% encontram-se na carga horária estipulada pela PNAB (BRASIL, 2006), fazendo uma carga horária semanal de 40h, sendo composta pela equipe mínima de 20 a 30 horas semanais, a equipe de NASF e completar.

Tabela 10 - Distribuição dos participantes por carga horária semanal. Valença-RJ, 2022

Carga Horária Semanal	f	%
de 10 a 20 horas	09	09
de 20 a 30 horas	13	13
de 30 a 40 horas	73	73
superior a 40 horas	5	5
Total	100	100

Fonte: A autora, 2022

Fazendo uma análise do perfil geral do grupo, as características dos profissionais de saúde estudados vão ao encontro do modelo de atenção definido pelo Programa de Atenção Primária (PNAB, 2017). Além disso, a amostra reflete as tendências populacionais e específicas do país, uma vez que quase 100% da amostra se contaminou em algum momento, grupo esse considerado mais suscetível a contrair a doença, e destacando que todos os profissionais se vacinaram, conforme a recomendação da OMS.

4.2 Representação social da COVID-19

A estrutura da representação social da COVID-19 será abordada neste capítulo, de acordo com a Teoria do Núcleo Central. Para a contextualização do campo semântico dos termos evocados foram selecionadas unidades de registros (UR) dos discursos dos participantes. Nos trechos das entrevistas serão incluídas as variáveis de caracterização dos participantes referentes à profissão e ao tempo de trabalho na atenção primária.

O *software* EVOC identificou 497 palavras evocadas, sendo 72 palavras diferentes. A frequência mínima definida foi de 9, sendo as palavras evocadas em número inferior, excluídas da composição do quadro de quatro casas. Posterior à escolha da frequência mínima, foi calculada a frequência média, seguindo a Lei de Zipf, por Oliveira et al. (2005) tendo como resultado 21. A ordem média de evocação (OME) foi 3, numa escala de 1 a 5.

De acordo com os parâmetros acima apresentados e com auxílio do *software* EVOC, foi elaborado o quadro de quatro casas, conforme exposto no Quadro 1.

Quadro 2 - Quadro de Quatro Casas ao termo indutor “COVID-19” para os profissionais da Atenção Básica. Valença-RJ, 2022 (n=100)

OME	< 3,0		OME	>3,0		
Freq.	Termo evocado	Freq.	OME	Termo evocado	Freq.	O.M.E.
> 21	Morte	42	2,571	prevenção	27	3,074
	medo	41	2,610	isolamento	22	3,500
	sintomas	39	2,923	vacina	22	3,545
	ansiedade-angústia	31	2,548			
	pandemia	23	1,217			
< 21	informação-	19	3,000	hospital-uti	20	3,300
	desinformação			sobrecarga	14	3,357
	sofrimento	16	2,875	crise-econômica-	9	3,889
	descaso	11	3,000	social		
	desgoverno	10	2,600	isolamento-social	9	3,222
	doença	9	2,556			

Legenda - Dimensões representacionais: dimensão afetiva, dimensão clínico-biomédica, dimensão político-social, dimensão preventiva, dimensão do processo de trabalho, dimensão informativa.

Fonte: A autora, 2022.

Para melhor compreensão, as palavras evocadas foram classificadas segundo as dimensões representacionais que expressam, conforme abaixo:

- dimensão afetiva: ligada aos sentimentos despertados pela COVID-19
- dimensão clínico-biomédica: ligada ao processo fisiopatológico da doença (parte importante para os profissionais de saúde)
- dimensão político-social: faceta da representação relativa aos impactos das ações governamentais sobre a sociedade durante a pandemia
- dimensão preventiva: medidas de prevenção da disseminação do vírus e da doença.
- dimensão do processo de trabalho: relacionada aos elementos relativos ao gerenciamento das instituições e do processo de trabalho que foram intensificados durante a pandemia
- Dimensão informativa: excesso de informação e desinformação indo ao encontro das orientações científicas e as fake news.

Os léxicos encontrados no quadrante superior esquerdo são: *morte*, *medo*, *sintomas*, *ansiedade-angústia* e *pandemia*. As palavras morte, sintomas e pandemia fazem parte da dimensão clínico-biomédica, já as palavras medo e ansiedade-angústia compõem a dimensão afetiva da representação.

A palavra morte foi a mais frequente de todo o quadro, sendo evocada 42 vezes, com uma ordem média de evocação (OME) igual a 2,571. Esta palavra está atrelada ao possível desfecho da doença, que pode acarretar o óbito. Vale destacar que para os profissionais de saúde, os grandes desafios do trabalho consistiam em lidar com uma demanda excessiva de casos e com uma doença desconhecida, e sem tratamento disponível, podendo levar o paciente a óbito.

A morte é subjetiva, tendo significações científicas, sociais e culturais (NASCIMENTO et al., 2006). A morte naturalmente é um fato que faz parte da vivência do ser humano, e para os profissionais de saúde, ela se torna muitas vezes mais natural, uma vez que estes lidam com a morte às vezes, diariamente, sendo então um fato bem desenhado em seu cotidiano. Mesmo assim, a morte é um desfecho evitado pelos profissionais de saúde, uma vez que eles buscam a manutenção da saúde e da vida, sendo ela atrelada ao fracasso terapêutico de sua conduta (BAO; MHT, 2006).

A mortalidade da COVID-19 foi tema de bastante discussão e repercussão de informação desde que foram notificados os primeiros casos da doença. Em março de 2020, a taxa de letalidade da COVID-19 poderia variar de 0,8 a 15% em diversos países do mundo. A Itália liderou esta taxa, chegando a 11,4% de letalidade, sendo acompanhada por Indonésia,

Espanha e China. Neste mesmo período, a Alemanha tinha a menor taxa de letalidade, com 0,79%. O Brasil tinha a taxa de 3,2%, estando abaixo da média mundial, que era de 4,7%. (TOLEDO, 2020).

Os elementos que constituem a experiência com a morte podem ser observados no trecho da UR a seguir:

Os casos de **morte** aqui foram bem grandes, **a gente perdeu muita gente**. Pessoas que vinham testar num dia, no outro internaram, e no outro **morria**. Então assim, a gente se superou, porque a gente se manteve aqui até hoje firme. (Ent. 009; Enf. 10 anos de trabalho na AP).

Devido a heterogeneidade dos países, é de se esperar que essa taxa de mortalidade e letalidade varie de acordo com a realidade de cada estrutura de saúde. De maneira geral, a média esperada do índice de letalidade da COVID-19 é de 3,6%, sendo menor que os outros vírus da família coronavírus já identificada, como o Sars- Cov com 10% e o MERS-cov, com 34%; e, maior que a taxa da influenza, sendo 0,08% (OMS, 2020).

Existem alguns elementos que precisam ser destacados para essa variabilidade da taxa de letalidade, como a falta do diagnóstico confirmativo, o quantitativo de profissionais de saúde, a estrutura dos serviços, o número de contaminados e o grau de vulnerabilidade da população. Exemplificando, entre os idosos, o risco de mortalidade era de 15%, contrapondo a 0,5% da população jovem, sem comorbidades (OPAS, 2021).

De toda maneira, um cenário de pandemia como este pode ser considerado sem precedentes. Cientistas afirmam que a grande preocupação da pandemia, é o poder de contaminação do vírus, que pode ser o mais nocivo deste cenário. Uma pessoa com COVID-19 pode contaminar até 3 pessoas, o que pode causar uma sobrecarga no sistema de saúde, não sendo possível ofertar uma assistência de qualidade, levando as pessoas à óbito, pela chamada de eutanásia social, que é a morte antes da possibilidade de assistência (CORREIA; ZAGANELLI, 2020).

Ainda, segundo o Painel do Coronavírus da OMS (2022), até dezembro de 2022, foram notificadas 6.681.433 mortes pela COVID-19, sendo a maior taxa identificada em janeiro de 2021. A América é o continente com maior número de vítimas fatais, seguido pela Europa e Ásia. No Brasil, o número de mortes chegou ao número de 694.411 pessoas, sendo o pico de mortalidade mais expressivo no primeiro trimestre de 2021. O Brasil ocupa o segundo lugar do ranking mundial de mortalidade por COVID-19, estando atrás dos EUA, com 1.082.265 mortes.

Vale destacar ainda, que a COVID-19 foi bem presente na mídia, e alguns contextos tentaram minimizar sua gravidade, a fim de questionar as necessidades das medidas de

prevenção adotadas. Estes questionamentos fizeram com que a parte científica ficasse cada vez mais atenta com a possibilidade de morte, uma vez que estes presenciaram o dia a dia da gravidade da doença (OMS,2021).

Dessa maneira, a OPAS (2021), emitiu o relatório do excesso de mortalidade associado a pandemia de COVID-19, entre os anos de 2020 e 2021 foi de 14,9 milhões. Este relatório mostra a diferença da taxa de mortalidade que ocorreu e a mortalidade que ocorreria se não tivesse ocorrido a pandemia. Esse excesso de mortalidade refere às mortes associadas diretamente à COVID-19 (devido à doença) ou indiretamente (devido ao impacto da pandemia nos sistemas de saúde e na sociedade), sendo essa última atribuída às condições de saúde da população.

A morte pode estar atrelada ao universo consensual e ao reificado. A morte faz parte da coletividade humana, e seus significados, sentimentos e imagens está condicionada ao grupo social em que a pessoa está inserida. Dessa maneira, a morte pode ser vista como fim da vida ou início de um novo ciclo. Fazer parte do conhecimento do senso comum, ela pode ser encarada como um processo natural, carregado por dor e sofrimento.

Ao pensar na morte enquanto universo reificado, conforme já abordado nesse capítulo, ela faz parte da rotina dos profissionais de saúde, e pode ser vista com maior naturalidade por esse grupo. Porém vale destacar que, o grupo deste estudo, por compor a baixa complexidade, possui menos contato com a morte nas suas práticas de trabalho, se compararmos com os profissionais que atuam na média e alta complexidade. A morte vista pelos profissionais de saúde no nível da atenção primária está na maioria dos casos atrelada aos cuidados paliativos, onde existe um processo de entendimento sobre o quadro do paciente, em que este está em sofrimento e não existe a possibilidade de regressão do caso ou da doença. a morte neste contexto é encarada como um alívio do sofrimento daquele paciente.

Dessa maneira, vale salientar que os profissionais da AB não lidam com a possibilidade de morte diariamente nos seus turnos de trabalho, a morte não é esperada, ela não é encarada neste contexto. a APS trabalha com enfoque na saúde, na qualidade de vida e na prevenção de doenças, sendo então o contato com a morte distante nas relações de trabalho, o que não a torna presente diariamente neste grupo. A presença desse termo no QSE, sendo ele o mais frequente de toda a representação, mostra como a COVID-19 traz um sentimento próprio dela. A morte poderia ser entendida como a ancoragem da COVID-19 na realidade concreta, sendo o principal sentimento despertado ao pensar nesse objeto.

Um estudo realizado por Nasser et al. (2020) mostra que o processo de morte é carregado por sentimentos negativos, como tristeza, impotência, frustração, ansiedade e

estresse. A perda de pacientes incumbidas do envolvimento emocional gera um desgaste físico e emocional inerentes à profissão. Os autores referem ainda que esta carga afetiva do processo de morte e luto do paciente está diretamente ligada à falta de formação e suporte institucional para lidar com essas questões.

Borges e Mendes (2012) consideram que existe um tabu social relacionado à morte, que está intrínseco no modelo formativo, constituindo uma barreira para a prática de cuidado humanizado. Os alunos são formados para prevenir, curar e salvar vidas, sendo a formação tecnicista predominante. Dessa maneira, não são criadas oportunidades para reflexão da perda dos pacientes e nem são debatidos essa influência na vida psicossocial.

Dessa forma, segundo as autoras, Borges e Mendes (2012, p. 330):

A morte não assume sentido no fazer profissional, resultando numa prática eminentemente tecnicista que favorece o sentimento de fracasso e condições para a instalação de doenças ocupacionais. Ficou comprovado, ainda, que os esforços empreendidos na difusão de um novo modelo de gestão do morrer não alcançaram as condições necessárias para sua efetiva implementação como prática de cuidado.

Esses fatos são observados no estudo de Siqueira, Zilli e Griebeler (2018) que mostraram que os profissionais de saúde se sentem despreparados para lidar com o processo de morte e morrer e muitos apontam as faltas de apoio durante a graduação e da instituição em oferecer suporte para lidar com esse momento. É necessário a criação de estratégias que permitam os profissionais lidarem com a morte de forma mais natural, não chegando ao ponto da banalização, mas retraindo as questões do sofrimento atrelado ao fim da vida.

Para Grisotti et. al (2022. p.313)

Morrer por Covid-19, no entanto, tem colocado novos desafios à reflexão sobre o processo e a experiência da morte e elaboração do luto, tanto para familiares e amigos, em razão da proibição de cerimônias fúnebres tradicionais, que impede o contato físico nos rituais de despedida, tornando a morte solitária, asséptica, isolada, próxima do que foi vivenciado na epidemia do ebola, quanto para os trabalhadores da saúde, que precisam ser treinados e atualizados com as informações sobre os protocolos, encaminhamento e comunicação dos óbitos e sobre formas de evitar o seu próprio contágio.

Desse modo, a morte é uma causa de sofrimento e angústia nos profissionais, porém a morte por COVID-19 é classificada como uma “morte difícil” uma vez que além do

sentimento de morte, estão atrelados nesse processo os sentimentos de abandono e solidão, devido às medidas de segurança relacionada à transmissão da doença, restringindo então o contato da equipe e familiares. Os protocolos implementados em relação aos rituais que acompanham o fim da vida foram alterados em razão da pandemia, o que configura um rompimento da despedida e da vivência do luto. (GRISOTTI et. al, 2022).

Um outro aspecto levantado por Crepaldi et. al (2020), mostra que em tempos de pandemia, não existe uma normatização de reconhecimento dos processos de terminalidade, morte e luto, sendo cada experiência vivenciada de forma singular. Dessa maneira, podemos considerar que a morte é um processo de difícil entendimento pelos profissionais de saúde, e este conhecimento foi retraído com as questões relacionadas à pandemia, uma vez que todas as ações eram novas, e existiam muitas dúvidas e angústias no enfrentamento da doença e da morte causada por ela.

A segunda palavra mais evocada deste quadrante foi medo, com uma frequência de 41 evocações, com uma OME de 2,610. Esta faz parte da dimensão afetiva, sendo relacionada aos sentimentos desenvolvidos pelos profissionais. De acordo com o Dicionário de Língua Portuguesa (2009), medo é um estado emocional provocado pela consciência diante do perigo. Sentimento de ansiedade sem razão explicável. Grande inquietação frente a alguma coisa desagradável. A ameaça da segurança em relação a alguma coisa ou a alguém faz com que o cérebro ative de forma involuntária reações químicas que provocam os sentidos do medo, uma sensação de alerta de sobrevivência. O medo, portanto, é uma emoção. Emoção é uma resposta do organismo frente a algum estímulo.

O medo é um tema discutido desde os primórdios da civilização. Ele é composto por abordagens muito distintas, que variam de acordo com a cultura, idade e contexto que está inserido. O medo faz parte da emoção, sendo um conjunto de respostas fisiológicas criada pelo organismo que o coloca em estado de alerta, preparando-o para luta ou fuga. Este termo está presente nos discursos a seguir:

Meu maior sentimento era de **medo**, era **medo** o tempo todo de perder algum familiar. (Ent. 010; Enf.; 06 anos de trabalho na AP.)

No início a gente tinha muito **medo**, porque assim era uma doença nova, que a gente ainda desconhece tudo relacionado a ela. A gente tinha muito **medo**... gente atendia com muito **medo**. (Ent. 011; Enf.; 08 anos de trabalho na AP.)

Um estudo desenvolvido por Salazar (2020), mostra que o medo é a segunda maior queixa dos profissionais de saúde durante a sua atuação. Horta et al. (2021) aponta que os principais medos desencadeados pelos profissionais são de contrair a doença e de ser o

transmissor da doença, compondo ainda a sobrecarga de trabalho, a dúvidas em relação a este e Burnout. Resultados similares foram encontrados no estudo de Lacerda et al. 2022.

Podemos elencar que o medo é um sentimento bastante presente no desenvolvimento das atividades laborais dos profissionais de saúde. Este medo está atrelado ao medo individual, de se contaminar, ao medo de contaminar os familiares e pessoas próximas, medo em lidar com uma doença desconhecida e medo do futuro incerto. Este medo, pode ter contribuído para o desenvolvimento da luta, apontada como umas das reações ao medo, uma vez que os profissionais precisam atuar. Eles não poderiam entrar em fuga, então o medo precisava ser convertido em coragem. Os trechos da entrevista a seguir mostram o medo relacionado à contaminação no desenvolvimento das atividades laborais

Eu acho que é mais a questão de que não é o atendimento, é o **medo de se contaminar**, de contaminar um familiar... essa foi a maior dificuldade pra mim, porque o número de atendimento era alto, mas a gente consegue. Meu **medo** era contaminar, chegar e levar essa doença pra dentro da minha casa também. (Ent. 003; Enf.; 09 anos de trabalho na AP.)

Sempre trabalhei, nunca deixei de fazer o meu atendimento, sempre me protegendo usando os equipamentos de segurança, mas assim, acho que a cabeça da gente está sempre com aquele **medo**, não só de ter a doença, mas de transmitir a doença pra pessoas que estão na nossa casa. (Ent. 004; Tec. Enf.; 03 anos de trabalho na AP.)

A partir da conexão dos termos morte e medo é possível perceber que estes estão configurados como termos negativos em relação à doença. A morte sendo considerada com o desfecho da doença; e o medo da contaminação, por medo desse desfecho (a morte). Sabe-se que quando se está diante de uma doença sem possibilidade de cura, o medo de contaminação se torna maior. Esta relação pode ser vista no contexto das IST's (Infecções sexualmente transmissíveis) por exemplo, em que ao longo dos anos a população passou a não ter preocupação com a contaminação, pois a maioria das doenças tem cura, e a aids, tem tratamento, o que confere a pessoa a possibilidade de ter uma vida normal. Esse não medo da contaminação, pode estar relacionado às ações de vulnerabilidade, como o não uso do preservativo, por exemplo. (FONTES, 2017; MOREIRA, 2015; PEREIRA, 2018).

Seguindo essa linha de análise, pode-se enfatizar que, se existe a possibilidade de morte, existe o medo da contaminação, o que predispõe a adoção de medidas preventivas. Se não há esse medo, as medidas de prevenção podem ser menosprezadas. Esse contexto é importante para realizar a seguinte reflexão: os profissionais de saúde são o público que viu e conviveu com o desfecho dessa doença, sendo então o grupo que mais expressou medo da contaminação. Dessa maneira, durante a atuação, pode-se encontrar fatores agravantes e atenuantes do medo de contrair ou transmitir a doença, porém o grau de letalidade da COVID-

19 e sua proximidade com a morte são questões marcantes para os profissionais de saúde. (HORTA et. al, 2021).

Grupos que não presenciaram essa realidade, minimizaram a gravidade da COVID-19. A não adoção das medidas de prevenção foi significativa entre políticos, empresários, comerciantes e demais profissionais que não viviam o contexto da gravidade da doença, sendo a preocupação econômica mais forte neste contexto. Esse negacionismo em relação à COVID-19 está ligada às questões políticas, econômicas, com valores conservadores, e com a necropolítica. (MOREL, 2021). Profissionais de saúde e cientistas, que conviviam diariamente com essa realidade, se tornaram então o grupo que mais recomendou essas medidas, pois a imagem da COVID-19 está ligada com a possibilidade da interrupção da vida. (HORTA et. al, 2021).

A terceira palavra do quadrante superior esquerdo foi sintomas, tendo uma frequência de evocação de 39 e uma ordem média de 2,923. Este léxico faz parte da dimensão clínico-biomédica, a qual remete a parte fisiopatológica da doença. Os sintomas da COVID-19, são classificados em leves, moderados ou graves; variando de pessoa para pessoa. Conforme já citado em capítulos anteriores, os sintomas da COVID-19 englobam os sintomas de infecções gerais, sintomas respiratórios e sintomas neurológicos.

Os sinais e sintomas apresentados eram os únicos fatores para avaliação clínica, uma vez que não existe tratamento e havia deficiência em realizar os testes diagnósticos. Dessa maneira, qualquer sintoma de infecção e/ou síndrome respiratória era considerado caso suspeito e os pacientes já eram colocados em isolamento (BRASIL, 2020). Além disso, o tratamento era apenas sintomático, voltado aos sintomas que apareciam.

Devido ao seu aspecto, qualquer sinal de gravidade precisava ser monitorado imediatamente, visto que os pacientes passavam de um quadro moderado para grave repentinamente. O principal ponto de partida para qualquer conduta era baseado nos sintomas.

A sintomatologia da doença mostra a objetivação da representação, uma vez que a doença é algo novo, porém os sintomas são familiares. A tentativa de entender e lidar com a COVID-19 foi processualmente desmistificada com o entendimento dos sintomas que a doença apresentava. O fato de ser uma síndrome respiratória, torna a doença menos mística, o que cria certa segurança para lidar com ela. Essa objetivação, para os profissionais de saúde, é de extrema importância, pois uma vez que se compreende os sintomas, é possível buscar doenças e referências parecidas, para se inspirar e traçar condutas. Todos os medicamentos e tratamentos testados e estudados, partiram de outras doenças já existentes, o que conferia um

ponto de partida para atuações mais seguras e uma possibilidade de regressão de todo esse cenário. (AMB, 2021).

Por outro lado, vale destacar que a objetivação atrelada aos sintomas leves poderia diminuir a gravidade da doença, uma vez que ela poderia ser comparada com uma gripe, o que gerou atitudes imprudentes. Essa corrente de desinformação é produzida por autoridades e pessoas que detêm certo poder de voz. É observado em discursos governamentais, empresas, barcos sociais, grupos religiosos, entre outros. Esse tipo de discurso enfraquece os discursos científicos dos profissionais de saúde. (FIGUEIREDO et. al, 2021).

As falas a seguir mostram como era o desenvolvimento do trabalho em relação aos sintomas da doença:

A gente testava: o paciente positivou, fazia as recomendações, passava pelo atendimento médico e a gente pegava todos os dados do paciente e mantinha contato diário pra saber como que estava, como estavam sendo os **sintomas**. Sempre orientando. Se tivesse piora na **falta de ar, ou na febre, ou no cansaço**, assim às vezes na hora de tomar banho e se sentir cansado: já procurar atendimento médico, para uma possível internação. (Ent. 013; Tec. Enf.; 04 anos de trabalho na AP.)

Os sintomas se tornaram então o parâmetro para conduta e classificação da doença. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2020), 80% dos casos são leves, o que configura sintomas com menor grau de gravidade para o organismo. De acordo com estudo de Grasselli, Zangrillo, Zanella, et al. (2020), os pacientes que precisaram de internação e cuidados intensivos compunham o grupo de idosos, pessoas com comorbidades e recém-nascidos. Diante disso, é necessário definir com precisão quais são os casos, e, após, traçar as condutas.

Os casos suspeitos de Síndrome gripal (SR) são “indivíduos com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou distúrbios gustativos” (BRASIL, 2020. p.3), e os casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) são os “indivíduos com SG que apresente: dispneia/desconforto respiratório OU pressão ou dor persistente no tórax OU saturação de O₂ menor que 95% em ar ambiente OU coloração azulada (cianose) dos lábios ou rosto. (BRASIL, 2020. p.3)

Partindo deste ponto, a preocupação com os sintomas de COVID-19 se inicia para busca da determinação da possível contaminação da doença. Desse modo, podemos elencar que a importância dos sintomas se dá em dois momentos: primeiro: para classificação dos casos suspeitos, e, segundo: para classificação da gravidade da doença. Vale ressaltar que a confirmação da doença pode ser feita por critérios clínicos, epidemiológicos, exames de imagem e laboratório. De todo modo, devido aos altos casos de pacientes suspeitos e a falta

de recursos rápidos para a confirmação, os cuidados são desenvolvidos com base na sintomatologia e evolução do caso (BRASIL, 2020).

Na dimensão afetiva da representação, encontra-se a palavra ansiedade-angústia, sendo evocada 31 vezes com uma OME de 2,548. Da mesma forma que o medo, a ansiedade-angústia é uma manifestação afetiva e emocional. Essas manifestações podem ser leves, moderadas ou graves, sendo esta última considerada patológica. Estes sentimentos são reforçados nas falas abaixo:

Foi um **caos** no início, porque a gente **não sabia nada do que estava acontecendo**, ninguém sabia que doença era essa, a gente não sabia como que a gente ia organizar o serviço, **a gente só sabia que tinham pessoas morrendo por uma doença nova** que ninguém conhecia nada a respeito [...] eu acho que inicialmente foi esse **susto**, esse **choque** de não saber o que estava acontecendo, faltavam informações acerca de tudo, acerca da doença, acerca de o quanto iria durar (Ent. 002; Médico.; 06 anos de trabalho na AP.)

Eu sentia que quando eu ia pra lá, eu ia pra guerra. Eu vi coisas assim que eu acho que nunca mais vou ver na minha vida. Então eu acho que eu tenho uma gratidão muito grande de ter passado pela COVID-19 sem ter pegado COVID-19, sem ter perdido ninguém, então assim, uma gratidão muito grande. (Ent. 006; Fisio.; 03 anos de trabalho na AP.)

Essa sensação em lidar com o desconhecido, atrelado ao medo, à incerteza e à falta de apoio para as ações, gera um conjunto de sentimentos que causam dor, sofrimento e tristeza. Inúmeros trabalhos referem que as principais dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde estão ligadas às questões emocionais e mentais, sendo estas, muitas vezes, menosprezadas pelos gestores e profissionais de saúde (LACERDA, 2022).

O sentimento de ansiedade-angústia despertado pela COVID-19 pode estar relacionado ao medo da morte e dos sintomas. A doença, uma vez desconhecida, possui a construção da imagem atrelada aos sintomas e ao desfecho. Se toda construção da doença está ligada ao negativo, o sentimento despertado frente a ela seria negativo. Mesmo considerando a possibilidade de desenvolvimento da forma leve da doença, para os profissionais de saúde a possibilidade de agravamento é maior, o que desperta os sentimentos emocionais atrelados ao medo, ansiedade e angústia. Esses achados vão ao encontro dos estudos realizados por Sanches et. al (2022) e Coelho et. al (2021) que corroboram os sentimentos negativos relacionados a COVID-19.

A doença, em todo o seu desenvolvimento, não permitia aos profissionais de saúde a elucidação de um sentimento que não os negativos, uma vez que não tinham segurança para lidar com ela. A falta de informação, apoio e dados precisos, fez com que a COVID-19 se tornasse assustadora em qualquer contexto, sendo esses fatores considerados agravantes para o medo da COVID-19. (NASCIMENTO, 2020).

Estudo realizado por Santos et al (2021) mostra uma alta prevalência de sintomas graves de ansiedade e depressão nos profissionais de saúde. Esses dados se mostram associados aos sintomas de Síndrome de Burnout e a atuação em locais desestruturados para atendimento dos casos.

Um outro estudo realizado por Humerez, Ohl e Silva (2020) referem que os sentimentos mais declarados pelos profissionais de saúde são ansiedade, estresse, medo, ambivalência, depressão, exaustão, evidenciando como esse novo momento gerou uma onda de sofrimento e vazio no decorrer das atividades laborais. É possível observar que o termo apresentado neste estudo corrobora com os achados da literatura que demonstram o aumento do sofrimento mental entre os profissionais de saúde no decorrer da pandemia.

A última palavra que compõe o quadrante do núcleo central é *pandemia*, que foi evocada 23 vezes, com uma OME de 2,217. Esta é a menor OME do quadrante, indicando que esta palavra foi a mais prontamente evocada pelos participantes. O termo pandemia se refere à elevação brusca dos casos de determinada doença, em um curto espaço de tempo, atingindo várias nações e continentes (MEDRONHO, 2009).

Podemos elencar historicamente algumas pandemias vivenciadas, como a H1N1 em 2009 e a aids nos anos 80. Porém a única pandemia dessa magnitude vivenciada foi há 100 anos, com a gripe espanhola. As manifestações de H1N1, Ebola, SARS-CoV e Mers-Cov não atingiram essa magnitude de casos e países (OMS, 2020). A atuação, nesse cenário, foi inédita, não sendo possível mensurar o que seria esperado e como seriam as reações. Esta foi uma doença que desencadeou uma pandemia, sendo fortemente marcado por quem a vivenciou.

Durante a fase de contaminação intensa e possibilidade de exacerbação da crise, sem dimensão do que este novo cenário poderia causar no país e no mundo, os olhares e atenções foram quase exclusivamente voltados para a COVID-19. A pandemia então se tornou o tema de discussão diária e ininterrupta em todos os grupos sociais e populacionais, uma vez que todos seriam afetados de alguma forma. A possibilidade de vivenciar uma pandemia não era realidade de discussão e projeção, até mesmo entre os profissionais de saúde. (TRAVASSOS, 2020)

A pandemia foi o motivo da criação de todos os sentimentos e imagens criados da doença. Se não houvesse essa dimensão de contaminados, esta nova doença poderia ter as significações de outras mutações virais, como MERS-Cov, por exemplo. A capacidade de contaminação do vírus foi o fator determinante para desencadear todo esse cenário.

Dessa maneira, a COVID-19 se tornou um objeto de relevância social uma vez que atingiu vários grupos populacionais, sendo a pandemia, um cenário desconhecido e sem precedentes.

Pensando neste sentido, o termo pandemia remete a seguinte ideia, conforme descrito na fala abaixo:

Então, eu acho que a **pandemia** é um sinal de alerta, mostra pra gente que nós somos muitos vulneráveis, nós estamos aí, mas a gente não sabe até que ponto nós vamos conseguir livrar de certos problemas, certas doenças. Eu acho que talvez a gente tenha a ciência, tenha aprendido bastante com isso por conta da velocidade que foram feitas as vacinas, assim **acho que foi uma alerta, foi uma forma de mostrar que o quanto a gente é vulnerável**, que a gente precisa ficar mais atento a esse tipo de coisas, doenças, mudanças de clima, isso tudo se a gente quiser continuar com uma vida saudável. (Ent. 004; Tec. Enf.03 anos de trabalho na AP.)

Segundo Abric (1993), o NC da representação possui caráter funcional e normativo, nele encontram-se os valores partilhados pelo grupo, com as condições históricas, sociológicas e ideológicas. É possível perceber que o NC dessa representação está atrelado aos sentimentos despertados pelo grupo frente à doença, além de estar atrelado às necessidades das práticas diárias. Esses termos podem ser contextualizados pelos trechos das entrevistas e alinhados por outros estudos conforme exposto. Estudos como de Turri et. al (2022), aparecem morte e medo presentes no quadrante superior esquerdo da representação.

No quadrante superior direito do quadro de quatro casas, denominado como primeira periferia, foram identificadas as palavras *prevenção*, *isolamento* e *vacina*, sendo, portanto, os termos periféricos mais importantes. Os elementos presentes nesse quadrante possuem uma elevada frequência e são menos prontamente falados, o que confere então uma menor importância conferida pelos participantes, entre as palavras evocadas.

As palavras citadas neste quadrante estão ligadas ao sistema cognitivo, com a apresentação de elementos que seriam contraditórios ao adquirir a doença, dessa maneira englobam a dimensão preventiva da representação, sendo apontadas as medidas de contenção da disseminação do vírus. A palavra prevenção foi evocada 27 vezes, com uma OME de 3,074. A prevenção era o único modo de conter a curva de contaminação, de não sobrecarregar o sistema e consequentemente de garantir a vida da população. As medidas de prevenção mais fortemente recomendadas foram a higiene, isolamento e uso de máscaras (OMS, 2020).

Alguns exemplos de UR extraídas das entrevistas permitem melhor compreender esse significado.

O que fica pra mim disso tudo é o **autocuidado e a higienização sempre**. Eu acho que o que fica pra mim é que a gente pode ter a tecnologia de ponta, a gente pode ter o sistema de ponta,

pode gastar muito dinheiro, mas o **básico sempre vai funcionar**, que é a **lavagem de mãos**, é a orientação, é você **sempre trocar de roupa, você limpar a sua casa, o básico**. Eu acho que fica pra mim que a gente sempre vai recorrer ao básico. A gente pode evoluir o quanto for, mas o básico sempre vai tá ali, a gente não pode como profissional perder o básico. (Ent. 001; Enf.; 01 ano de trabalho na AP.).

Apesar da prevenção e das medidas preventivas serem amplamente divulgadas, principalmente no contexto da assistência em saúde, um estudo realizado por Baptista (2022) demonstrou que a maioria dos participantes não demonstraram conhecimento satisfatório sobre as medidas de prevenção, controle de infecção e percepção de risco sobre a COVID-19.

Já um outro estudo realizado por Silva et al (2017) evidenciou que o conhecimento dos profissionais acerca das medidas de prevenção de controle de infecção foi satisfatório, porém observou-se uma discrepância desses conhecimentos em relação às categorias profissionais e tempo de trabalho e formação. Desse modo, é possível perceber que a adesão e compreensão da prevenção depende do grupo social estudado. Outrossim, é possível perceber que a prevenção é tema de destaque entre os profissionais de saúde e entre os estudiosos, para que dados mais aprofundados e homogêneos possam surgir.

Arelado à prevenção encontra-se a palavra isolamento, que foi evocado 22 vezes, com uma OME de 3,500. O isolamento, neste contexto, se refere ao isolamento das pessoas sintomáticas e/ou positivadas para Sars-Cov-2. Quando o paciente apresentava sintomas, mesmo que sem diagnóstico laboratorial, ele já era orientado sobre o isolamento, a fim de evitar a contaminação de mais pessoas. O correto isolamento poderia diminuir significativamente as chances de contaminação das pessoas próximas e sociedade.

Alguns exemplos de UR extraídas das entrevistas permitem melhor compreender esses significados.:

A pessoa chegava passava pela triagem a gente fazia o teste: se desse positivo passava pela consulta médica já saía com atestado e as orientações e o **distanciamento**. Então, esses foram os cuidados mais importantes na época que estava de mais risco. (Ent. 009; Enf.; 09 anos de trabalho na AP.).

Essencial o **isolamento** que foi assim bem difícil! Que às vezes a pessoa testava positivo para COVID-19 e não tinha essa consciência. Então a gente ficava batendo na tecla, pedindo pra fazer o **isolamento**... e as pessoas não aceitavam parar de trabalhar. Não aceitavam que tinham que ficar **isolado** aquele tempo todo, acho que isso foi bem complicado. (Ent. 013; Tec. Enf.; 04 anos de trabalho na AP.).

O isolamento pode ser compreendido como quarentena, sendo então a pessoa contaminada ou possivelmente contaminada pelo COVID-19 ficar em reclusão domiciliar e alerta pelo período de incubação da doença ou até quando persistirem os sintomas. (FARIAS, 2020). De outro modo, de acordo com o observado por Turri et. al (2022), o isolamento está ligado a duas vertentes a depender do grupo estudado. O primeiro grupo que possui sintomas

da doença liga o isolamento à tristeza; já o grupo sem sintomas, liga-os ao cuidado. Seguindo essa concepção, Faro et al. (2020) aponta que a percepção do isolamento está diretamente ligada à influência do processo adaptativo das pessoas.

Desse modo, é possível relacionar o isolamento ao sentimento de tristeza que este acarreta, conforme encontrado no estudo de Pereira et. al (2020). Porém ao relacionar o isolamento com as medidas de prevenção e contenção da doença, este ganha uma outra configuração, qual seja, a do cuidado, da necessidade de sobrevivência e de adaptação. Dessa maneira, o isolamento para os profissionais de saúde pode estar associado às condições socioprofissionais, uma vez que a percepção pode estar ligada à solidão social, porém é um ato científico eficaz na contenção da disseminação do vírus. (PEREIRA et. al, 2020).

A outra palavra presente neste quadrante foi *vacina*, evocada 22 vezes, com uma OME de 3,545. Como já discutido no meio científico, a prevenção era a única forma de sair do cenário da pandemia. As vacinas são produtos biológicos de microrganismos que são produzidos através de partes ou atenuação desses microrganismos, que estimulam o corpo a produzir anticorpos contra esses mesmos seres (vírus ou bactérias). Dessa maneira, a vacina estimula o organismo a produzir anticorpos, que ao entrar em contato com o antígeno, ajuda a combatê-lo. (BRASIL, 2021).

Bousada e Pereira (2017), salientam que as vacinas são o segundo maior avanço da humanidade no combate às doenças, pois elas produzem uma resposta imunológica sem que o organismo contraia a doença. Para tanto, a imunização adquirida só é eficaz se houver a formação das células de memória, sendo estas responsáveis por ativar os leucócitos quando entram em contato com o antígeno.

No Brasil, desde 1973, foi instituído o Programa Nacional de Imunização (PNI), que tem como objetivo coordenar as ações de imunização do país. O programa é responsável por distribuir 19 vacinas diferentes, além de distribuir e normatizar os imunobiológicos especiais. O PNI alcançou metas como a eliminação do sarampo e tétano neonatal, além de manter o controle sobre doenças como difteria, coqueluche, rubéola e caxumba. Desse modo, o programa de vacinação do país possui consolidação reconhecida pela ONU, sendo suas estratégias consideradas pioneiras e satisfatórias. (BRASIL, 2023).

No meio científico, principalmente entre os profissionais da atenção básica, era certo que somente a imunidade adquirida através da vacinação poderia conter a gravidade dos casos e regredir a pandemia. Não se tinha outro meio de limitar a disseminação e a possibilidade de volta ao normal, se as pessoas não fossem imunizadas. (SOUZA, et. al, 2021). Dessa maneira, Domingues (2021) reporta que a corrida por uma vacina segura e eficaz foi real,

sendo as parcerias entre empresas farmacêuticas, governos e instituições não governamentais indispensáveis para o sucesso desse processo.

A vacinação se mostrou eficaz no combate a COVID-19, uma vez que o número de óbitos e o número de casos graves caíram substancialmente. Desse modo, é possível perceber que após a vacinação, o quadro geral da doença sofreu uma modificação importante, sendo a assistência pautada na orientação e testagem, diferentemente do acontecia no início (OMS, 2023). Vale destacar ainda, que todo processo de vacinação foi coordenado pelo ministério da saúde, seguindo as normas elencadas pela OMS (OMS, 2021).

Para operacionalização de todo o complexo vacinal, as equipes de atenção primária possuem um papel quase exclusivo, uma vez que esta ação é de responsabilidade das equipes das ESF e EAP. (BRASIL, 2021). Em seu estudo, Souza et al (2021) salienta que durante a execução das ações de imunização contra a COVID-19, foram reverberados sentimentos de esperança, motivação e alegria, sendo estes atrelados ao a atuação em equipe, apoio das instituições e ânimo da sociedade. Além disso, foram destacados uma reorganização do processo de imunização até então nunca estabelecido, como a vacinação em drive-thru, o agendamento on-line e a vacinação domiciliar.

Neste aspecto, os significados presentes no quadrante superior direito se mostram como um passo a passo para frear a pandemia, começando pela prevenção geral, isolando os potenciais disseminadores e conferindo a imunidade da população.

As URs a seguir trazem a vacina no discurso dos profissionais de saúde.

Hoje a gente vê diferença no pós **vacina**, as pessoas não evoluem... muito pouco até paciente já com comorbidade, idoso, igual agora eu peguei um senhor de 90 anos, com as **4 doses** e super bem, saturando bem, sem febre, mais com sintomas gripais mesmo, parece que a via aérea superior, tá bem mais tranquila. ((Ent. 003; Enf.; 09 anos de trabalho na AP.).

A **vacina** é fundamental, o uso de máscara. Que depois quando começou a morrer todo mundo que o povo começou a ver a importância do uso de máscara, do álcool, de lavar as mãos, de ter o cuidado com o outro. Apesar da gente orientar, tá sempre falando, sempre tem um que não segue as orientações (Ent. 009; Enf.; 09 anos de trabalho na AP.).

E hoje em dia tá até mais tranquilo. A pessoa vem testar mesmo só por testar, estão todos ficando muito bem depois da **vacinação**. Vem fazer o teste, ah tá positivo! Mas a pessoa tá bem. Hoje em dia quase ninguém mais precisa ficar internado a não ser que já tenha alguma comorbidade. Então assim a **vacina** veio para realmente melhorar essa parte aí. (Ent. 011; Enf.; 08 anos de trabalho na AP.).

A primeira periferia possui uma função organizadora, além de conectar o NC à realidade. Ele está ligado ao sistema cognitivo e ao cotidiano, ancorando a representação na prática. Se, no QSE a representação se mostra ligada ao medo e a imagem construída através dos sintomas, no QSD, a representação mostra os meios de amenizar a doença, de evitar a doença e consequentemente, de evitar o desfecho da doença. A prevenção pode estar ligada

ao medo, morte e pandemia, uma vez que se tem medo do desfecho de uma doença nova, não adquirir essa doença seria a única ação tangível no momento.

O isolamento está ligado aos sintomas, uma vez que o isolamento acontecia com o acometimento por alguma sintomatologia da doença, o que se tornava o parâmetro para a tomada de ações. A ansiedade-angústia desencadeada, poderia ser reconfortada com a criação da vacina, pois a vacina era o único meio preciso de conter a doença. Desse modo, podemos observar que as informações presentes nos dois quadrantes se complementam à medida que discutiremos sobre suas significações semânticas.

Os elementos presentes no quadrante inferior direito formam a segunda periferia da representação social, sendo pouco frequentes, logo, apresentando menor importância para os participantes entre os demais termos evocados, porém não são menos importantes para a construção da representação (SÁ, 2002; OLIVEIRA et al., 2015). Nesse quadrante encontram-se os léxicos *hospital-uti*, *sobrecarga*, *crise-econômica-social* e *isolamento social*.

O sistema periférico conecta o núcleo central e a situação em que se constrói a representação. Ele ancora-o na realidade, trazendo um caráter cotidiano e pragmático. Desta forma, mostra que mesmo se tratando de um subconjunto, ele não é menos importante, pois agregado ao núcleo central concretiza a representação na realidade (ABRIC, 2000; ABRIC 2001).

O termo *hospital-uti* foi evocado 20 vezes com uma O.M.E de 3,300. Ele está ligado ao processo de assistência destinado aos pacientes com maior gravidade da doença, com grande acometimento do organismo e exigindo cuidados intensivos. Esta palavra faz parte da dimensão do processo de trabalho, por estar atrelada aos processos relacionados à uma maior necessidade de atenção. A necessidade de intubação, transferência para a assistência hospitalar e a regulação entre esses serviços, são os campos semânticos que fazem parte desta evocação.

Vale ressaltar que, apesar do campo de estudo ter sido o da assistência na atenção primária, os cuidados em relação a atenção de média e alta complexidade também são pontos que ligam a COVID-19 à prática diária desses trabalhadores. O trecho a seguir mostra a preocupação dos profissionais em relação à gravidade da doença.

Porque antes da vacinação **as pessoas evoluíram muito rápido** e às vezes a gente não dava conta, e como foi uma demanda muito alta, uma procura, **a gente não conseguiu monitorar todos os pacientes** e isso trazia uma angústia nossa como profissional muito grande. (Ent. 003; Enf.; 09 anos de trabalho na AP.).

Um informe epidemiológico realizado pela Organização Pan-Americana de Saúde (2021) mostra que o número de hospitalizações, internações em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e óbitos foi maior entre idosos (67% do índice de mortalidade) e entre aqueles com comorbidades. Este estudo revelou ainda, que esse cenário de casos graves estava passando por uma transição entre alguns países da América Latina, onde existia um expressivo aumento na gravidade das pessoas abaixo de 60 anos.

Desse modo, pode-se destacar a importância da comunicação da rede de atenção à saúde para a manutenção do cuidado.

Para Andrade, Francischetti (2019. p. 54)

A Referência e a Contrarreferência em Saúde são mecanismos do Sistema Único de Saúde (SUS), que favorecem a troca de informações na rede de atenção, o trânsito do usuário no sistema, e a continuidade do cuidado, portanto é considerada uma potente ferramenta que promove a prática integral na saúde..

Dessa maneira, pode-se perceber que as preocupações dos profissionais relacionadas à COVID-19 vão além das possibilidades de oferta de cuidado inerentes à atenção básica, a preocupação em coordenar o paciente na rede se mostrou presente nesse momento. Estudo realizado por Ludwig (2021) reporta que apesar das dificuldades abarcadas durante a assistência, a sobrecarga de trabalho físico e psíquico, os profissionais mantiveram a consciência da garantia do cuidado humanizado. A recuperação e alta dos pacientes geraram motivação e satisfação diante do cenário da COVID-19.

A segunda palavra mais evocada desse quadrante foi *sobrecarga*, sendo evocada 14 vezes com uma OME de 3,357. Esta também integra a dimensão representacional do processo de trabalho. A sobrecarga está ligada à falta de recursos humanos e materiais, bem como a jornada de trabalho e o número de pacientes por profissional.

A sobrecarga é um tema presente nos diversos estudos realizados com os profissionais de saúde de todo mundo. A falta de profissionais, o número de profissionais afastados, bem como a alta demanda de casos e turno de trabalho contribuem para esse problema e podem ser observadas nas falas abaixo:

Então a gente teve que trabalhar em locais que a gente não deveria trabalhar. **O tempo foi mais extenso do que seria**, como o exemplo ficar no pronto socorro, e abriu vagas também pra **gente trabalhar em outros meios**, assim como o CTI, que foi uma experiência boa pro conhecimento, mas foi uma experiência muito ruim, porque era em torno de quinze a vinte óbitos por dia. Então foi uma experiência muito traumatizante. (Ent. 005; Médico 04 anos de trabalho na AP.).

Foi aquele medo, insegurança. **E depois a gente teve que ser remanejada para urgência**, comecei a lidar com pacientes que eu não tinha muito domínio, então eu fiquei muito insegura na parte médica. Muito medo, muito apreensiva, **uma sobrecarga de trabalho, uma sobrecarga de horas, cansaço, esgotamento**. (Ent. 007; Médico.; 02 anos de trabalho na AP.).

Teixeira et al. (2020) aponta sobre os problemas já existentes no sistema de saúde, como o subfinanciamento, a deterioração dos serviços, a precariedade da força de trabalho, além das mudanças nos financiamentos já contribuem para uma sobrecarga nos serviços, principalmente no contexto da atenção primária. Ainda, segundo a autora (2020), existe uma crise permanente do sistema de saúde, fortemente afetada pela reorientação das políticas de saúde adotadas a partir da crise econômica e do “golpe do capital”. Dessa maneira, já existe um sistema de saúde com inúmeros problemas de implementação, sendo este sistema o responsável pelo enfrentamento e controle da pandemia.

Estudo feito por Sato et. al (2022) corrobora com os achados do presente estudo, que mostra que os profissionais de saúde brasileiros foram subordinados a ritmos excessivos de trabalho, alta demanda emocional no trabalho, baixa previsibilidade, conflito trabalho-família, burnout e estresse. Esses dados traduzem as condições psicossociais desfavoráveis que esses profissionais sofreram durante a pandemia. Este estudo mostrou ainda a prevalência de sintomas músculo esqueléticos, como dores lombares, no pescoço e membros inferiores, que podem estar associadas às questões da alta jornada de trabalho, longas horas em pé, ritmo de trabalho acelerado, entre outros.

Outro estudo realizado pelo Conselho Federal de Medicina (2021) mostra que o estresse e sobrecarga de trabalho foram os aspectos mais presentes no desenvolvimento do trabalho durante a pandemia. Um levantamento divulgado pela SES – MT (2021), mostra que a equipe de enfermagem é o grupo profissional com maior sobrecarga de trabalho, sendo esses dados associados ao não cumprimento das normativas de redimensionamento de pessoal divulgado pelo Cofen (2020).

Alguns exemplos de UR extraídas das entrevistas permitem melhor compreender esses significados.

O nosso sistema de saúde há muito tempo que não está preparado para poder conseguir lidar com uma epidemia ou com uma pandemia como é a de COVID-19. A gente teve, por exemplo no nosso país, as recentes epidemias por exemplo, de dengue, que **o sistema de saúde não estava preparado e continua não estando preparado** [...]. pensando no sistema de saúde, pensando em política pública, a gente tinha que ter uma maior capacidade de acolhimento, pensando nos casos extremos de uma epidemia ou de um surto que pode acontecer. **A nossa capacidade de trabalho já tá no máximo**, então qualquer acontecimento, até um dia mesmo que eu não atendo, **eu sobrecarrego** a semana inteira (Ent. 002; Médico.; 06 anos de trabalho na AP.)

A minha percepção é que a COVID-19, ela também veio pra mostrar que **a gente não tem políticas públicas de saúde suficientes**. Ao invés de você enfrentar uma pandemia e identificar que na verdade você tem **falhas** e melhorar essas falhas, aprimorar essas falhas, eu acho que a gente só tapou buraco. (Ent. 007; Médico. 02 anos de trabalho na AP.)

Eu acho que a experiência foi bem difícil nos primeiros dois anos, depois veio a vacina a gente conseguiu respirar um pouco, mas eu acho que foi uma **sobrecarga** muito intensa de trabalho, porque **juntou já as atribuições que nós já tínhamos dentro da unidade e veio a**

somar ainda mais essa questão do COVID-19, principalmente recurso. A gente **não tem recurso** nenhum para acolher paciente sintomático respiratório. (Ent. 010; Enf.; 06 anos de trabalho na AP.)

A terceira palavra encontrada nesse quadrante foi *crise-econômica-social*, compondo a dimensão político-social da representação, esta que é relativa aos impactos das ações governamentais sobre a sociedade durante a pandemia. Esta teve 9 evocações e uma OME de 3,889. A pandemia de COVID-19 gerou uma crise não somente na área da saúde, mas em todos os setores da sociedade.

O impacto na economia era geral automaticamente, impacto nas demais áreas da sociedade. Além disso, pessoas em condições de vulnerabilidade se tornam ainda mais sensíveis aos impactos da doença. Esta crise levou ao aumento das desigualdades entre os países e nos países.

Alguns exemplos de UR extraídas das entrevistas permitem melhor compreender esses significados.

Eu acho que em alguns pontos o governo foi muito negligente, apesar de que, assim, na época eu tinha uma visão e hoje eu tenho outra em relação ao quanto **a economia brasileira piorou**. Eu acho que poderia ter se tornado de outra forma o desfecho da pandemia, por exemplo. Eu acreditava muito no lockdown, eu achava que aquilo realmente era a solução, mas assim, **eu não via o quanto as pessoas, empresários, donos de comércios iriam se prejudicar tanto na questão do lockdown**. Mas eu acho que no Brasil, ele tinha como ter se preparado para receber a pandemia. (Ent. 006; Fisio.; 04 anos de trabalho na AP.)

O grupo Banco Mundial emitiu um relatório de desenvolvimento mundial (2022) que mostra que os impactos econômicos foram mais severos nas economias dos países emergentes. À medida que a pandemia avançava, ficava mais claro que muitas famílias e empresas não estavam preparadas para um choque de renda dessa magnitude e com essa durabilidade. Estudos mostram que 50% das famílias não teriam condições de se sustentar por mais de 3 meses nesse cenário, gerando impactos drásticos na pobreza e nas desigualdades. Esses impactos poderão ter resultados por até 01 década. Considerando as deficiências financeiras, podemos destacar a importância de um sistema de saúde gratuito para população, que seja capaz de atender as demandas que ela necessita. Esta importância foi destacada no trecho a seguir:

A gente precisa de um sistema público de saúde, porque vão ter pessoas que **não vão poder pagar pelo cuidado em saúde**. O serviço público vai atender a todas as pessoas, independente se elas podem ou não arcar com aquele tratamento. (Ent. 002; Médico.; 06 anos de trabalho na AP.)

Na composição da última palavra do quadrante, encontra-se o léxico *isolamento-social*, com 9 evocações e uma OME de 3,222. Esta está relacionada às orientações de

diminuição da circulação das pessoas, mesmo que estas não estejam doentes. Um exemplo, está nos trabalhos de home-office, em que estes são desenvolvidos de suas casas.

O isolamento-social tenta tirar de circulação as pessoas que podem exercer suas atividades em casa, a proibição de festas, aglomerações, entre outros. Serviços considerados não essenciais foram suspensos e cada um era orientado a não sair de casa. Muitas foram as campanhas das mídias com a logo: *Fique em casa*, uma forma de tentar diminuir a possibilidade de transmissão. Termo adotado para esse tipo de isolamento foi o Lockdown, que tem como objetivo a diminuição da circulação de pessoas. (OMS, 2020). A fala abaixo mostra a realidade do lockdown:

... o que me dava muita agonia quando eu saia do posto que eu trabalhava e passava ali naquela rua dos mineiros: naquele período que ficou tudo fechado, **descia ali tudo fechado!** Nossa, no início eu achava que não ia chegar aqui...quando falaram ah tem uma doença lá não sei aonde, ah vai chegar aqui? E aí tipo, três meses a doença já tava aqui! **Já tava comércio fechado, gente perdendo emprego** e foi muito triste. Eu fiquei meio arrasada, mas graças a Deus não interferiu muito na vida normal não. (Ent. 011; Enf.; 08 anos de trabalho na AP.)

O isolamento social se torna importante para a contenção do vírus uma vez que além de diminuir a chance das pessoas se infectarem, ele diminui a probabilidade de muitas pessoas se contaminar ao mesmo tempo, não sobrecarregando assim o sistema de saúde (BRASIL, 2020). Vale destacar que essas medidas estão em conformidade com as orientações dos principais órgãos de saúde.

Porém, nota técnica emitida pelo IPEA (2020) mostra que existe uma variação significativa no grau de rigor das medidas de isolamento social nos em diferentes estados e municípios. Essas características tornaram as políticas de distanciamento instáveis, em que períodos de relaxamento e aumento do rigor das medidas se alternam. Desse modo, foi possível perceber que a diminuição do isolamento social foi maior do que a diminuição no rigor das medidas, indicando que o efeito das medidas de distanciamento diminuiu ao longo do tempo.

Corroborando com o exposto, estudo realizado por Turri (2022) mostra que o isolamento está presente na representação de todos os grupos estudados, o que transmite a ideia de compreensão desta medida preventiva para a diminuição da vulnerabilidade de contrair a doença. Desse modo, o grupo social estudado consegue compreender a importância deste ato, mesmo que seja atrelado ao sofrimento e tristeza.

Para Sá (2002) e Oliveira et al. (2005) no que concerne os elementos localizados no quadrante inferior esquerdo, os denominados elementos de contraste, são de baixa frequência e de uma OME baixa, ou seja, são considerados muito importantes para as poucas pessoas

que as evocaram, podendo assim possuir elementos que reforçam o núcleo central ou a presença de um subgrupo minoritário em que a representação do objeto é diferente.

Neste estudo foram encontrados os termos *informação-desinformação*, *sofrimento*, *descaso*, *desgoverno* e *doença*. O léxico *informação-desinformação* foi evocado 19 vezes com uma OME de 3,000, sendo considerado um termo importante para as pessoas que evocaram. Ele se refere à dimensão informativa da representação, indo ao encontro de um termo fortemente usado nos tempos atuais para entender os impactos da pandemia como “infodemia”, devido ao seu excesso de informações que, muitas vezes, se colocavam em desencontro com as informações da comunidade científica, sendo divulgadas muitas informações falsas, denominadas como fake-News.

A OMS (2020, p.2) declarou que “o surto de COVID-19 e a resposta a ele têm sido acompanhados por uma enorme infodemia: um excesso de informações, algumas precisas e outras não, que tornam difícil encontrar fontes idôneas e orientações confiáveis quando se precisa.” Dessa maneira, com a capacidade exponencial de multiplicação dessas informações, a desinformação e\ou a informação duvidosa se tornou um grande problema de enfrentamento à pandemia.

Com o recurso das redes sociais, essas informações estão cada vez mais disseminadas, sendo estas multiplicadas com a criação de conteúdo digital. Dessa maneira, milhões de informações são compartilhadas e chegam em todos os cantos do mundo, atingindo milhões de pessoas.

Esse excesso de mídia em relação ao tema, pode ser percebido no trecho a seguir:

[...] **Eu acredito que o COVID-19 ele era mais midiático do que ele propriamente dito.** Óbvio que tivemos pessoas que morreram, tiveram aquele número muito grande de pessoas que morreram. A pandemia foi muito má conduzida, mas quando a gente trabalhou de frente, **a gente via que era mais mídia** do que a doença propriamente dita. (Ent. 001; Enf.; 01 ano de trabalho na AP.).

Tudo se resume ao cuidado, a **informação, as orientações que são passadas**, ao vínculo familiar, que isso tem muita importância. Porque você tendo vínculo, você tem como chegar mais próximo para orientar e ainda tem outras coisas que entram em questão como questão política, pessoas que por causa de política não se vacinam. (Ent. 009; Enf.; 09 anos de trabalho na AP.).

Compondo a última palavra da dimensão afetiva está *sofrimento*, evocada 16 vezes, com uma OME de 2,875. Esta palavra pertence ao campo da emoção, do sentimento, envolvendo o campo da dor, os sentimentos de tristeza gerados pela pandemia. Estudos mostram que o comprometimento afetivo foi um dos principais problemas apontados pelos profissionais. (OMS, 2022).

Santos et al (2020) apontam que o desconforto psicológico e a instabilidade emocional perpassam as barreiras dos pacientes e seus familiares, sendo os profissionais de saúde fortemente afetados por esse sentimento. Dessa maneira, "as equipes de saúde experimentam significativo sofrimento emocional em função das peculiaridades envolvidas em seu trabalho durante uma emergência sanitária de saúde." (SANTOS et. al, 2020. p. 4).

A autora reporta, ainda, que a alta transmissibilidade do vírus, a preocupação da possibilidade de serem infectados associados com a sensação de vulnerabilidade; o medo de ser a fonte de contaminação das pessoas próximas, além das mudanças repentinas e variadas no ambiente de trabalho podem ser as questões principais que implicam o desencadear do sofrimento neste grupo. (SANTOS et. al, 2020).

O estudo realizado por Albuquerque e Alves (2022) vai ao encontro de estudos apresentados que denotam que o sofrimento é um sentimento presente na realidade dos profissionais de saúde, sendo este desencadeado por múltiplos fatores como o medo do novo, a proximidade com a morte, o medo da contaminação e a precariedade dos serviços de saúde. O sofrimento foi um problema presente em todos os grupos sociais, sendo as características inerentes a cada grupo responsáveis pela maneira de lidar com ele. (OMS, 2020).

Dessa maneira, pode-se perceber que, apesar do sofrimento relacionado a doença, existia no profissional de saúde um sentimento de gratidão por contribuir no cuidado das pessoas.

Esta ideia pode ser exemplificada pelo trecho a seguir:

Eu ficava triste por conta das coisas que eu estava vendo...mas ao mesmo tempo eu ficava, não é feliz, mas eu sabia que eu estava fazendo alguma coisa pra ajudar. Não é feliz porque você vê aquilo tudo ali não é felicidade, mas ficava satisfeita por estar ali, por ta ajudando, por ta fazendo parte de uma ajuda, de vice chegar vê o paciente daquele jeito, você conseguir ajudar ele. (Ent. 014; Tec. Enf.; 03 anos de trabalho na AP.).

Sequencialmente, encontra-se neste quadrante os léxicos descaso com 11 evocações e uma OME de 3,00; e *desgoverno*, com 10 evocações e uma OME de 2,600; que compõem a dimensão político-social. Este campo está associado com as condições governamentais expostas durante a pandemia. Muitas foram as notícias divulgadas em relação à atuação das esferas do governo frente a pandemia de COVID-19.

Os trechos a seguir mostram os sentimentos dos profissionais em relação a estes aspectos:

A pandemia do COVID- 19 foi muito mal conduzida. Politicamente falando, mundialmente falando. [...] E no Brasil, quando o mundo estava todo fechado, o Brasil deixou as fronteiras abertas, então não tinha necessidade de chegar do jeito que chegou, eu acho que **foi muito má**

conduzida, não teve política pública o suficiente pra isso, a gente já se deparou com o sistema de saúde que já estava falido há muito tempo, e não resolveu. O pior é que a gente passou por essa pandemia, montou outros hospitais, gastaram muito dinheiro e não resolveu nada. (Ent. 001; Enf.; 01 ano de trabalho na AP.).

Os países começaram a fechar e a gente ficava como se nada tivesse acontecido, tivemos carnaval em 2020, depois deu ruim. **Então eu acho que o governo poderia ter se preparado para se caso a pandemia viesse pra cá.** Eu acho que nesse ponto **o governo foi muito negligente**, sem contar a corrupção que foi durante a COVID-19 no estado do Rio. A gente via aquela questão em Manaus, então assim eu acho um **despreparo e uma falta de respeito** com o cidadão, assim, muito grande. (Ent. 006; Fisio.; 03 anos de trabalho na AP.).

Os dirigentes governamentais se mostraram, muitas vezes, despreparados e omissos nas políticas e ações para contenção dos casos, distribuição de verbas e disponibilização das vacinas. No Brasil, houve grande divergência entre os governos municipais, estaduais e federais, além da falta de insumos decorrentes da crise global como fatores agravantes da assistência às pessoas infectadas.

Alguns exemplos de UR extraídas das entrevistas permitem melhor compreender esses significados.

Eu senti falta do recurso humano, senti falta do recurso do ambiente, de ter um ambiente apropriado pra isso, porque na hora que a gente viu, a gente tava atendendo paciente com COVID-19 no mesmo lugar com gente que não tinha COVID-19... muita coisa foi intensificada na parte tecnológica, mas eu acho que poderia ter sido mais, **poderia ter tido mais acesso à internet a quem precisa, mais vídeos chamados, mais teleconsultas**, principalmente na nossa cidade. (Ent. 007; Médico.; 02 anos de trabalho na AP.).

Eu acredito que uma política pública bem estruturada é capaz de enfrentar a pandemia, ela é capaz de enfrentar qualquer abalo econômico social, ela serve pra isso, segurar a barra. E **a gente viu que não existia isso, isso estava muito enfraquecido. E a política pública se fragmentou durante a pandemia.** Então a gente tinha uma municipal, a gente tinha uma estadual, a gente tinha uma federal. A gente não sabia o que seguia, foi muito difícil. **O ministério da saúde com uma representatividade muito falha, em recomendações muito falhas**, então, a gente como médico sentiu muito sozinho mesmo, o que que eu vou seguir? (Ent. 007; Médico.; 02 anos de trabalho na AP.).

Eu acho que tem que melhorar, **eu acho que não existe política pública capaz hoje em dia de tanto resgatar a posição que os pacientes merecem.** Mas também de você conseguir enfrentar o que precisa enfrentar no meio do caminho. **Isso vem desde o federal até o estadual, até o municipal, porque o município também tem autonomia e não faz. O estado tem autonomia e não faz e o federal deixa dessa forma.** (Ent. 007; Médico.; 02 anos de trabalho na AP.).

E, por fim, observa-se o léxico *doença*, fazendo parte da dimensão clínico-biomédica. Esta palavra teve uma OME de 2,556 e foi evocada 9 vezes. Ela concretiza a COVID-19 na realidade, uma vez que ela se tornou a doença causada pelo vírus Sars-Cov-2, inicialmente chamado de novo coronavírus. A doença engloba os sintomas respiratórios, as consequências fisiopatológicas e o motivo de tal mudança no cenário mundial. A síndrome respiratória, ou seja, a doença causada por essa nova mutação do vírus, gerou uma pandemia sem precedentes e nunca vivenciada pela sociedade mundial. A doença então, remete a imagem associada à prática com o objeto de estudo na sua dimensão física.

Alguns exemplos de UR extraídas das entrevistas permitem melhor compreender esses significados.

Uma doença física que acomete o corpo físico. Eu senti que na verdade, o emocional das pessoas estava muito abalado, tanto aquelas pessoas que foram infectadas, mas também as outras pessoas que foram isoladas, que também adoeceram. **A gente não cuidou somente dos infectados de COVID-19, a gente teve que cuidar de uma população inteira sozinha, com medo, em casa.** Então são pessoas que saíram totalmente de sua rotina, são pessoas que descompensaram suas comorbidades, a parte psiquiátrica ela envolveu muito, tanto a ansiedade quanto a depressão. Então eu senti muito isso, um papel que todo médico, todo cuidador virou um pouco psicólogo, virou um pouco terapeuta. (Ent. 007; médico; 02 anos de trabalho na AP.).

COVID-19 pra mim foi uma **doença**, foi essa **doença viral** que causou essa pandemia mundial. É o que eu vejo. E que até hoje, pra mim, não tem uma explicação exata do que foi, porque que foi. A mídia também manipulou muito. E eu acho que infelizmente ela vai permanecer, vai ser uma **doença** endêmica. (Ent. 010; Enf.; 06 anos de trabalho na AP.).

Fazendo uma ponderação entre as dimensões representacionais, pode-se dividir o quadrante da seguinte maneira: dimensão afetiva, com as palavras *medo*, *ansiedade-angústia* e *sofrimento*; a dimensão clínico-biomédica com as palavras morte, sintomas, pandemia e doença. Na dimensão político-social encontram-se os léxicos crise-econômica-social, descaso e desgoverno. A dimensão preventiva engloba os termos prevenção, isolamento, vacina e isolamento-social. Na dimensão do processo de trabalho encontra-se hospital-uti e sobrecarga, e informação-desinformação compõem a dimensão informativa.

No estudo de representações sociais sobre o processo de trabalho dos profissionais de saúde realizado por Sanches et al (2022) foram construídas três categorias de análise, sendo elas o medo, insegurança e isolamento. Segundo a autora, a evocação dessas palavras mostra que a representação está intimamente ligada à vida pessoal desses profissionais, sendo a tênue divisão imaginária entre a vida pessoal e profissional rompidas, uma vez que os riscos se tornam mais objetivos em relação à doença. Os resultados desse estudo mostram que a representação social deste grupo está conectada simbioticamente com a vida pessoal e a prática profissional, uma vez que o medo, a insegurança e o isolamento são indissociáveis, pois um está articulado ao outro de alguma forma.

Esses dados estão relacionados com os achados no estudo de Florentino, Valente e Almeida (2022), que mostrou a representação social para os profissionais de enfermagem frente à pandemia de COVID-19 apontam para uma harmonia entre o senso comum, o meio científico e os meios de comunicação. Esses achados podem decorrer da contextualização da informação de maneira contínua a respeito da COVID-19, o que foi denominado como infodemia. Essas conclusões foram expressas através da apresentação do NC e preferirias. O

NC se mostra ligado às condições de letalidade e cuidado, enquanto as periferias se mostram abarcadas pelas questões emocionais dos profissionais.

Dessa maneira, é possível observar também neste estudo as características pessoais e profissionais presentes nas evocações das palavras. Diante disso, a representação social da COVID-19 se mostra de forma pragmática, além de ser marcada pela tentativa de contenção da doença, pelos sentimentos de medo e pela dificuldade social e institucional abarcada. Expressando uma síntese dos depoimentos, a UR abaixo revela os conteúdos principais:

A **experiência** é de acreditar na ciência, que a vacinação veio, pode provar isso. E que o trabalho em equipe funciona. **Foi um momento muito difícil pra gente profissional da saúde**, porque a gente tem uma família atrás, então a gente não sabia como seria, a gente saía da unidade totalmente contaminada, por mais que a gente tivesse os EPIs. A gente é ser humano, na hora de tirar, a gente fica com medo de contaminar, e **foi um momento muito difícil, muito cansativo, uma exaustão total** da equipe: médico, enfermeiro e não só, mas os agentes de saúde também têm aquela preocupação de terem positivo e de como eles iriam abordar esse paciente... foi muito difícil. (Ent. 003; Enf.; 09 anos de trabalho na AP.).

COVID é um vírus que parece que chegou com intuito de transformar as pessoas e melhorar a população, mas que não rendeu. A gente achou que as pessoas iam melhorar, iam ficar mais humanas, iam pensar mais no próximo, mas infelizmente não fez esse efeito. Vi muita gente egoísta, às vezes, assim com vírus e não ligando, trabalhando e passando para as outras pessoas, não usando máscara, não se isolando, muito jovens que iam pra festas, pra sociais, pra rua e não pensando na mãe, no pai, no avô. Então eu acho que foi um vírus que, assim, que **no início fez a gente pensar que ia transformar muito ser humano, melhorar, mas infelizmente não surtiu esse efeito.** Ent. 013; Tec. Enf.; 04 anos de trabalho na AP.)

4.3 Representação social do cuidado à pessoa com coronavírus

A estrutura da representação social do cuidado à pessoa com coronavírus será abordada neste capítulo, de acordo com a Teoria do Núcleo Central. Para a contextualização do campo semântico dos termos evocados foram selecionadas unidades de registros (UR) do discurso dos participantes. Nos trechos das entrevistas serão incluídas as variáveis de caracterização dos participantes referentes à profissão e ao tempo de trabalho na atenção primária.

Foram evocadas 493 palavras, sendo 86 palavras diferentes. A frequência mínima definida foi de 4, sendo as palavras evocadas em número igual ou inferior excluídas da composição do quadro de quatro casas. Posterior a escolha da frequência mínima, foi calculado a frequência média, seguindo a Lei de Zipft (OLIVEIRA et al. 2005) tendo como resultado 12. A ordem média de evocação (OME) foi 3, numa escala de 1 a 5.

De acordo com os parâmetros acima apresentados e com auxílio do software Evoc, foi elaborado o quadro de quatro casas, conforme exposto no Quadro 3.

Quadro 3 - Quadro de Quatro Casas ao termo indutor “Cuidado à pessoa com COVID-19” para os profissionais na Atenção Básica. Valença- RJ, 2022 (n=100)

	< 3,0			≥ 3,0		
Freq. Med.	Termo evocado	Freq.	OME	Termo evocado	Freq.	O.M.E.
≥ 12	Isolamento	50	2,600	Isolamento-social	29	3,310
	Máscara	47	1,979	Higiene	24	3,708
	Álcool-gel	18	2,389	Orientação	21	3,095
	Atenção	13	2,000	vacina	17	3,235
	Lavar-as-mãos	13	2,615	Empatia	16	3,125
				Tratamento	16	3,625
				Sintomas	15	3,333
				Cuidados	13	3,154
< 12	Carinho	8	2,875	Medo	10	3,400
	Coragem	5	2,600	Teste	8	3,250
	Epi	5	2,200	Hospital-uti	7	3,571
	Prevenção	5	2,800	Informação-	7	3,143
				desinformação		
				Alimentação	6	4,000
				Repouso	6	3,333
				Acolhimento	5	3,600
				Saúde-mental	5	4,000

Legenda: Dimensões representacionais: **dimensão do cuidado clínico-biomédico**, **dimensão do cuidado psico-relacional**, **dimensão do cuidado educativo**, **dimensão do cuidado preventivo**, **dimensão do autocuidado profissional**.

Fonte: A autora, 2022.

Para melhor compreensão, as palavras evocadas foram classificadas segundo as dimensões representacionais que expressam, conforme abaixo:

- dimensão do cuidado clínico-biomédico: faceta da representação relativa ao processo fisiopatológico da doença;

- dimensão do cuidado psico-relacional: faceta da representação relativa aos fatores psicoemocionais e relacionais implicados no cuidado
- dimensão do cuidado educativo: faceta da representação relativa aos cuidados associados ao processo educativo, a informação como base para orientar as condutas e os comportamentos e para combater a desinformação e as fake News
- dimensão do cuidado preventivo: faceta da representação relativa aos cuidados voltados ao controle de casos e aos grupos populacionais
- dimensão do autocuidado profissional: faceta da representação relativa aos cuidados destinados a proteção dos profissionais de saúde nas práticas cotidianas nos serviços de saúde.

O possível núcleo central dessa representação é composto pelas palavras *isolamento*, *máscara*, *álcool-gel*, *atenção* e *lavar-as-mãos*. Isolamento foi a palavra mais evocada, com 50 evocações e uma OME de 2,600. Isso confere grande importância para os participantes do estudo, que consideram o isolamento como o primeiro ato para o cuidado à pessoa com COVID-19, integrando a dimensão do cuidado preventivo da representação. Conforme já considerado em capítulos anteriores, o isolamento se faz necessário mesmo sem a confirmação laboratorial da doença, uma vez que nem sempre é possível realizar o teste em tempo hábil. Dessa maneira, a combinação de dois sinais e/ou sintomas da doença já são classificados como caso suspeito, dessa maneira, sendo orientado o isolamento (BRASIL, 2020).

O isolamento dos possíveis casos de COVID-19 tem como objetivo impedir a contaminação de demais pessoas que convivem com aquele paciente. Dessa maneira, sempre que possível e dentro das condições de vida de cada um, é orientado que o paciente suspeito ou confirmado tenha o mínimo contato com as pessoas, mesmo as que residem na mesma casa. É orientado que o paciente estipule um cômodo da casa, separe talheres, copos, roupas de camas e demais objetos, para evitar o mínimo de contato entre as pessoas. Além disso, a pessoa é afastada das suas atividades laborais enquanto persistirem os sintomas, conforme necessidade de cada caso. Em média, o tempo de isolamento varia de 7 a 14 dias (BRASIL, 2021).

Quando não é possível que a pessoa não tenha contato com as demais pessoas ou quando ela precisa de terceiros para realizar seus cuidados, ambos precisam estar usando máscara, com a troca adequada a cada 4 horas. A mesma recomendação vale caso a pessoa precise sair de casa, para atendimento médico, por exemplo. (OMS,2020). Um outro ponto a ser abordado é que caso a pessoa apresente sintomas leves, sem sinais de gravidade, a

orientação é procurar por um teleatendimento, para evitar a sobrecarga dos serviços de saúde e possível contaminação das pessoas envolvidas.

O isolamento integra as ações recomendadas pelo CONASS e CONASEMS para combate da pandemia, o isolamento é o primeiro ato de cuidado da COVID-19, uma vez que, isolando as pessoas, as chances de contaminação caem significativamente, o que confere uma eficácia da medida. Coelho et al (2021), em seu estudo sobre a análise estrutural das representações sociais sobre COVID-19 entre enfermeiros assistenciais, encontrou o léxico isolamento em seu possível NC. Segundo o autor, nenhuma condição de doença estimulou o isolamento, o que caracteriza que a representação social está em construção, devido ao ineditismo da situação.

O isolamento também foi reportado no estudo realizado por Bu et. al (2020) que mostra esse léxico integrado na classe de estratégias de contenção e automedicação relacionado ao tratamento das pessoas com coronavírus. Dessa maneira, é possível observar que este campo representacional é constituído pelas indicações de contenção dos sintomas e estratégias de prevenção frente à doença.

Os trechos a seguir mostram a relação dos profissionais com o isolamento:

A gente tinha o **monitoramento**, que os que tinham condições no início de vir a unidade a gente faz, que tem uma salinha específica proCOVID-19, a gente faz uma triagem, a gente colhe, e o que não podiam vir a unidade, a gente fazia as visitas domiciliar, que a gente monitorava saturação, temperatura, pra ver o quadro de evolução do paciente. (Ent. 003; Enf.; 09 anos de trabalho na AP.)

Sobre as medidas preventivas, temos no QSE, a segunda palavra mais evocada, sendo esta *máscara*. Esta possui 47 evocações e uma OME de 1,979. A Máscara, neste contexto está ligada a dimensão do autocuidado profissional, sendo relacionado aos cuidados individuais necessários para as práticas cotidianas nos serviços de saúde. O uso de máscara é o método mais eficaz para prevenção da contaminação pelo vírus da COVID-19, por ter sua transmissão por vias respiratórias.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) emite nota técnica em conformidade com a Norma Regulamentadora No. 32: Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde, publicada em 2005. Nestas estão determinados os tipos de precaução necessários para a assistência à saúde. Elas são divididas em 04 tipos de precaução: padrão, de contato, por gotículas e por aerossóis.

A precaução padrão já indica o uso de máscara quando houver risco de contato com sangue e/ou secreções, para proteção da mucosa de olhos, boca, nariz. Além desta é indicado higienização das mãos, luvas, avental, óculos de proteção e caixa de perfurocortante. Dessa

maneira, a máscara já é um instrumento habitualmente usado pelos profissionais de saúde. Para a proteção por gotículas, é recomendado que paciente e profissional utilizem máscara do tipo cirúrgica. Para a proteção por aerossóis, os profissionais devem utilizar a máscara PFF-2, por se tratar de partículas leves, que podem ser expelidas ao tossir, falar ou espirrar. Portanto, com o acometimento de vários casos de um vírus que causa uma síndrome respiratória, a primeira recomendação para proteção dos profissionais e demais pessoas, seria o uso contínuo da máscara. (OMS,2020).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2020) definiu como orientações para assistência às pessoas com COVID-19: a precaução padrão, por gotícula e contato, em quarto privativo. Procedimentos que geram aerossóis devem ser realizados preferencialmente por máscara de proteção respiratória (respirador particulado) com eficácia mínima na filtração de 95% de partículas de até $0,3\mu$ (tipo N95, N99, N100, PFF2 ou PFF3) pelos profissionais de saúde. Além disso, a organização dos pacientes e profissionais devem ser realizadas em coorte, ou seja, separando os pacientes sintomáticos respiratórios dos não respiratórios e separando os profissionais das áreas de precaução das demais áreas, evitando a circulação desnecessária em outros setores. A OMS (2020) aconselhou ainda, o uso de máscaras como um conjunto completo de medidas de prevenção e controle cujo objetivo é frear a propagação do SARS-CoV-2.

Um estudo realizado por Jacques et. al (2022), mostra a alta prevalência do uso de máscaras no Brasil, nos diferentes grupos populacionais, não tendo sido identificados grupos específicos com baixa adesão ao uso de máscaras. No entanto, no estudo realizado por Muner (2021) mostra que existiu uma falta de preparo dos profissionais e instituições referentes ao uso de EPI, principalmente na fase inicial da pandemia de COVID-19. Segundo esses resultados, apesar da escassez de EPI ter sido um problema mundial durante a pandemia no Brasil, esta escassez e reaproveitamento de material se mostra como uma prática já instalada. As mesmas considerações são feitas em relação ao treinamento, manuseio e descarte desses equipamentos, que se mostram insuficientes. Todos esses fatores contribuem para o risco de contaminação desses profissionais.

A terceira palavra do quadrante superior esquerdo é *álcool-gel*. Ela teve uma ordem de evocação de 18 e uma OME de 2,389. A OMS (2020) destacou a importância da utilização de álcool-gel a 70% para assepsia das mãos, visando a diminuição das chances de contaminação. A utilização do álcool a 70% e demais antissépticos já é uma medida utilizada nos locais de assistência à saúde. Além do álcool são usados outros antissépticos a fim de conter a disseminação de microrganismos. O Centro de Controle de Doenças (CDC, 2020), indica que

as concentrações de etanol precisam estar entre 60% e 95% para que sejam consideradas eficientes para desinfecção das mãos.

Com a disseminação do novo vírus e o cenário iminente da pandemia começou uma corrida para adquirir o produto em toda a sociedade, sendo este produto uma das maiores procuras a fim de evitar riscos. Com tanta procura houve um desabastecimento geral do estoque do álcool a 70%, gel ou líquido, fazendo com que muitas produções de origem duvidosa comesçassem a chegar no mercado. A fim de conter essas produções a OMS (2020) criou um guia de produção para formulações de gel antisséptico a fim de garantir que estes sejam eficazes. Este guia mostra como o produto deve ser produzido, armazenado e distribuído. Vale ressaltar que para que chegue nos locais de assistência à saúde estes precisam ser devidamente liberadas pela Anvisa.

O Ministério da Saúde (2016), refere que a higienização das mãos é a maneira individual mais simples e menos dispendiosa para prevenir a propagação das infecções relacionadas à assistência à saúde. As mãos são a via de transmissão de microrganismos durante a assistência prestada aos pacientes. A pele é um possível reservatório de diversos microrganismos que podem transferir-se de uma superfície para outra; desta maneira, estas precisam estar sempre higienizadas.

Ainda segundo o Ministério da Saúde (2016), para a correta higienização das mãos se utiliza água e sabão, preparação alcoólica e antisséptica, de acordo com cada situação. É recomendado a lavagem das mãos com água e sabão antes e após iniciar o turno de trabalho, antes e após utilização do banheiro, antes e após as refeições e antes do preparo dos medicamentos. Já a preparação alcoólica é indicada antes do contato com pacientes, após o contato com pacientes para proteção do profissional e das superfícies, antes de realizar procedimentos assistenciais e manipular dispositivos invasivos, antes de calçar as luvas, ao mudar um sítio corporal contaminado para outro limpo durante o cuidado com paciente, após o contato com objeto ou superfícies próximas do paciente, antes e após a remoção de luvas e antes de demais procedimentos. A higienização com preparação alcoólica só deve ser feita caso as mãos não apresentem sujidades aparentes. Vale ressaltar ainda que para realização de procedimentos estéreis é necessário a lavagem cirúrgica das mãos.

A orientação da Organização Mundial da Saúde (2020) é que a lavagem das mãos com água e sabão deve ser prioritária, mas quando não há possibilidade da lavagem das mãos é indicado a utilização do álcool em gel a 70%. A higienização com álcool deve respeitar os mesmos procedimentos da lavagem com água e sabão. Para higienização das mãos é indicado o álcool a 70% na apresentação em gel, por este ser menos volátil e permanecer mais tempo

em contato com a pele, ele proporciona o maior efeito sobre os microrganismos. O álcool a 70% em forma líquida é indicado para desinfecção de superfícies e objetos.

Existem três tipos básicos de antissépticos à base de álcool a 70%, sendo eles: os saneantes, os cosméticos e os medicamentos; que são produzidos sobre normas e registros diferentes. O álcool saneante é um desinfetante de uso geral destinado a limpeza ou desinfecção de superfícies inanimadas como pisos, paredes, mesas e macas. Já o cosmético, ele é um antisséptico para higiene das mãos, sendo estes destinados a higienização da pele. O álcool gel medicamento e o álcool gel cosmético possuem a mesma finalidade de uso, a diferença entre os dois está apenas na característica e exigências para o produto.

O álcool em gel possui alguns benefícios como assepsia, praticidade, segurança e não deixa resíduos, dessa maneira ele se tornou o produto mais utilizado para controle da disseminação do vírus da COVID-19. Com o cenário da pandemia e a consequente sobrecarga e número de pacientes por profissional, o uso de álcool para higienização das mãos foi intensificado; uma vez que é necessária uma completa desinfecção entre o cuidado de um paciente e outro. Dessa maneira, o uso do álcool não se restringiu ao uso enquanto proteção individual, ele pode ser estendido para proteção coletiva, uma vez que o seu uso protege a contaminação cruzada entre os pacientes. Vale ressaltar ainda que as autoridades de saúde recomendaram a disponibilização do álcool em todos os locais de circulação de pessoas, dessa maneira o álcool extrapolou as barreiras da assistência hospitalar chegando também para o uso contínuo por parte da população e dos pacientes.

Acompanhando a dimensão da representação do autocuidado profissional observa-se o termo *lavar as mãos*. Este termo foi evocado 13 vezes e teve uma OME de 2,615, sendo então muito importante para os participantes do estudo. Conforme sinalizado, a lavagem das mãos foi uma das medidas mais recomendadas pelas autoridades de saúde para a contenção da contaminação cruzada. O termo lavagem das mãos foi substituído pelo termo higienização das mãos, visto que este engloba todos os tipos de higienização das mãos: higienização simples, higienização com solução antisséptica e higienização cirúrgica das mãos. Se tratando do cuidado à pessoa com COVID-19, os dois primeiros tipos de higienização das mãos são de suma importância para evitar a disseminação do vírus.

Dessa maneira é necessário destacar os dois termos simetricamente, uma vez que eles se complementam. Vale destacar ainda que, nem sempre se tinham recursos disponíveis para higiene completa das mãos, o que pode acarretar problemas relacionados à assistência.

Os itens máscara, álcool e lavagem das mãos são elementos encontrados na literatura acerca das representações sociais ligadas às estratégias de enfrentamento e cuidado ao

coronavírus. Esses dados foram presentes no estudo de Bú et. al (2020) em que os participantes associam a utilização desses itens como fatores de prevenção e proteção frente ao vírus.

Podemos enfatizar dessa maneira a importância desses achados relacionados às práticas preventivas com as orientações científicas, que possui o enfoque na diminuição da propagação do vírus. (BRASIL, 2020; OMS, 2020). Estudos relacionados sobre a importância das medidas de controle e prevenção para frear o número de contaminação e postergar o pico da curva de contaminação retratam o quanto essas medidas são eficazes. (ANDERSON et al, 2020)

Estudo realizado por Machado et al. (2022) mostrou que a maioria dos participantes conhece a importância da lavagem das mãos, uso de máscara, uso de álcool-gel, bem como o isolamento social. Em relação a adoção das medidas preventivas, a mais prevalente foi uso de álcool-gel, seguido por máscara e higienização das mãos. Dessa maneira, evidenciou-se que os trabalhadores analisados possuíam uma credibilidade de informações sobre as medidas de prevenção, o que refletiu na prática cotidiana, em que o universo informacional relativo às medidas de prevenção e controle da COVID-19 se expressam na adoção de estratégias preventivas. Dessa maneira, pode-se perceber que conhecer as medidas preventivas tenciona a adoção dessas medidas.

A última palavra do quadrante é *atenção*, sendo também evocada 13 vezes, com uma OME de 2,000. De acordo com o dicionário de língua portuguesa, a palavra *atenção* significa uma concentração da atividade mental sobre um objeto determinado. É uma concessão de cuidados e gentilezas. *Atenção* expressa zelo, dedicação, mas também pode significar uma advertência, uma recomendação. *Atenção* pode ainda significar uma forma de alerta, aviso indicando algum perigo.

Dessa maneira, *atenção* relacionada ao cuidado à pessoa com coronavírus significa que este cuidado deve ser realizado com zelo e com cautela, visto a especificidade do momento. Para a execução do cuidado é necessário, além da *atenção* ao paciente, *atenção* às possíveis contaminações, *atenção* aos sintomas clínicos, *atenção* aos sintomas psicológicos e *atenção* no cuidado continuado. Estar na linha de frente neste momento significa desenvolver o seu papel com base na ciência, oferecendo o melhor para o paciente, dentro das medidas possíveis. Durante a assistência era necessário estar atento para os pacientes sintomáticos respiratórios, para os sinais de gravidade, para as orientações, para a possibilidade de agravamento. Se tratando da assistência na *atenção* primária, a responsabilidade prioritária era

a identificação dos casos suspeitos, o acompanhamento contínuo de todos os casos e o alerta para os casos graves.

De maneira geral pode-se concluir que para cuidar bem de um paciente com COVID-19, é necessário atenção, é necessário que todas as possibilidades sejam analisadas individualmente entre cada paciente, visto que a doença não era igual em todos os casos. Dessa maneira era necessário estar atento para todas as possibilidades. Estes achados são corroborados com o estudo de Harzheim et al (2020) que mostra a necessidade de readaptação das funções e responsabilidades dos profissionais de saúde para melhor contenção da COVID-19.

A primeira periferia do quadrante superior direito da representação, tem-se os léxicos: *isolamento-social, higiene, orientação, vacina, empatia, tratamento, sintomas e cuidados*.

Compondo a dimensão do cuidado preventivo tem-se as palavras *isolamento-social, higiene e vacina*. O isolamento-social está relacionado a diminuição da circulação das pessoas. Dessa maneira, podemos atrelar esse tipo de isolamento, o ato de ficar em casa, na ausência de sintomas ou em casos de sintomas leves, a fim de diminuir a proporção de pessoas nos estabelecimentos de saúde e conseqüentemente diminuir o potencial de contaminação. (OMS, 2020). Conforme já explicitado em capítulos anteriores, O isolamento-social refere-se à diminuição da circulação de pessoas, fazendo com que a circulação e a transmissão do vírus sejam contidas, uma vez que menos pessoas estarão susceptíveis a contrair a doença. Vale destacar que, apesar de ser indicada pelos cientistas e profissionais de saúde, esta é uma medida que não é fácil de ser executada, por envolver questões sociais, culturais e, principalmente, financeiras.

Essa orientação foi tema de debate entre os especialistas, pois o isolamento da pessoa assintomática poderia trazer algum risco à sua saúde, visto que ela poderia desenvolver a forma grave da doença e procurar o serviço de saúde quando esta já estivesse em um grau bastante avançado. Como educar a população para procurar assistência à saúde somente em casos de sintomas moderados? Nos diversos veículos de comunicação esta foi uma pergunta bastante divulgada. Por um lado, se tinha o objetivo de diminuir a circulação de pessoas e a contaminação desnecessária dos profissionais de saúde; por outro lado, observou-se uma população com medo em casa, que não sabia quando era o momento de procurar atendimento médico. (BRASIL, 2020).

Um outro ponto a destacar é que a superlotação dos serviços de saúde seria intensificada desnecessariamente com casos leves ou casos assintomáticos, que poderiam ser monitorados remotamente. Brooks et al. (2020) ressalta que o excesso de informações pode

potencializar emoções, fazendo desencadear nas pessoas sintomas parecidos com a da COVID-19, fazendo com que estas acreditem que estão contaminadas, sendo levadas à assistência à saúde. Um ponto de controle desse aspecto foi o uso da tecnologia para realizar esse tipo de assistência, e dessa maneira diminuir a circulação de pessoas. Mantinha-se os casos leves isolados, mas com a garantia da monitorização constante. O isolamento social é uma medida eficaz para contenção da disseminação do vírus (OPAS,2020).

Um estudo realizado por Bezerra (2020) mostrou que a maioria da população acredita que o isolamento social é a medida de controle mais indicada para contenção da pandemia. Porém o estudo mostrou ainda que, a percepção das pessoas em relação a esse isolamento social varia de acordo com a renda, escolaridade, idade e sexo. Um outro fator de destaque se refere aos trabalhadores informais e os desempregados, que podem ser prejudicados com o distanciamento social e a restrição da circulação de pessoas.

Compondo a dimensão do cuidado preventivo, tem-se também a palavra *higiene*, com 24 evocações e uma OME de 3,708. Higiene se refere às medidas simples utilizadas para se manter um ambiente saudável. Por extensão, higiene seria um conjunto de ações que visam a prevenção de doenças no organismo, através da limpeza, desinfecção e conservação dos locais, dos objetos e das pessoas (BRASIL, 2008).

A eficácia da higiene pode ser considerada desde a teoria da ambientação de Florence (1854), se mostra eficaz para melhora clínica e contenção de infecções nos ambientes de assistência à saúde. A higiene é um hábito antigo que tem a sua eficácia comprovada desde as épocas de epidemias como a da varíola, sarampo e peste negra, por exemplo (BRASIL, 2008). Dessa maneira, a higiene visa a promoção e manutenção da saúde.

As doenças infecciosas são combatidas e controladas com as medidas de higiene, e apesar de antigas essas orientações, em os que uma medida tão simples, em plena era digital, seriam tão eficazes para a contenção da pandemia. Manter um ambiente saudável foi uma das principais recomendações da Organização Mundial da Saúde, sendo estas replicadas pelos profissionais de saúde, para que os pacientes pudessem evitar a contaminação e melhorar a qualidade de vida.

Os hábitos de higiene em relação ao ambiente são ações como limpar a casa, lavar e passar as roupas, lavar os utensílios, higienizar objetos. Além disso, tem-se a higiene pessoal, que consiste em lavar as mãos, tomar banho, lavar os cabelos, cortar as unhas e escovar os dentes. Esses cuidados são básicos, porém imprescindíveis para garantir a saúde e o bem-estar. Estes hábitos são de grande importância para a contenção da transmissão do

coronavírus, visto que a sua transmissão se dá através do contato da mão suja com olhos, boca ou nariz; que são as principais portas de entrada para o vírus.

Vale ressaltar que adotar hábitos de higiene previne, não somente a COVID-19, mas também as demais infecções, como micoses, gripes e resfriados. Dessa maneira, desenvolver hábitos de higiene é uma questão de saúde pública, uma vez que o ambiente limpo proporciona saúde às pessoas e a sociedade. A Organização Mundial da Saúde (2020), recomendou a lavagem das mãos, tomar banho após contato com o meio externo e manter casas limpas, a fim de diminuir a propagação do vírus. Foi bastante divulgado nos meios de comunicação a lavagem e desinfecção de qualquer produto antes desses serem guardados no interior das casas. A higiene foi uma grande aliada na luta contra COVID-19.

Em relação à vacina, pode-se considerar que ela é um produto seguro e eficaz no combate ao Sars-Cov 2 (FIOCRUZ, 2021). A vacina, enquanto cuidado, está ligada à prevenção, uma vez que suas ações esperadas estão na diminuição da gravidade dos casos e óbitos. A vacinação é uma das medidas mais eficazes para o combate de doenças infecciosas, sendo o Programa Nacional de Imunização responsável pela sua regulamentação e operacionalização, sendo a partir da esfera federal, as regulamentações estaduais e municipais configuradas.

Vale destacar que alguns fatos históricos contrapõem a aceitação da vacina por parte da população. No Brasil, a Revolta da Vacina em 1904, marcou a história da saúde pública no Brasil, sendo uma rebelião popular causada pela obrigatoriedade da vacinação contra varíola. Sabe-se que outros fatores contribuíram para esse descontentamento popular, como o regime político atual do país, porém a aprovação da lei que permitia a entrada de profissionais nas casas para realizar a vacinação, a necessidade de ter o comprovante vacinal para obtenção de direitos básicos, tornou-se o estopim para a não aceitação dessa medida. (FIOCRUZ, 2022).

Historiadores relatam, ainda, que a falta de informação ou a divulgação de informações tecnicistas para a população contribuem para a não aceitação e entendimento dessa medida por parte da população. Esse movimento antivacina pode ser percebido relacionado à COVID-19. Para compreensão desse movimento atual é necessário entender de onde surgiu. O fato é que desde a criação do primeiro imunizante, se concebiam as ideias de reações adversas e muitas vezes irreal relacionadas a administração da vacina poderiam acometer as pessoas. Esses movimentos têm ganhado tanta força, que em 2019, a OMS inclui a rejeição das vacinas como uma das dez ameaças à saúde mundial. (WHO, 2019).

Ainda segundo a Organização Mundial de Saúde (2019), esses grupos antivacinas possuem uma constituição psíquica de acreditar somente no que eles acreditam ser verdade,

sendo as informações contrárias às suas convicções extraídas do seu entendimento. Dessa maneira, as razões pelas quais as pessoas escolhem não vacinar estão atreladas na “complacência” e na inconveniência no acesso às vacinas, além da falta de confiança sobre a sua efetividade. Outrossim, é importante salientar o papel do profissional de saúde, especialmente os que compõem as comunidades, como difusor de informações claras e objetivas, sendo fundamentais para melhor compreensão e aceitação da sociedade.

Devido aos fatos apresentados, podemos elucidar que isolamento-social, higiene e vacina possuem simbiose na construção da representação social do cuidado à pessoa com coronavírus, uma vez que estas medidas abarcam as tentativas de controle e redução da doença. Esses achados são corroborados pelos estudos de Sanches et al (2022); Coelho et. al (2021) e Bu et. al (2020).

Neste contexto de prevenção, pode-se destacar o trecho a seguir:

A **vacina** é fundamental, **o uso de máscara**. Que depois quando começou a morrer todo mundo que o povo começou a ver **a importância do uso de máscara, do álcool, de lavar as mãos, de ter o cuidado com o outro**. Apesar da gente orientar, tá sempre falando, sempre tem um que não segue as orientações (Ent. 009; Enf.; 09 anos de trabalho na AP.).

De acordo com as informações apresentadas durante a pandemia, pode-se destacar o cuidado à COVID-19 com a indicação das intervenções não farmacológicas (INF), conforme proposto por Garcia e Duarte (2020). Estas “INF são medidas de saúde pública de alcance individual, ambiental e comunitário”. (GARCIA e DUARTE, 2020, p.2). Ainda segundo as autoras, em relação às medidas individuais pode-se destacar a lavagem das mãos, a etiqueta respiratória, o distanciamento social e o uso de máscaras. Já as medidas ambientais referem-se à limpeza e arejamento do ambiente. Em relação às medidas comunitárias podem-se destacar as medidas tomadas pelos governantes, como restrição de funcionamento de serviços não essenciais, diminuição da circulação de pessoas, trabalhos em home office, entre outros. Nesse contexto, se faz necessário a articulação e atuação do SUS para favorecimento da adesão das pessoas à essas medidas.

Orientação teve uma OME de 3,095 e foi um termo evocado 21 vezes, compondo a dimensão do cuidado educativo. A orientação é uma ação que precisa ser desenvolvida por qualquer profissional na assistência ao paciente, visto que se o paciente não é orientado ele não consegue realizar o seu próprio autocuidado (BRASIL, 2006). A orientação é a primeira conduta de intervenção para qualquer problema de saúde, uma vez que o paciente precisa entender qual é o seu problema, o que desencadeou, como regredir e ou como tratar. Se o

paciente não tem consciência sobre o seu estado de saúde ele não consegue desenvolver as ações necessárias para o seu cuidado. A orientação se faz presente principalmente nesse contexto em que não há tratamento específico, onde se trata e orienta sobre o controle dos sintomas, sobre o isolamento e sobre os protocolos do diagnóstico. Os profissionais de saúde precisam estar atentos ao grau de entendimento do paciente para que a orientação seja feita de forma correta. (BRASIL, 2006).

A Escola de Saúde Pública do Ceará (ESPCE) emitiu uma cartilha sobre Estigma e Preconceito na COVID-19 (2020) refere que a falta de informação é um dos pontos principais que causam angústia, medo, sofrimento e estigmas em relação ao enfrentamento da doença. Dessa maneira, segundo a cartilha citada, conhecer sobre os meios de transmissão, sintomas e acometimento da doença podem ajudar no autocuidado e no cuidado com o outro, sendo este tipo de cuidados oferecidos por meio da correta orientação.

As principais orientações no cuidado à pessoa com coronavírus estavam relacionadas às medidas preventivas com base na ciência, como o uso de máscara, higiene, isolamento e isolamento-social. Além de orientações relacionadas à saúde mental, aos sinais de alerta em caso de suspeita ou diagnóstico de COVID-19 e qualidade de vida. (OMS, 2020, BRASIL, 2020).

Este tipo de cuidado pode ser observado no trecho a seguir:

Eu acho que é mais de **entendimento das pessoas, a educação continuada das pessoas, a educação em saúde** para as pessoas entenderem a importância do afastamento, da vacina, de todas as doses, uso da máscara, do álcool, de lavar as mãos, mais a questão de **conscientização das pessoas**. (Ent. 009. Enf. 10 anos de trabalho na AP).

Considerando o aspecto do cuidado, a palavra empatia compõe a dimensão do cuidado psico-relacional, sendo evocada 16 vezes e com uma OME de 3,154. Empatia por definição consiste na capacidade de se colocar no lugar do outro. Dessa maneira, o cuidador se coloca no lugar do paciente que está sendo cuidado.

Goleman (2018) refere que a empatia pode ser dividida em três tipos distintos, sendo eles: a empatia cognitiva como a capacidade de compreender a perspectiva da outra pessoa; a empatia emocional, sendo a capacidade de sentir o que a outra pessoa sente e a preocupação empática, comportando a capacidade de sentir o que a outra pessoa precisa de você. Dessa maneira, tem-se a capacidade cerebral de desenvolver os sentimentos físicos e psicológicos das outras pessoas.

O processo de adoecimento provoca reflexões e ressignificações relacionadas à vida e à existência humana. Quando se trata de doenças de transmissão interpessoal, o conflito social

e pessoal pode estigmatizar e intensificar o sofrimento (SOUTO, 2014). Dessa maneira, se torna importante o acolhimento e o apoio a quem adoece, para que essa angústia seja amenizada pelo bem-estar. Para que isso aconteça, é necessário que a empatia e a solidariedade sejam ressignificadas no cuidado, definindo-se assim a ética humanizadora.

Vale ressaltar que estando diante de uma pandemia de uma doença infectocontagiosa, com grande poder de contaminação, se faz necessário agir com empatia, mas de modo epidemiologicamente correto, para não agravar o número de contaminados. A empatia se faz presente no desenvolvimento do trabalho em saúde, conforme explicitada a seguir:

Estava sendo muito escuta ativa, o paciente me ligava final de semana, tinha paciente que fazia chamada de vídeo **e eu prestei muito esse lugar de escuta do paciente**. Mesmo o paciente não dando positivo, tendo aquele processo de quarentena, daqueles quatorze dias, o paciente sofria muito com crise de ansiedade. Então, **eu me coloquei muito nesse lugar de escuta**. Eu creio que foi assim. (Ent. 001; Enf.; 01 ano de trabalho na AP.).

Empatia! Só isso. Aumenta mais ainda da gente querer pra gente o que quer pro outro, ajudar que era o sentimento que a gente tinha, queria ajudar o tempo inteiro. Perdemos pessoas assim, que chegava testava hoje, a gente perdeu um aqui que ele veio testar segunda, terça internou, quarta morreu, então perdemos muitas pessoas e o que ficou pra gente foi essa experiência de **empatia** mesmo, **de troca**. (Ent. 009. Enf. 10 anos de trabalho na AP).

A palavra *tratamento* foi evocada 16 vezes, com uma OME de 3,625. Esta é a primeira palavra do quadrante que compõem a dimensão do cuidado clínico-biomédico, relacionado com as questões fisiopatológicas da doença. 80% das infectados pelo Sars-Cov-2 conseguem combater o vírus com a defesa do próprio organismo; sem nenhum tratamento específico para doença, visto que estes desenvolvem a forma leve da COVID-19.

Dessa forma, o tratamento para os casos leves da doença consiste em repouso, hidratação e o médico poderá prescrever algum medicamento para controle dos sintomas; como um analgésico para dor, um antitérmico para febre; mas não um medicamento que combata o vírus (OPAS,2020). O médico poderá ainda solicitar exames de imagem e laboratoriais, para melhor avaliação clínica do paciente. Além disso, o paciente recebe as orientações relacionadas às medidas preventivas da doença.

Caso o paciente tenha piora clínica, apresentando dificuldades de respirar ou níveis baixos de oxigenação sanguínea, poderá ser recomendado a internação hospitalar. Esta poderá ser utilizada em um setor de média complexidade, como uma enfermaria de clínica médica ou no setor de terapia intensiva, a depender do grau de gravidade de cada paciente. Seguindo a mesma linha de raciocínio, o objetivo do tratamento hospitalar também é oferecer o máximo de conforto ao paciente e alívio dos sintomas. Na rede hospitalar, o tratamento pode incluir a

oferta de oxigênio, ventilação mecânica, antivirais, corticoides, anti-inflamatórios, medicamentos para prevenção de coágulo e demais medicamentos para alívio dos sintomas (UPTODATE,2020).

A Pfizer, produtora dos imunizantes mais utilizados contra Sars-Cov-2, produziu um antiviral em forma de pílula, que reduziu em 89% as chances de internação e desenvolvimento dos casos graves da doença. Este medicamento, denominado Paxlovid, é um composto das substâncias nirmatrelvir e ritonavir, que inibe a enzima que o Sars-CoV-2 usa para se espalhar e, com isso, bloqueia a formação de novas partículas do vírus. Este medicamento foi liberado no Brasil em março de 2022, pela ANVISA (2022), sendo indicado para pessoas com comorbidades e/ou com potencial de desenvolvimento das formas graves da doença.

Em novembro de 2022 ele foi liberado para venda em farmácias, também indicado para formas leves da doença com potencial de agravamento. Este só poderá ser comercializado com o uso da receita (BRASIL,2022). Pela sua atual liberação e pelo seu valor de mercado, este medicamento não foi citado pelos profissionais da atenção básica, visto que a maioria dos pacientes tratados na AP são considerados leves; aqueles que possuem possibilidade de agravamento, são transferidos para atenção secundária.

Fazendo parte da dimensão do cuidado clínico-biomédico, o quadrante apresenta a palavra sintomas, com uma OME de 3,333 e uma frequência de 15 evocações. Os sintomas são a base do cuidado biomédico no contexto da COVID-19, uma vez que não existe tratamento específico para a doença. Dessa maneira, se faz necessário o acompanhamento de cada sintomas individualmente, e a partir deste traçar as condutas possíveis.

Um ponto de destaque é que o cuidado aos sintomas de COVID-19 precisa ser bem descrito, orientado e supervisionado. O primeiro passo é identificar os sintomas e sinais de gravidade, posteriormente, se traça a conduta e orienta o paciente sobre os cuidados a serem tomados e por fim, se faz um acompanhamento remoto do paciente, até que o mesmo esteja completamente curado (ABRASCO,2020). Dessa maneira, pode-se elencar que o tratamento e os sintomas caminham juntos em relação ao cuidado fisiopatológico.

O trecho a seguir mostra a realidade em relação ao tratamento:

E aí tudo que saía de estudo a gente ia estudando. **As medicações: é indicado, não é indicado? Como orientar a população?** Acho que o novo foi muito assustador, porque ninguém tinha conhecimento. (Ent. 008. Enf. 08 anos de trabalho na AP).

A última palavra do quadrante é *cuidado*, com 13 evocações e uma OME de 3,154. Cuidado é um ato de zelo. A palavra cuidado reforça todos os aspectos das dimensões

descritas neste estudo. Apesar deste ser classificado como cuidado educativo, visto a sua fluidez, ele pode trazer a confirmação de todas as ideias dos termos evocados neste quadrante. Pode-se verificar que os elementos presentes são bastante pragmáticos, atrelados ao desenvolvimento do trabalho desses profissionais.

Esses termos traduzem a ideia do trabalho realizado diariamente pelos profissionais, uma vez que toda a ação de assistência recomendada pelos órgãos de saúde está descrita no quadrante. Pode-se perceber que o QSD traz significados que remetem a representação do cuidado à pessoa com coronavírus à realidade concreta. A seguir, o trecho da unidade de registro que remete a ideia do cuidado:

Um **cuidado** muito além de você ser aquela pessoa que monitora os sinais vitais dessa pessoa para saber os níveis de gravidade dela. É poder orientar corretamente, porque a gente não tinha remédio eficaz, então nosso papel era **orientar** sinais de gravidade, identificar esses sinais e encaminhar imediatamente para um atendimento rápido. Então, além de você ser esse profissional que faz esse monitoramento, eu senti muito mais o papel psicológico... então eu senti muito isso, um papel que todo médico, todo **cuidador** virou um pouco psicólogo, virou um pouco terapeuta. (Ent. 007; Médico.; 02 anos de trabalho na AP.)

Compondo a segunda periferia da representação, tem-se os termos: *medo, teste, hospital-uti, informação-desinformação, alimentação, repouso, acolhimento e saúde-mental*. Esse quadrante é mais suscetível às mudanças e tem seus aspectos mais atrelados às ideias cotidianas e aos valores compartilhados pelo grupo.

A palavra *medo* teve uma frequência de evocação de 14 e uma OME de 3,300, ela compõe a dimensão psico-relacional da representação. A palavra medo se relaciona ao cuidado e remete a ideia do medo do contato, do contágio e do novo. Por ser uma doença nova, o fato de ter que lidar com algo desconhecido gera esse sentimento de alerta e de tensão. O medo do cuidado é algo presente no dia a dia dos profissionais que estavam na linha de frente da atenção à saúde.

O principal sentimento é que: eu to aqui atendendo o paciente com COVID-19, **quando é que eu vou pegar COVID-19?** Eu estou 100% protegido? Passando 4 ou 5 horas de um turno, mesmo que paramentado, atendendo o sintomático respiratório, **quando é que eu vou ou não, adoecer?** E quais são as pessoas próximas a mim que vão sofrer também com isso? Se eu pegar COVID-19 e não sei ainda que eu to com COVID-19? **Será que eu vou transmitir pra alguém próxima a mim** por conta do meu trabalho na linha de frente, atendendo pacientes com COVID-19? (Ent. 002; Médico.; 06 anos de trabalho na AP.)

O medo é um termo presente nos diversos estudos acerca da representação social e da percepção dos profissionais de saúde frente à COVID-19, à pandemia e demais questões relacionadas a esse novo cenário. Estudo realizado por Lima et al, (2021) mostra que o medo concebido por eles está ligado ao medo de se contaminar e de contaminar as pessoas próximas.

Em relação à população geral, estudo realizado por Lindemann et al (2021) corrobora que o medo da contaminação está ligado à percepção negativa ou positiva da saúde, sendo os grupos de risco e os envolvidos nos serviços que não pararam, o grupo mais sensível na percepção desse sentimento.

As palavras *teste* e *hospital-uti* englobam a dimensão do cuidado clínico-biomédico. A palavra *teste* teve uma ordem média de evocação de 3,250 e foi evocada 8 vezes. Os testes realizados para diagnóstico da COVID-19 poderiam ser de marcadores sorológicos (sangue) e coleta de material de via aérea superior. Com o número de casos e dificuldades da assistência, muitas vezes não era disponibilizado teste para todos os pacientes, sendo estes um dos principais problemas de assistência à saúde encontrados.

Dessa maneira, os profissionais de saúde enfrentam certa resistência dos pacientes em seguir as orientações de isolamento se não houver confirmação diagnóstica. Os pacientes se sentiam no direito de ter uma confirmação laboratorial para seu quadro clínico, mas devido à escassez da disponibilização destes, os diagnósticos muitas vezes eram apenas clínicos. Um outro ponto a destacar é que, os testes disponíveis tinham tempo hábil para sua realização, dessa maneira, precisava-se aguardar alguns dias para fazer, e/ou não fazia pois já tinha passado o prazo seguro para o diagnóstico.

O teste era uma maneira eficaz de dar segurança ao paciente sobre seu caso, além de fornecer subsídios mais concretos para as condutas médicas. Atrelado ao problema dos testes, podemos referir sobre a subnotificação de casos e mortes, uma vez que não foi possível realizar os testes em toda a população atendida. Isso foi realidade em diversos países (OMS, 2021).

O recorte da entrevista a seguir mostra essa realidade:

E assim, naquela época era quando a gente mais precisava de **teste de COVID-19**, ah não pode fazer nesse dia, ah tem que esperar 5 dias, ou então ah não tem **teste**, tem que ir lá na imunização pedir encaminhamento do médico para fazer **teste**. Então eu acho assim, eu acho que chegou um ponto lá na pandemia que não precisava passar pelo médico para fazer **teste**, o enfermeiro ou qualquer outra pessoa que tivesse trabalhando ali já sabia os sintomas e poderia indicar o **teste** pra pessoa, mas não a pessoa tinha que enfrentar uma fila, passar pelo médico para talvez fazer o **teste** depois de sei lá quantos dias, ou então as pessoas já estavam na época de fazer o **teste** e tinha que esperar e saía daquele prazo do **teste**, e muitos **testes** vieram errado. Eu acho que a pandemia ficou descontrolada por causa disso, o acesso a algumas coisas na época da pandemia foi meio desorganizado. (Ent. 006; Fisio.; 03 anos de trabalho na AP.)

Já o termo *hospital-uti* foi evocado 7 vezes e teve uma OME de 3,250. Este está ligado ao cuidado que não podia ser desenvolvido na atenção primária, visto que os pacientes precisavam de cuidados mais intensivos e intervencionistas. O agravamento dos sintomas da

doença requer, então, a transferência dos pacientes para a atenção de maior complexidade e/ou serviços de emergência.

Com uma frequência de 7 e uma OME de 3,143 temos a palavra *informação-desinformação* que compõe a dimensão do cuidado educativo. Esse cuidado exigia disponibilizar informações para os pacientes com base na ciência, a fim de orientar o comportamento a ser adotado. Além disso, era preciso conter a barreira da desinformação ou da informação duvidosa, como a fake News. Para os profissionais de saúde, a *infodemia* colocou-se como um problema para a atuação, uma vez que os pacientes chegavam para a assistência munidos de muitas informações, e muitos destes tinham dificuldades em discriminar as informações que realmente tinham evidência científica. (FIOCRUZ, 2021)

A solução implementada pelos órgãos de saúde para contenção dessas pseudo-informações foi a adoção de disseminação das informações através de uma linguagem clara, com a criação de campanhas e propagandas focadas em garantir o entendimento da população, através das redes sociais e canais de comunicação. Além disso, as principais redes sociais criaram um “filtro” obrigatório de veracidade de informações, onde informações sem cunho científico eram excluídas da rede. (BRASIL, 2021).

Compondo as últimas palavras do quadrante na dimensão clínico-biomédica tem-se os léxicos *alimentação e repouso*, ambas com uma frequência de 6 e uma OME de 4,000 e 3,333, respectivamente. Estas são ações orientadas pelos profissionais a fim de melhorar a condição clínica da doença. Uma boa alimentação gera melhor condicionamento físico, fortalece as defesas do organismo, além de contribuir para a qualidade de vida (BRASIL, 2013). Dessa maneira, a alimentação saudável é crucial para o combate à doença.

O repouso é indicado pois serve para que a energia do organismo seja utilizada para controle dos sinais e sintomas e consequente recuperação do quadro clínico. Dessa maneira, o repouso evita a sobrecarga do sistema imunológico e o gasto das reservas de energias, contribuindo assim para melhor combate à infecção. (OMS, 2012).

O trecho a seguir mostra essa ideia:

Como eu definiria o cuidado com a pessoa? Uma **boa alimentação, diminuir carnes vermelhas, frituras** e ficar em casa mesmo. Não existe medicamento, só medicamento para sintomático e esperar o cuidado, não existe uma forma milagrosa. (Ent. 005; Médico.; 04 anos de trabalho na AP.).

Saúde-mental foi o termo menos evocado deste quadrante, com 5 evocações e uma OME de 4,000. O cuidado à saúde mental é tema de cada vez mais em discussão e estudado no meio científico, tornando-se popularizado no meio social. A saúde mental engloba a parte

da saúde como um todo, uma vez que o desequilíbrio psicológico pode causar um desequilíbrio físico ou social (OMS, 1946).

Observam-se duas vertentes em relação à saúde mental nesse contexto, uma relacionada à saúde mental dos profissionais envolvidos na assistência, e a outra relacionada à saúde mental dos pacientes que estão sendo cuidados. Estudos mostram que a qualidade de vida dos profissionais de saúde reduziu significativamente após a pandemia, principalmente no contexto da saúde mental e do desenvolvimento de problemas psicológicos (COREN, 2021), condições estas que também foram identificadas por Prado (2021). Dessa maneira, os profissionais se viam muitas vezes na necessidade de serem cuidados.

Considerando o cuidado à pessoa com COVID-19, as dificuldades relacionadas à saúde mental observadas foram ansiedade, síndrome do pânico, dificuldades de dormir foram destaques nas queixas dos pacientes (OMS, 2021). Estudo realizado por Faro et al (2020) mostra que a saúde mental possui uma emergência no cuidado, tanto o prestado pela psicologia, como o prestado pelos demais profissionais de saúde, visando minimizar os impactos negativos e agir de forma preventiva em relação a COVID-19.

No quadrante inferior esquerdo, na zona de contraste, encontram-se elementos que reforçam o núcleo central ou que apontam para a presença de um subgrupo minoritário para o qual a representação do objeto é diferente (SÁ, 2002). Os léxicos encontrados neste quadrante são *carinho*, *coragem*, *epi* e *prevenção*. Carinho foi evocado 8 vezes com uma OME de 2,875 e coragem teve uma frequência de 5 e uma OME de 2,600. Ambas integram a dimensão representacional do cuidado psico-relacional, sendo sentimentos criados ao cuidar da pessoa com COVID-19. Carinho é um sentimento manifestado através de forma delicada, que pode envolver contato físico ou não. Este é elucidado como demonstração de amor, de zelo, de cuidado, indo de encontro com o léxico atenção, encontrado no QSE.

Já a coragem foi evocada 5 vezes e teve uma OME de 2,600. Este termo poderia ser traduzido como antônimo de medo, também encontrado no possível núcleo central da representação. Coragem é a habilidade de agir apesar do medo, ou seja, não significa agir sem medo, significa agir mesmo com medo. A atuação durante este cenário acarretou diversos sentimentos negativos, inclusive medo, porém os profissionais de saúde não poderiam recuar, era necessário a atuação e entrega neste momento.

Os trechos abaixo reportam essa característica dos termos dos quadrantes:

Eu me sentia assim, o medo lógico ele existe acho que em toda profissão, mas **eu me sentia muito útil**. Assim, **eu poder ajudar** aquela pessoa que está ali sofrendo, tá doente, que precisa de uma transferência de hospital, que a gente tem a **possibilidade de ajudar**, **eu me**

senti útil. (Ent. 004; Tec. Enf.; 03 anos de trabalho na AP.)

Um dever que precisou ser cumprido, sem tempo pra pensar se eu queria ou não, se era isso que eu queria da minha vida ou não, era o que tinha que fazer. (Ent. 007; Médico.; 02 anos de trabalho na AP.)

E no serviço é aquele negócio, **você tem que fazer**, você tem que fazer, você **não pode ter medo**. Que é o que eu sempre falo: área da saúde, a partir do momento que você entrou pra área da saúde **você não pode ter medo**, porque aonde você vai se deparar com muitas situações, aí se você tiver medo, então pode trocar, pode trocar de área porque não é aquela. (Ent. 014. Tec. Enf. 04 anos de trabalho na AP).

A terceira palavra do quadrante é *EPI*, sendo associada a equipamento de proteção individual. Ela teve uma OME de 2,200 e uma frequência de 5. Esta faz parte do autocuidado profissional, sendo umas das barreiras de proteção à COVID-19. O EPI consiste em todo equipamento utilizado para proteção da contaminação por algum microrganismo, sejam eles: máscara, gorro, óculos, capote, luva e propés. Os equipamentos de proteção individual são objetos presentes na rotina dos profissionais de saúde, sendo a assistência sem eles considerada proibida.

O uso do EPI depende do contexto de contaminação em que o profissional está atuando e quais atividades estão sendo desenvolvidas. Conforme regulamentado pela Anvisa (2005), existem os tipos de precaução para cada tipo de potencial de contaminação envolvido: padrão, contato, gotículas e aerossóis. O uso de EPI durante a pandemia se tornou obrigatório e essencial, a fim de conter a disseminação do vírus. Para os profissionais de saúde, os EPIS obrigatórios consistem em máscara, faces Schild ou óculos, gorro, capote impermeável e luvas (BRASIL, 2020).

O trecho a seguir mostra a preocupação em relação ao uso de EPI:

No começo a minha mãe comprava muito **EPI**. Comprava **macacão impermeável**, qualquer coisa... (Ent. 001; Enf.; 01 ano de trabalho na AP.).

Devido a possibilidade de contaminação durante a paramentação e desparamentação e devido à escassez de materiais, muitas vezes os profissionais precisam ficar até 06 horas por dia, ininterruptas, com todo equipamento; muitas vezes sem beber, comer ou realizar suas necessidades fisiológicas.

Esta realidade é retratada a partir do seguimento da entrevista:

Então a gente se organizou para que cada um ficasse em um turno exclusivo para poder fazer o atendimento das pessoas com sintomas respiratórios. Então a gente se organizou dessa maneira, em turnos, justamente para que uma pessoa conseguisse **estar apenas na atenção aos sintomáticos respiratórios**, a gente sabia que tinha que se **paramentar**, então a gente saía **como astronauta, de capote, de face Shield, de óculos, de máscara, de luva**. A gente fazia o exame físico o estritamente necessário, evitava o contato mais próximo com o paciente, algo diferente do que a gente tá acostumado no dia a dia: que é estar próximo do

paciente, que é tocar, que é fazer um acolhimento não menos empático, mas mais próximo. Então, isso foi a primeira coisa que a gente tirou, que a gente foi obrigado a tirar, um acolhimento um pouco mais distante do nosso paciente. (Ent. 002; Médico.; 06 anos de trabalho na AP.).

Às vezes faltava alguns **EPI** 'S, a gente teve um pouco de dificuldade. Às vezes trabalhava com uma **N95** durante uns dias, o **capote**. Às vezes faltava o teste, mas não por muito tempo, nada que fosse tão grave, mas assim eu acho que a gente conseguiu não só aqui. (Ent. 009; Enf.; 10 anos de trabalho na AP.).

E por último temos a palavra *prevenção*, sendo esta evocada 5 vezes, com uma OME de 2,800. *Prevenção* significa chegar antes de, ou seja, são ações que visam a conduta correta antes do acometimento pela doença (BRASIL, 2006). A prevenção é considerada a melhor forma de evitar a contaminação por COVID-19. A prevenção é definida desde o uso de máscaras e álcool-gel no cuidado individual, até o isolamento e isolamento-social, no cuidado geral.

De maneira geral, pode-se perceber que os achados apresentados neste capítulo corroboram com outros achados, conforme proposto por Faro et al (2020), que revelam que medidas profiláticas, como o isolamento social (distanciamento físico), o isolamento (quarentena), os hábitos de higiene (higienização das mãos) e o uso de itens de proteção individual, como máscaras, são os fatores essenciais para o momento, visando a contenção do vírus. Esses dados reforçam as orientações propostas pela OMS (2020) e pelo Ministério da Saúde (2020) durante a pandemia.

Esses achados mostram-se semelhantes aos achados do estudo desenvolvido por Bezerra et. al (2020) em que os termos presentes no estudo parecem estar na memória dos participantes, sendo acessados de forma facilitada. Pode-se perceber que a representação do novo coronavírus está ligada à definição, sintomas e formas de prevenção. Estes elementos compartilhados pelo grupo como fenômeno de proporção mundial, com impacto na saúde física e emocional, sendo os riscos de contaminação atrelados a esses impactos. Foram encontrados termos relacionados ao medo, sintomas e medidas preventivas da doença, o que reforça a construção da representação nesses grupos sociais.

Um estudo realizado por Gomes et. al (2020) em relação a autonomia do cuidado para os enfermeiros, revelam uma configuração consensual entre o conhecimento dos sujeitos e o cuidado relacional, sendo possível observar na análise estrutural a presença de elementos como: medo, insegurança e inexistente; sendo apresentado também elementos como habilidade, biossegurança, segurança, cuidado e responsabilidade. Esses achados fazem refletir sobre a ideia sobre o cuidado atrelado ao medo, mas também pautado nas questões do cuidado responsável inerente à profissão.

É possível observar que a representação do cuidado para os profissionais de saúde na atenção básica está em sinergia com a prática diária necessária para o desenvolvimento deste. Os elementos presentes nos quadrantes remetem a ideia da prática diária, esta que foi bastante falada no desenvolvimento das entrevistas. O cuidado à pessoa com COVID-19, apesar de gratificante, é um trabalho de desenvolvimento difícil, uma vez que envolve as questões do processo de trabalho, pessoais e sociais.

4.4 As relações estabelecidas entre as representações sociais da COVID-19 e do cuidado às pessoas com coronavírus

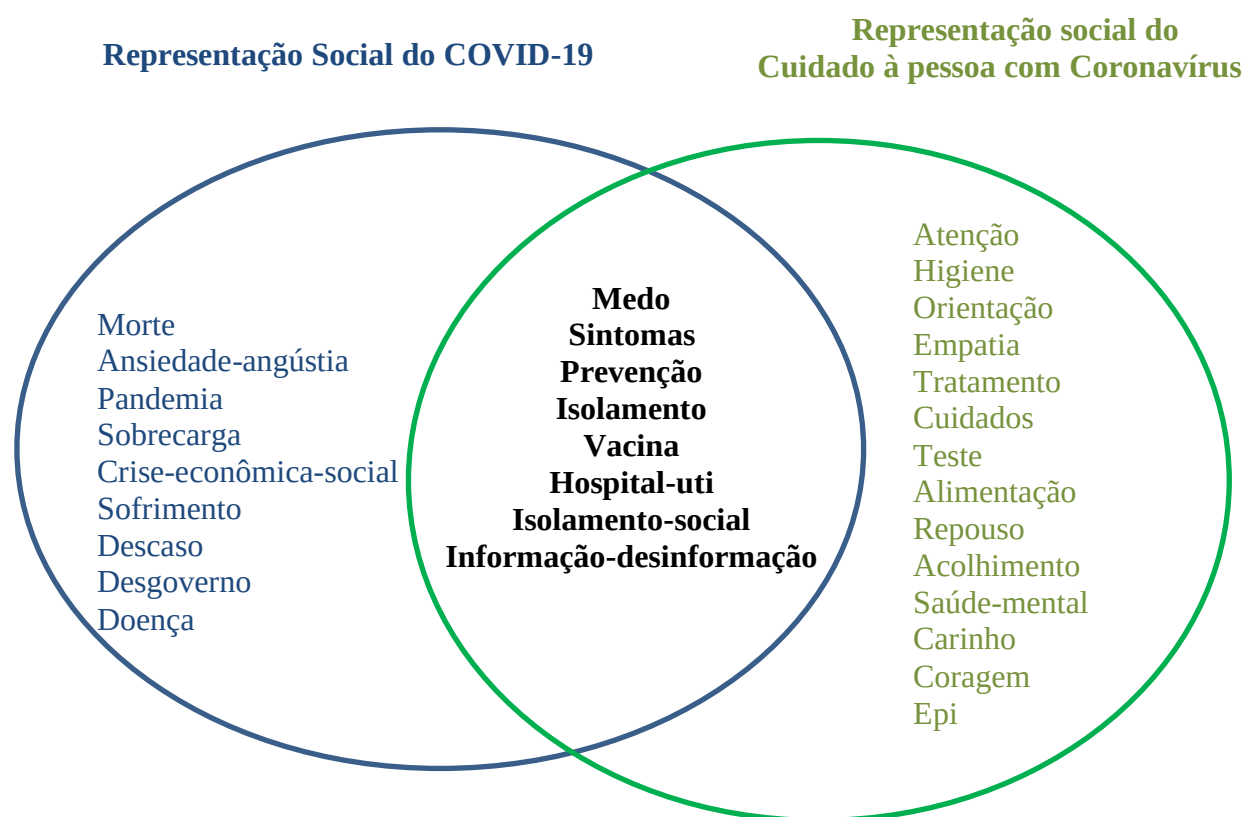
Abric (2000) refere que para duas representações diferentes, elas devem ser organizadas em torno de dois núcleos centrais diferentes. É preciso considerar também que o núcleo central possui uma dimensão qualitativa, ou seja, o fato dele dar significado à representação. A mudança de posição dos termos na periferia nos traduz a forma como a representação é vinculada à realidade de acordo com os participantes.

A representação social da COVID-19 para os profissionais na atenção básica e do cuidado à pessoa com coronavírus se mostram distintas em relação aos termos evocados, mas analisando o campo semântico e sentido das palavras, estas possuem similaridades do contexto da representação.

Os termos comuns nos dois quadrantes são: *morte, medo, sintomas, prevenção, isolamento, vacina, hospital-uti, isolamento-social e informação-desinformação*. Vale destacar que esses termos mudam de posição entre os quadrantes, porém aparecem nos dois.

A figura 1 apresenta os elementos de comparação de cada representação.

Figura 1 - Comparação dos quadros de quatro casas da COVID-19 e do Cuidado à pessoa com coronavírus para os profissionais na atenção primária. Valença- RJ, 2023.



Fonte: A autora, 2022.

A palavra medo foi a segunda palavra mais evocada e mais prontamente evocada na representação social da COVID-19, conferindo grande importância para os participantes do estudo. Na representação do cuidado ela apareceu na segunda periferia, sendo então um termo menos importante quando relacionado ao cuidado. Essa mudança de posicionamento da palavra nos faz refletir o medo que o profissional tem da doença, mas não de cuidar do paciente.

A palavra sintomas aparece no QSE na representação da COVID-19 e na primeira periferia na representação do cuidado. Dessa maneira, os sintomas atrelados à doença se mostram importantes enquanto atrelado ao cuidado, se mostra mais cognitivo e atrelado à prática. A palavra prevenção na representação da COVID-19 se encontra na primeira periferia, já na representação do cuidado, está na zona de contraste. Os elementos presentes no QSE da representação do cuidado estão bem atrelados à prevenção, o que nos mostra que este

termo reforça o NC da representação do cuidado e ancora a o NC na prática na representação da COVID-19.

Isolamento está no possível núcleo central na representação do cuidado, sendo o termo mais evocado e um dos mais prontamente evocados, conferindo grande importância para os participantes do estudo. Já no quadro da COVID-19 ele se encontra na primeira periferia, sendo então menos importante entre os termos. Em ambos os estudos a vacina aparece na primeira periferia, conferindo a mesma importância nos dois estudos. O mesmo acontece com hospital-uti, que aparecem na segunda periferia nos dois estudos.

Isolamento-social também muda de posicionamento em relação às representações. Na representação da COVID-19 ele aparece na segunda periferia e no cuidado aparece na primeira periferia, tendo diferenças na frequência e OME de evocação. Informação-desinformação aparece como primeiro elemento da zona de contraste da representação da COVID-19. No seu núcleo central não possui nenhum outro termo com a mesma ideia da sua dimensão representacional, o que pode conferir a possibilidade de um subgrupo que pensa diferente. Na representação do cuidado ele está na segunda periferia, sendo atrelado à dimensão representacional do cuidado educativo. Nenhuma palavra apareceu simultaneamente nos dois núcleos centrais.

Dessa maneira, existem certas aproximações entre os conteúdos das duas representações, porém não existe nenhuma similaridade observada no NC. Pode-se perceber que a representação da COVID-19 está ligada aos sentimentos e percepções criadas em relação ao objeto, já a representação do cuidado está ligada à expressão prática do objeto de estudo.

Vale destacar que não existe nenhum termo igual no mesmo quadrante das duas representações. A mesma observação é feita para as dimensões representacionais, que aparecem distintas entre os quadrantes. Os núcleos centrais das duas representações são diferentes, não aparecendo nenhum termo igual e nem da mesma dimensão representacional.

Essas observações salientam a diferença das percepções dos profissionais em relação à doença e em relação ao cuidado às pessoas acometidas pela doença. Percebe-se uma distinção dos conteúdos representacionais, cujo sentido das palavras foi explicado pelos discursos dos participantes, entre os sentimentos e imagens despertados a partir da doença e a partir do cuidado à doença.

Jodelet (2001, p.22) considera que representação social é “uma forma de conhecimento, socialmente elaborado e partilhado, tendo uma visão prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”. Sendo assim, acredita-se

que neste estudo a relação existente entre representações sociais e práticas é um elemento fundamental a ser analisado, uma vez que “a representação exerce influência sobre os comportamentos das pessoas em seu cotidiano e as práticas atuam como elementos de transformação das representações” (ROUQUETTE, 2000, p. 43).

Dessa maneira, pode-se perceber que as representações sociais dos dois objetos aqui apresentados estão em relação, uma vez que seus campos semânticos se relacionam de forma que a compreensão destes está em reciprocidade. É possível perceber que a representação da COVID-19 está relacionada à maneira de cuidar, bem como a maneira de cuidar está determinada pela maneira de ver a doença.

Cabe considerar que as representações sociais possuem funções essenciais, dentre elas, segundo Abric (2000) a função de orientação dos comportamentos e das práticas. Já Rouquette (2000) explicita sua posição sobre a relação entre práticas e representação:

A influência recíproca das representações e das práticas deve ser compreendida tanto como condição, quanto como determinação: condição uma vez que se trata do papel das representações no desenvolvimento da conduta (à maneira muito fortemente analógica, dos dados de um problema); determinação uma vez que se trata da ação das práticas sobre as modalidades do conhecimento (ROUQUETTE, 2000, p. 45)

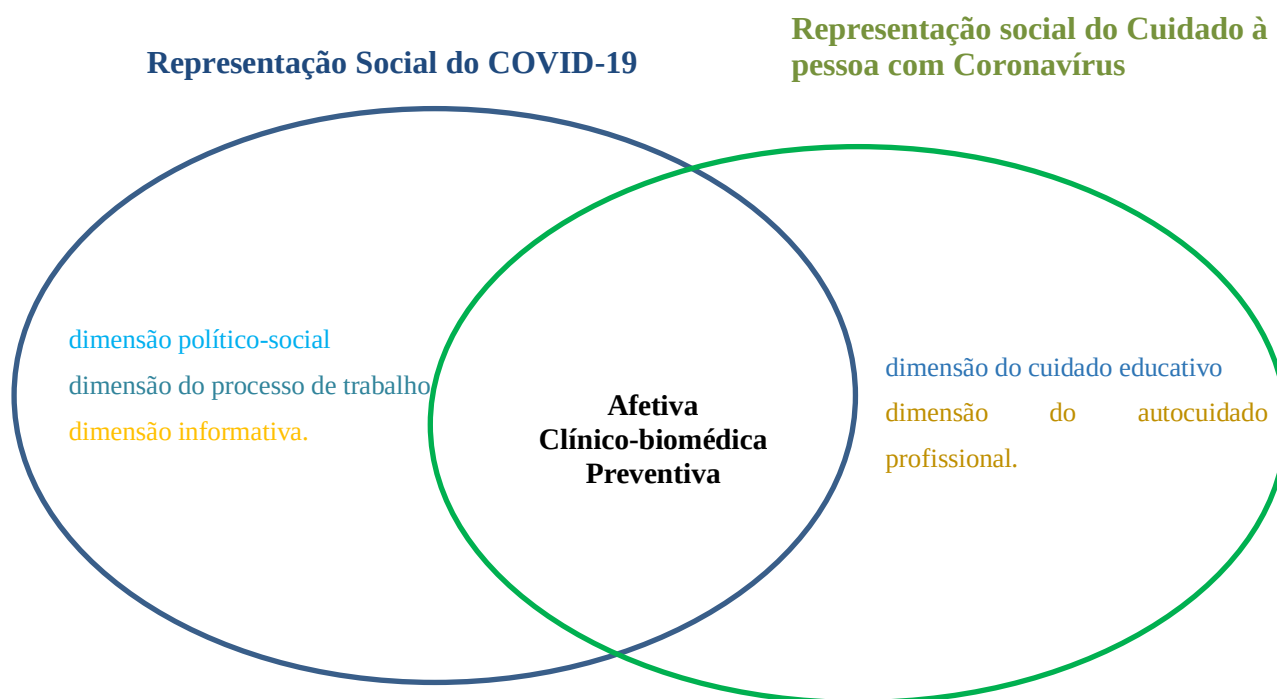
Diante da análise dimensional, a representação da COVID-19 apresentou seis dimensões representacionais distintas, enquanto a representação do cuidado apresenta cinco dimensões. A representação da COVID-19 possui seis dimensões representacionais, sendo estas atreladas aos sentimentos relacionados à COVID-19, bem como seus desdobramentos físico-patológicos e os meios de prevenção. São destacadas, ainda, as questões políticas, sociais e econômicas frente à nova doença, além de ser marcada pela disseminação das informações associadas à pandemia.

Já a representação do cuidado à pessoa com coronavírus possui cinco dimensões representacionais, caracterizadas como psico-relacional, biomédica, preventiva, educativa e autocuidado. Essas dimensões refletem a característica pragmática da representação, uma vez que está ligada aos comportamentos assumidos frente ao cuidado.

As dimensões foram classificadas de acordo com o campo semântico das palavras de cada quadrante. Vale destacar que três dimensões possuem aproximação às características atreladas a ela, sendo a afetiva e psico-relacional ligadas aos sentimentos despertados diante dos objetos, a clínico-biomédica, relacionada às questões fisiológicas e biológicas da doença; e a dimensão preventiva, remetendo o significado de prevenção em relação a doença.

A figura 2 mostra as relações entre as dimensões representacionais.

Figura 2 - Comparação das dimensões representacionais das representações sociais da COVID-19 e do Cuidado à pessoa com coronavírus para os profissionais na atenção primária. Valença-RJ, 2023.



Fonte: A autora, 2022.

Dessa maneira, pode-se refletir sobre as imagens e sobre as construções da representação social da COVID-19 e do cuidado que foram criadas a partir dos mesmos sentimentos, imagens e ações. A primeira dimensão característica das duas construções simbólicas se dá através dos sentimentos despertados em relação aos objetos representacionais. É possível perceber que carga afetiva é uma característica marcante de ambas as construções, o que reforça a ideia da COVID-19 como objeto sensível, visto a alta carga afetiva abarcada. Essas dimensões representacionais partem do universo consensual, uma vez que os sentimentos abarcados não estão necessariamente ligados à prática profissional, e sim ao cotidiano de vida.

Já a dimensão clínico biomédica e preventiva está ligada ao universo reificado, uma vez que os termos evocados estão mais próximos das práticas diárias dos profissionais de saúde e as bases teóricas orientadoras dessas práticas. O contexto clínico-biomédico apresenta-se como construção simbólica atrelada ao mundo profissional, à cultura das ciências biomédicas ali inseridas. A COVID-19, pela sua larga distribuição, se tornou uma doença

amplamente conhecida e discutida entre todos os grupos sociais, mas as discussões feitas as características epidemiológicas, de transmissão, sintomatologia, fisiopatologia, dentre outras, emanaram do campo da saúde.

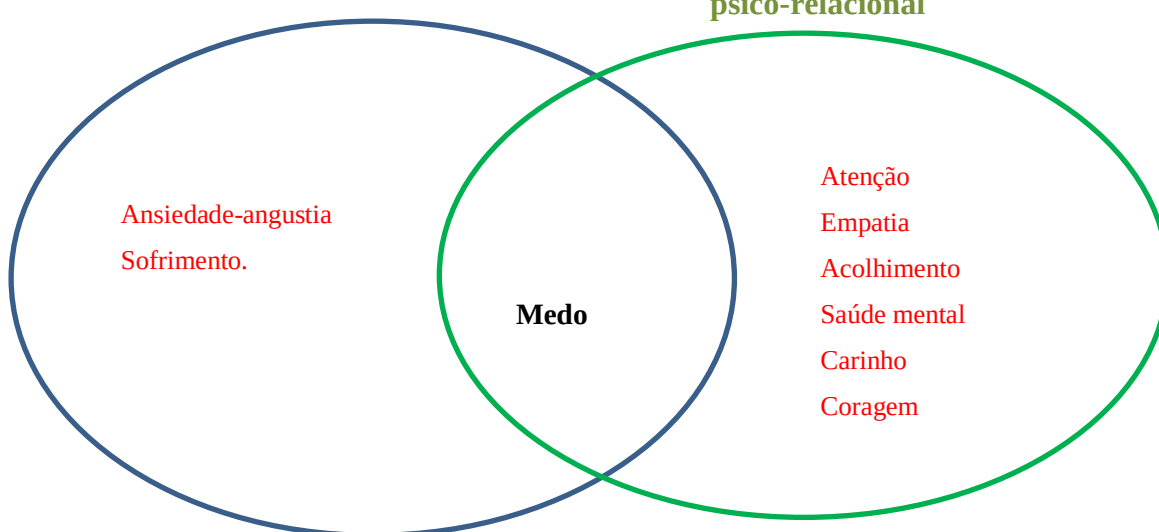
Pensar a COVID-19, além das questões sociais e econômicas, com o foco no vírus, no corpo humano e nos recursos disponíveis, são temas que se tornaram predominantes no estudo. Pensar a COVID-19 e o cuidado a ela associado nas suas características fisiológicas e patológicas foram construções simbólicas particulares no grupo social estudado, uma vez que essas representações apresentam características que as colocam entre o senso comum e o saber reificado ou científico, conforme proposto por Oliveira (2019).

Já a dimensão preventiva está ligada aos dois universos, com construções inerentes ao grupo e à sociedade como um todo. As medidas preventivas foram as palavras de maior número de evocações nas duas representações, o que nos mostra que tanto a COVID-19 quanto o cuidado foram bem atrelados às medidas tangíveis, as possibilidades concretas de luta contra a doença. É possível perceber que para esse grupo, a parte mais importante de toda construção está ligada à diminuição da contaminação, tornando a prevenção a imagem mais real destas. As palavras das dimensões citadas aparecem conforme figuras abaixo:

Figura 3 - Comparação das palavras evocadas das dimensões representacionais afetiva e psico-relacional das representações sociais da COVID-19 e do cuidado à pessoa com coronavírus para os profissionais na atenção primária. Valença-RJ, 2023.

**Representação Social do COVID-19:
Dimensão afetiva**

**Representação social do Cuidado à
pessoa com Coronavírus: Dimensão
psico-relacional**

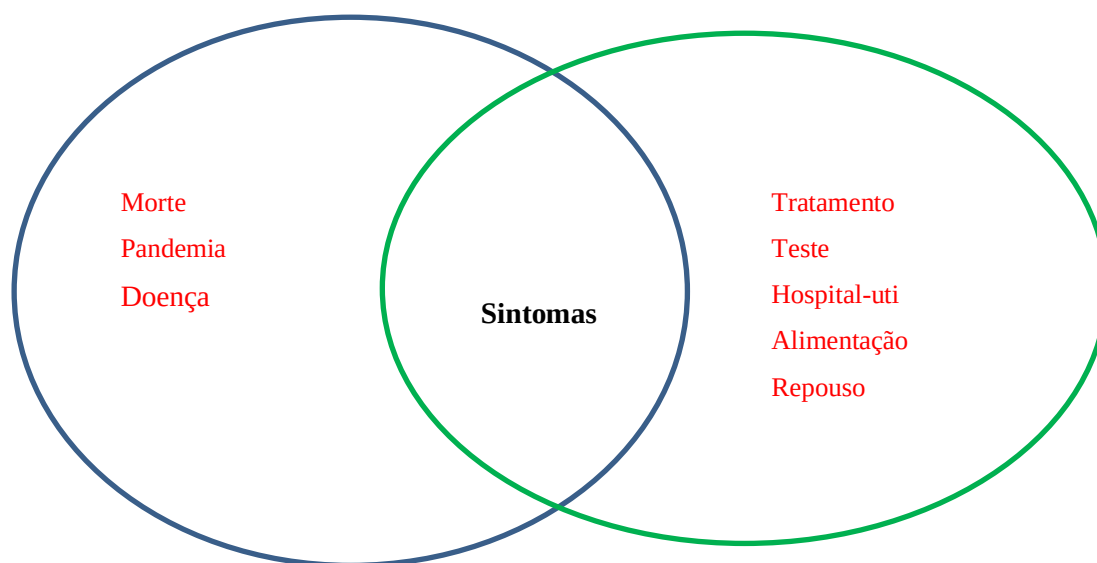


Fonte: A autora, 2022.

Figura 4 - Comparação das palavras evocadas nas dimensões representacionais clínico-biomédicas das representações sociais da COVID-19 e do Cuidado à pessoa com coronavírus para os profissionais na atenção primária. Valença-RJ, 2023.

**Representação Social do COVID-19:
Dimensão clínico-biomédica**

**Representação social do Cuidado à
pessoa com Coronavírus: Dimensão do
cuidado clínico-biomédico**

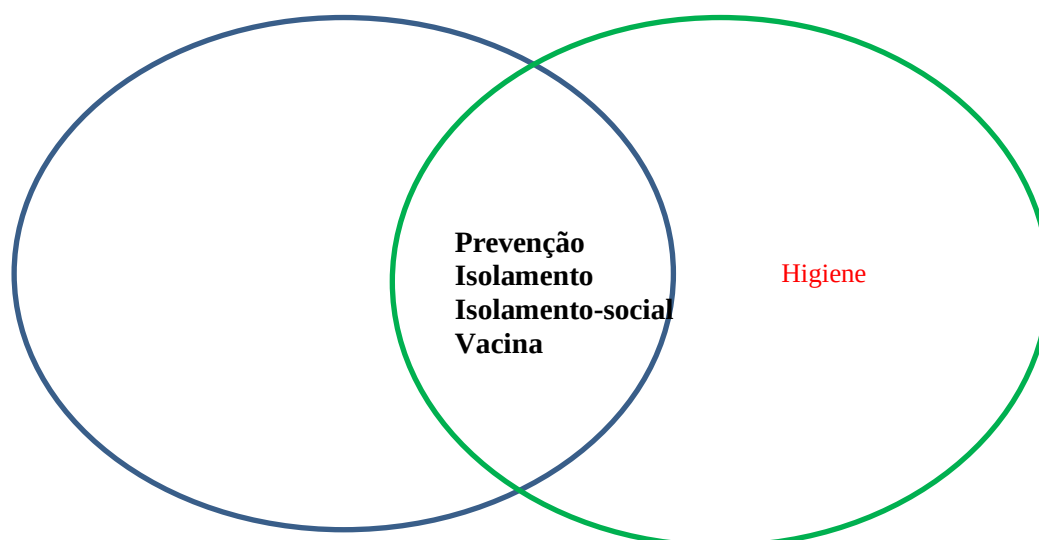


Fonte: A autora, 2022.

Figura 5 - Comparação das palavras evocadas nas dimensões representacionais preventivas das representações sociais da COVID-19 e do Cuidado à pessoa com coronavírus para os profissionais na atenção primária. Valença-RJ, 2023.

**Representação Social do COVID-19:
Dimensão preventiva**

**Representação social do Cuidado à
pessoa com Coronavírus: Dimensão do
cuidado preventivo**



Fonte: A autora, 2022.

A palavra *medo*, foi o termo afetivo comum às duas representações, nas duas dimensões representacionais. Podemos destacar dessa maneira o medo da COVID-19, da doença, da patologia; e o medo do cuidado, da contaminação de si e dos outros. O medo de lidar com o novo e não saber quais realidades virão a partir deste cuidado.

O léxico *sintoma* é o termo que aparece nas duas dimensões, o que confere a preocupação da resposta do organismo tanto atrelado à doença quanto ao cuidado. Podemos enfatizar primeiramente, sobre a ausência de tratamento, o que faz a sintomatologia o único guia para prestação de conforto aos pacientes. Além disso, é a partir dos sintomas que a doença é classificada de acordo com a sua gravidade, o que confere importância para entendimento do seu desfecho. Dessa maneira, o guia para as ações do processo de trabalho acontecia a medida da evolução ou involução dos sintomas.

É possível fazer a seguinte reflexão: para o diagnóstico da doença é necessário avaliação dos sintomas. Para realização do cuidado ao paciente, é necessário avaliar os sintomas. Para classificação de como será a linha de cuidado do paciente, precisa-se entender qual seu quadro clínico. Dessa maneira, qualquer conduta profissional depende, primeiramente, da resposta do organismo em relação ao vírus. Podemos destacar, que toda parte subjetiva e social da doença não foram desconsideradas neste estudo, porém essa relação mostra que o processo fisiopatológico era o primeiro determinante para classificação da doença e escolha do cuidado.

Esse aspecto está em alinhamento com o processo de acolhimento recomendado e desenvolvido pela PNAB. O acolhimento eficaz na AP se dá quando há avaliação de risco e vulnerabilidades. Primeiramente, avalia-se a parte biológica do paciente, ao verificar se ele possui algum risco à vida; posteriormente é avaliado as vulnerabilidades sociais, econômicas e psicológicas, com o intuito de não manter o paciente em sofrimento por um tempo prolongado (BRASIL, 2017). Dessa maneira, podemos elencar que a COVID-19, poderia causar um dano biológico de maneira repentina e com gravidade considerável, sendo a assistência rápida e segura a alternativa mais eficaz para controle do quadro clínico, tornando assim a avaliação biológica essencial nesse cenário.

Nas dimensões preventivas os termos comuns são: prevenção, isolamento, isolamento-social e vacina. Essas foram as dimensões com maior número de palavras comuns, o que confere que as medidas preventivas foram construídas a partir de ações concretas. A prevenção para a COVID-19 se torna importante pois era a única forma de regressão do cenário. E no cuidado, a percepção não está em caminho antagônico, uma vez que o cuidado sem a redução do número de contaminados não seria resolutivo. Apesar de não podermos

afirmar a centralidade dessas representações e nem considerar o grau de influência que estas despertam uma na outra, podemos considerar algumas pontuações dos dados analisados.

Ao capturar a representação da COVID-19 e do Cuidado à pessoa com coronavírus para os profissionais da atenção básica, podemos fazer as seguintes provocações: a COVID-19 está atrelada aos sentimentos despertados pela doença, pelas formas de regressão da doença e pelos apontamentos sociais, políticos e de processo de trabalho que ocorreram no desencadear da pandemia. A representação do cuidado está ligada ao autocuidado, às medidas preventivas e os cuidados relacionados à doença. Fazendo uma análise separada, podemos perceber dois enfoques de saúde, a pública e a individual.

A representação da COVID-19 é marcada pelas questões do desenvolvimento do trabalho, pelos sistemas e programas de saúde. Ela é condicionada aos aspectos da saúde pública, uma vez que o estado deveria tomar as posições de frente à doença. Todas as condutas e ações estariam condicionadas as medidas criadas pelo sistema, uma vez que ele precisa garantir o acesso à saúde em seu contexto biopsicossocial.

Já a representação do cuidado está mais ligada ao contexto do cuidado de saúde individual, uma vez que as ações e condutas estavam condicionadas à realidade de cada paciente, seja na sua esfera biológica ou social. Dessa maneira, o cuidado precisa acontecer centrado na pessoa, conforme diretriz da própria política da atenção básica. (BRASIL, 2017).

Para Moscovici (2003, p. 21) “as representações são sempre um produto da interação e comunicação e elas tomam sua forma e configuração específica a qualquer momento, como uma consequência do equilíbrio específico desses processos de influência social.” Diante disso, é possível perceber que os diálogos existentes entre a construção da representação social da COVID-19 e do cuidado inerentes a ela é um produto da conexão entre os profissionais de saúde no meio científico e social.

Desse modo, fazendo a relação entre as representações e analisando os termos evocados e o discurso dos participantes, podemos refletir sobre a aproximação conjunta com a saúde coletiva. A saúde coletiva engloba os condicionantes e determinantes em saúde, as políticas públicas e as ações de cuidado, por meio da promoção, prevenção, recuperação, tratamento e redução de danos. Podemos destacar que as ações relacionadas à saúde coletiva estão fortemente marcadas nas duas representações, com as ações do cuidado individual e coletivo. (BRASIL, 1988)

Essa relação está em conformidade com as políticas de saúde existentes e com o trabalho já desenvolvido na APS, antes do aparecimento da pandemia. Dessa maneira, vale a reflexão que a construção das representações aqui apresentadas está em consonância com as

ações desenvolvidas no dia a dia do profissional da atenção básica, sendo estas entrelaçadas nas atitudes, sentimentos e imagens construídas.

CONCLUSÃO

A COVID-19, doença que até 2019 era desconhecida, se tornou a mais popularizada e temida dos últimos anos. As consequências da pandemia podem ter gerado danos que irão permanecer ao longo dos anos. O cenário no qual esta doença se desenvolveu era, até então, nunca visto, vivenciado ou imaginado. Esta se tornou tema de debates e experiências em todas as populações e grupos sociais, em nível mundial. Vale ainda ressaltar que, no campo da saúde, este dimensionamento foi maior, por ser o setor que seria diretamente impactado pelo novo cenário.

Os objetivos deste estudo foram cumpridos, uma vez que foram identificados as estruturas e os conteúdos das representações sociais da COVID-19 e do cuidado à pessoa com coronavírus entre os profissionais da atenção básica de uma cidade do interior do Rio de Janeiro, conforme demonstrado nos resultados. Por sua vez, adotou-se procedimento comparativo para demonstrar e discutir as relações estabelecidas entre as representações sociais da COVID-19 e das práticas de cuidado à pessoa com coronavírus. Dessa maneira, a compreensão da COVID-19 e do cuidado à pessoa com coronavírus se mostrou importante para entender como as ações de cuidados desenvolvidas e as percepções e imagens construídas em relação à doença condicionaram as ações de cuidado individual, coletivo e profissional. O estudo desenvolvido na atenção básica se mostrou importante, uma vez que ela é responsável pela RAS e coordena todo o cuidado no âmbito do SUS, sendo as ações desenvolvidas na APS refletidas nos demais níveis de assistência, especialmente em um período pandêmico.

Neste trabalho foi possível identificar os conteúdos e a organização das representações em relação aos dois objetos de pesquisa, em um município do interior, com uma população heterogênea e com um cenário assistencial distinto dos observados nos grandes centros metropolitanos. Foi possível observar elementos ligados aos afetos, às atitudes, aos conhecimentos e as imagens, sendo estes conectados nas práticas diárias nas quais o grupo está inserido.

A representação social da COVID-19 para os profissionais de saúde na atenção básica se mostra implicada por importante carga emocional negativa, sendo os sentimentos de medo, ansiedade e angústia despertados ao referenciar a doença, além de estar ligada com o contexto negativo relacionado das políticas de saúde e das práticas assistenciais.

Essa representação sugere a morte como o sentido mais evocado pelos participantes, o que mostra que esse desfecho da doença está fortemente marcado nesses profissionais. Além disso, a construção imagética do objeto se mostra implicada com a doença e nas consequências desta doença para a sociedade, com o termo pandemia no possível núcleo central da representação. Um outro aspecto a ser levantado é referente às práticas de prevenção presentes no contexto da doença. A ideia de combate à doença é muito referida e é revelada nos termos relativos à prevenção que aparecem nas duas periferias.

Essa idealização da prevenção como única medida concreta para combater a doença, mostra como o sistema periférico está conectando ao NC na realidade, apresentando características cotidianas e pragmáticas. Vale ressaltar que os profissionais de saúde estão inseridos no conhecimento científico, dessa maneira, as construções relacionadas à doença se concentram em explicações lógicas, criadas através de métodos científicos, mas não só.

Um outro ponto de ancoragem dessa representação encontra-se no campo do processo de trabalho, onde as dificuldades e conexões criadas estão associadas a realidade. A sobrecarga de trabalho, acompanhada do descaso e falta de gestão pública contribuíram para que o cenário da pandemia exacerbasse a crise econômica-social estabelecida. O campo da saúde pública, de forma geral, sofre com a falta de apoio e recursos, e durante a pandemia esse abandono foi ainda maior.

Vale ainda destacar a disseminação de informações que a COVID-19 trouxe, sendo as informações sem cunho científico prejudiciais para o bom desenvolvimento do processo de trabalho e condutas dos profissionais, mas nem eles ficaram imunes a elas. Diante dos aspectos pontuados, a representação da COVID-19 se mostrou abarcada pelos conhecimentos científicos inerentes a profissão, bem como pelos sentimentos criados no campo de trabalho e na vida cotidiana, além de ser marcada pela imagem de abandono referente ao Sistema Único de Saúde.

A representação social do cuidado à pessoa com coronavírus para os profissionais da atenção básica está marcada pelas características de autocuidado e cuidado individual. O possível NC da representação possui a maioria das palavras ligadas ao contexto da autoproteção, o que remete a ideia de que para cuidar de alguém é necessário se cuidar antes. Além disso, está em conformidade com as regulamentações da prestação de serviços à saúde nas quais o profissional só pode cuidar se este ato não oferecer riscos à sua integridade física ou mental.

Apresentado isto, pode-se ainda salientar que a representação do cuidado se apresenta em ações cíclicas, uma vez que as medidas preventivas de forma geral são marcadas nas

periferias da representação analisada. Dessa maneira, a ideia desse cuidado acontece primeiro no autocuidado profissional, depois no cuidado geral, visando a proteção de toda a população, seguido pelo cuidado individual.

Ao considerar o cuidado individual, as palavras encontradas se mostram relacionadas aos cuidados biomédicos gerais e de acordo com a sintomatologia apresentada. Nos cuidados gerais, as palavras alimentação e repouso são evocadas pelos participantes, o que mostra as condutas no âmbito na qualidade de vida, uma vez que a COVID-19 não possui tratamento específico.

A representação do cuidado também é marcada pelos sentimentos despertados, sejam relacionados ao profissional, ou relacionados aos pacientes. Os sentimentos negativos despertados estão ligados à doença, e os positivos relacionados ao cuidado, ao envolvimento com o paciente. Pode-se destacar, ainda, a questão do excesso de informação e informações falsas que atingiram os pacientes e pela necessidade de orientação precisa, clara e confiável que estes precisavam receber.

Dessa maneira, pode-se destacar que a representação social da COVID-19, apesar de carregada de conteúdos afetivos, está configurada no profissional inserido na rede de atenção, no sistema de saúde; enquanto a representação do cuidado mostra o profissional enquanto cuidador único de cada paciente, respeitando suas individualidades.

A representação social é uma “modalidade de conhecimento que pressupõe uma prática, ou seja, possui a função de elaboração de comportamentos e a comunicação entre os indivíduos” (MOSCOVICI, 2012, p. 54). Seus elementos são expressos em um conjunto de informações, crenças, valores e atitudes acerca de um objeto social, sendo organizadas, estruturadas e constituídas num sistema sociocognitivo particular (ABRIC, 2001).

Este estudo possibilitou entender o que a COVID-19 e o cuidado a ela associado representam, além de compreender o significado desses objetos conforme construído pelos profissionais de saúde, bem como identificar conhecimentos, atitudes, práticas, sentimentos e imagens construídas. Foi possível perceber o que esses objetos representam, seu papel na sociedade e sua ancoragem na prática diária, trazendo as provocações necessárias para o entendimento das suas relações.

As limitações deste estudo podem ser sintetizadas no fato da pesquisa abarcar profissionais de uma região menos populosa, no fato da coleta de dados ter acontecido após o início da vacinação, não se podendo fazer a comparação entre os dois momentos; e no fato de alguns profissionais ter pouco tempo de experiência no contexto da APS, sendo suas memórias em relação ao trabalho antes da pandemia escassas.

Ressalta-se a importância de realizar novos estudos para entender mais intrinsecamente essas representações, utilizando outros métodos de estudo, além de ampliação da amostra com profissionais de saúde dos outros pontos da rede, como na atenção secundária e terciária.

REFERÊNCIAS

ABRASCO, et al. **Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia da COVID-19**. 1ed. [internet]. Disponível em: https://frentepelavida.org.br/uploads/documentos/PEP-COVID-19_v3_01_12_20.pdf . Acesso em: 28 ago. 2022.

ABRIC, J. C. *Coopération, compétition et représentations sociales*. Cousset: DelVal, 1987

ABRIC, J. C. Central system, peripheral system: their functions and roles in the dynamics of social representations. **Papers on Social Representations**, v. 2. n.2, p. 75-78, 1993.

ABRIC, J. C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Org.). **Estudos interdisciplinares em representação social**. 2. ed. Goiânia: AB Editora, p. 27-38, 1998, 2000.

ABRIC, J. C. Abordagem estrutural das representações sociais: desenvolvimentos recentes. In: Campos, P. H. F.; Loureiro, M. C. S. *Representações Sociais e Práticas Educativas*. Goiânia: UCG. p. 35- 56, 2003.

ABRIC, J. C. O estudo experimental das representações sociais. In: JODELET, D. (Org.). *As representações sociais*. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2001.

ABRIC, J. C. *Pratiques sociales et représentations*. Paris, Presses Universitaires de France, 1994. apud OLIVEIRA, D. C. *Representações sociais e práticas cotidianas: a busca de definição*. In: . **A promoção da saúde da criança: análise das práticas cotidianas através do estudo das representações sociais**. 1996. 366 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996. p. 27-40.

ACIOLI et al. Práticas de cuidado: o papel do enfermeiro na atenção básica [Nurses' workwithchildrenwithcancer: palliativecare]. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 22, n. 5, p. 637-642, 2014.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Anvisa aprova venda do medicamento Paxlovid em farmácias [in].2022. Disponível: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2022/anvisa-aprova-venda-do-medicamento-paxlovid-em-farmacias>

ALMEIDA, A.M.; SANTOS, M.F.S.; TRINDADE, Z.A. Representações e práticas sociais: contribuições teóricas e dificuldades metodológicas. **Temas em Psicologia da Sociedade Brasileira de Psicologia**, Brasil, v. 8, n. 3, p.257-267, 24 jul. 2002.

ALMEIDA, C., LUCHMANN, L. E MARTELLI, C., 2020. A pandemia e seus impactos no Brasil. **Revisão do Atlântico Médio de Estudos Latino-Americanos**, 4(1), pp.20–25. DOI: <http://doi.org/10.23870/marlas.313>

ALMEIDA, R.M.F.; ANTUNES, L.M.S.; BARROS, F.M.; SILVA, R.C.COVID-19: um novo fenômeno de representações sociais para a equipe de enfermagem na terapia intensiva. **Escola Anna Nery**, [S.L.], v. 25, n. , p. 1-7, 2021. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0118>

ALMEIDA, C. M. T.; ESCOLA, J. J.; RODRIGUES, V. M. da C. P. A evolução dos cuidados de saúde: dos cuidados arcaicos aos cuidados altamente científicos. **História da Ciência e Ensino: construindo interfaces**, v. 20, p. 39-51, 2019.

ANÉAS, T.V; AYRES, J.R.C.M. Significados e sentidos das práticas de saúde: a ontologia fundamental e a reconstrução do cuidado em saúde. **Interface** (Botucatu, Online) 2011; 15:651-62.

ANDRADE et al. Movimento antivacina: Uma ameaça real. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Ano 06, Ed. 03, Vol. 02, pp. 72-79. Março de 2021. ISSN: 2448-0959.

Disponível: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/ameaca-real>, DOI: 10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/saude/ameaca-real

APOSTOLIDIS, T.; SANTOS, F. S.; KALAMPALIKIS, N. Society against COVID-19: challenges for the socio-genetic point of view of social representations. **PSR** [Internet]. v. 29, n. 2, p.3.1-3.14. 2020. Disponível em: <https://psr.iscte-iul.pt/index.php/PSR/article/view/551/470>. Acesso em: 28 mar 2022.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA (AMB) Associação Médica Brasileira diz que uso de cloroquina e outros remédios sem eficácia contra Covid-19 deve ser banido. [in]. 8/2021 <https://amb.org.br/noticias/associacao-medica-brasileira-diz-que-uso-de-cloroquina-e-outros-remedios-sem-eficacia-contr-covid-19-deve-ser-banido/>

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface Comunic. Saúde Educ.**, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 73-92, set.2003-fev.2004.

BACKES, D. S; SOUZA, F. G. M.; MELLO, A. L. S. F.; ERDMANN, A. L. et al. Concepções de cuidado: uma análise das teses apresentadas para o programa de pósgraduação em enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 15, 2006.

BÄCKSTRÖM, B. Saúde e doença enquanto construções sociais: a questão das incapacidades e das desigualdades em saúde. 2016

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2016. GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999. 206p.

BERTONI, L. M.; GALINKIN, A. L. Teoria e métodos em representações sociais. In: MORORÓ, L. P., COUTO, M. E. S.,; ASSIS, R. A. M., orgs. **Notas teórico-metodológicas de pesquisas em educação: concepções e trajetórias** [online]. Ilhéus, BA: EDITUS, 2017, pp. 101-122. ISBN: 978-85- 7455-493-8. Disponível em:doi10.7476/9788574554938.005. Also available in ePUB from: <http://books.scielo.org/id/yjxdq/epub/mororo-9788574554938.epub>.

BEZERRA, A, Silva, C.E.M, Soares, F.R.G, Silva, J.A.M. Fatores associados ao comportamento da população durante o isolamento social na pandemia de COVID-19. Cien Saude Colet **[periódico na internet]** (2020/Abr). [Citado em 02/05/2023]. **Está disponível em:** <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/fatores-associados-ao-comportamento-da-populacao-durante-o-isolamento-social-na-pandemia-de-covid19/17551?id=17551>

BÔAS, Villas; SANTISO, Lúcia Pintor. Uma abordagem da historicidade das representações sociais. **Cadernos de Pesquisa**, v. 40, p. 379-405, 2010.

BOHES, A.E.; PATRICIO, Z.M. O que é este "cuidar/cuidado"? uma abordagem inicial. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, 24(1):111-116, abr. 1990.

BOFF, L. O cuidado essencial: princípio de um novo ethos. **Inclusão Social**, v. 1, n. 1, 2005. Disponível em: <http://hdl.handle.net/20.500.11959/brapci/100558>. Acesso em: 25 ago. 2022

BORGES, et al. Reflexões sobre enfermagem pós Florence. **Revista Mineira de Enfermagem** 4 (1/2), p. 77- 82. 2000.

BOUSADA, G. M; PEREIRA, E. L. Produção de vacinas virais Parte I: Engenharia de bioprocessos. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 15, n. 1, p. 309-332, 2017.

BOUSQUAT, A. et al. Pandemia de covid-19: o SUS mais necessário do que nunca. **Revista USP**, [S. l.], v. 1, n. 128, p. 13-26, 2021. DOI: 10.11606/issn.2316-9036.i128p13-26. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/185393>. Acesso em: 4 abr. 2023.

BALDISSERA, Juliano Francisco et al. A percepção dos observatórios sociais sobre a qualidade, utilidade e suficiência da transparência pública dos municípios brasileiros. **Sociedade, Contabilidade e Gestão**, v. 14, n. 1, p. 113-134, 2019.

BAPTISTA, M da C. Conhecimento sobre as medidas de prevenção e controle contra infecções e a percepção de risco entre profissionais de saúde / Maurício da Costa Baptista. - Botucatu, 2022 Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu Orientador: Adriano Dias

BERTONI, L. M., GALINKIN, A. L. **Teoria e métodos em representações sociais**. In: MORORÓ, L. P., COUTO, M. E. S., and ASSIS, R. A. M., orgs. Notas teórico-metodológicas de pesquisas em educação: concepções e trajetórias [online]. Ilhéus, BA: EDITUS, 2017, pp. 101-122. ISBN: 978-85- 7455-493-8. Available from: doi: 10.7476/9788574554938.005. Also available in ePUB from: <http://books.scielo.org/id/yjxdq/epub/mororo-9788574554938.epub>

BRASIL. Até quando surgirão as novas variantes do Coronavírus? [in]. 2021. Disponível: <https://www.rondonia.fiocruz.br/entrevista-ate-quando-surgirao-novas-variantes-do-coronavirus/>

BRASIL. CNS pede que Ministério da Saúde retire publicações sobre tratamento precoce para Covid-19. Conselho Nacional de Saúde. 2021 [in] Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1570-cns-pede-que-ministerio-da-saude-retire-publicacoes-sobre-tratamento-precoce-para-covid-19>

BRASIL, Ministério da Saúde. **Protocolo de Manejo Clínico da COVID-19 na Atenção Especializada**. 2020 Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manejo_clinico_COVID-19_atencao_especializada.pdf Acesso em: 24 ago. 2022

BRASIL, Ministério da Saúde. **Brasil recebe primeiro lote de medicamento para tratamento da Covid-19**. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/setembro/brasil-recebe-primeiro-lote-de-medicamento-para-tratamento-da-covid-19>. Acesso em: 07 jan. 2022

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos** / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2009. 105p

BRASIL. **Lei 8080 de 19 de setembro de 1990**, Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 07 jan. 2023.

BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 set. 1990a. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). Covid 19: **Guia orientador para o enfrentamento da pandemia na Rede de Atenção à Saúde**. 4. ed. Brasília, 2021b. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/04/Covid-19_guia_orientador_4ed.pdf Acesso em: 29 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde; 1997

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 162 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35) ISBN 978-85-334-2114-1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 162 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância à Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. 108 p.: – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 13). Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_vigilancia_saude.pdf Acesso em: 07 jan.2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, **Secretaria de Atenção à Saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 108 p.: – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 13). Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_vigilancia_saude.pdf Acesso em: 07 jan.2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica. Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2020**. Vigilância Integrada de Síndromes Respiratórias Agudas. Doença pelo coronavírus 2019, influenza e outros vírus respiratórios. Brasil: Ministério da Saúde; 2021. Disponível em:
<file:///C:/Users/danie/Downloads/Guia%20de%20Vigil%C3%A2ncia%20Epidemiol%C3%B3gica%20Covid-19.pdf> Acesso em: 07 jan.2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. **Painel Coronavírus** [online]2022. Disponível em: < <https://covid.saude.gov.br/> > Acesso em 27dez. 2022

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria MTE nº 485, de 11 de novembro de 2005. **NR 32 – Segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde**. Diário Oficial [da] República F Diário Oficial [da] República Federativa do ederativa do Brasil, Brasília, DF, 16 no. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Covid-19 no Brasil**. 2021a. Disponível em:
 »https://susanalitico.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html Acesso em: 28 ago.2022.

BRASIL. Programa Nacional de Imunização (PNI).[in]2021. Disponível:
<https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/vacinas/pni>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019. Vigilância de Síndromes Respiratórias Agudas COVID-19. Brasília-DF. 05 de agosto 2020:58p. Disponível em: https://www.saude.gov.br/images/af_gvs_coronavirus_6ago20_ajustes-finais-2.pdf

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 07/2020 Orientações para Prevenção e Vigilância

Epidemiológica das Infecções por SARS-COV-2 (COVID-19) dentro dos serviços de saúde – Brasília-DF; 05/08/2020:50p. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/alertas/item/nota-tecnica-gvims-ggtes-anvisa-n-07-2021>

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Operacionalização da vacinação contra COVID-19. [Internet]. Brasília; 2020 [citado 2021 Mar. 09]. Disponível em from: https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/janeiro/25/planovacinaocaocovid_v2_25jan21.pdf.

BRASIL [Internet]. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Vacinômetro: CNS reúne informações sobre vacinação contra Covid-19 em cada estado no Brasil. [citado 2021 Mar. 02]. Disponível em from: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1653-vacinometro-cns-reune-informacoes-sobre-vacinacao-contracovid-19-em-cada-estado-no-brasil>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 52/2020-CGPNI/DEIDT/SVS/MS [Internet]. Brasil: Ministério da Saúde; 2020 [acessado em 8 mar. 2021]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2020/dezembro/10/11-sei_nota-reinfeccao.pdf
» https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2020/dezembro/10/11-sei_nota-reinfeccao.pdf

BÚ et al. Representações e ancoragens sociais do novo coronavírus e do tratamento da COVID-19 por brasileiros. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 37, 2020.

BUENO, FTC; SOUTO, EP; MATTA, GC. Notas sobre a Trajetória da Covid-19 no Brasil. **Book: Os impactos sociais da COVID-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia. Organizer: Matta GC, Rego S, Souto E, Segata J. Publisher: FioCruz**, v. 1, p. 27-40, 2021.

BUSTAMANTE, V; MCCALLUM, C. Cuidado e construção social da pessoa: contribuições para uma teoria geral. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 24, n. 3, p. 673-692, set. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312014000300002>.

CAMPOS, P.H.F. Editorial da seção - O estudo das relações entre práticas sociais e representações: retomando questões. **Psicologia e Saber Social**, [S.L.], v. 6, n. 1, p. 42-46, 3 out. 2017. Universidade de Estado do Rio de Janeiro. <http://dx.doi.org/10.12957/psi.saber.soc.2017.30664>.

CAMPOS OLIVEIRA, J. et al. saúde mental diante do cenário de pandemia covid-19, vivenciando pelos profissionais de enfermagem. **SaudColetiv (Barueri)[Internet]. 18º de janeiro de**, v. 12, n. 2, p. 9571-84, 2022.

CAPUCHO, H. C., múltiplas abordagens no cuidado continuado dos pacientes de covid-19, CONASS, 2021

CASTRO, J. L. de; PONTES, H. J. de C. A Importância do Trabalhadores da Saúde no Contexto COVID-19. 2021.

CECILIO, L.C.O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 15, n. 37, p. 589-599, jun. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-32832011000200021>.

CONASS. Práticas e Cuidado: **Revista de Saúde Coletiva**, Salvador, v.2, n.e11790, p.1-4, 2021, Brasília

COELHO E.A.C.; FONSECA R.M.G.S. Pensando o cuidado na relação dialética entre sujeitos sociais. **Rev Bras Enferm** 2005 mar-abr; 58(2):214-7.

COELHO, et al. Análise estrutural das representações sociais sobre COVID-19 entre enfermeiros assistenciais. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 30, 2021. See More

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM (COREN). **Enfermagem em números**. [in]. 2023. Disponível. <http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA (COFFITO). **Retrospectiva 2018**. [in] 2018. Disponível:
<https://coffito.gov.br/campanha/retrospectiva2018/#:~:text=Atualmente%2C%20existem%20mais%20de%20240,COFFITO%20como%20especialidade%20da%20Fisioterapia>

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Demográfica Médica**. [in]. 2023 Disponível: <https://demografia.cfm.org.br/dashboard/>

CONSELHO FEDERAL DE NUTRIÇÃO (CFN). **PERFIL DOS NUTRICIONISTAS NO BRASIL**. [IN] 2023. DISPONÍVEL: [HTTP://PESQUISA.CFN.ORG.BR/](http://pesquisa.cfn.org.br/)

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA (CFO). **Quantidade Geral de Profissionais e Entidades Ativas**. [in] Disponível:
<https://website.cfo.org.br/estatisticas/quantidade-geral-de-entidades-e-profissionais-ativos/>

CONSELHO FEDERAL DO SERVIÇO SOCIAL (CFSS). **Dia do Assistente Social**. [in]. 2023
Disponível:<http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1989#:~:text=Nossa%20categoria%2C%20em%20sua%20maioria,dos%20servi%C3%A7os%20prestados%20%C3%A0%20popula%C3%A7%C3%A3o>.

COSTA, E. F. et al. Representações sociais do Coronavírus no Brasil: primeiros meses da pandemia. **Estud. psicol.** (Natal), Natal, v. 25, n. 2, pág. 144-156, jun. 2020. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2020000200005&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 04 maio 2023.
<http://dx.doi.org/10.22491/1678-4669.20200015>.

CREPALDI, M. A., SCHMIDT, B., NOAL, D. S., BOLZE, S. D. A. GABARRA, L. M. Terminalidade, morte e luto na pandemia de COVID-19: demandas psicológicas emergentes e implicações práticas. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, 37, e200090. 2020. Disponível: <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200090>

CRUZ, M.C.C. O conceito de Cuidado á Saúde. 150 f. il. 2009. Dissertação (Mestrado). Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

DANTAS, A.V.2020 “Coronavírus, o pedagogo da catástrofe: lições sobre o SUS e a relação entre público e privado.”Trabalho, **Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, 18 (3), e00281113. DOI: 10.1590/1981-7746-

DARÍO P.; JUAN A. P. Representações sociais da COVID-19. **International Journal of Social Psychology**, 35:3, 600-610,2020. <https://doi.org/10.1080/02134748.2020.1783852>

DELUMEAU, J. **História do medo no ocidente**: 1300-1800, uma cidade sitiada. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

DOISE, Willem. Atitudes e representações sociais. **As representações sociais**, p. 187-203, 2001.

DOMINGUES, C. M. A. S. Desafios para a realização da campanha de vacinação contra a COVID-19 no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, 2021.

ENGSTROM E.; MELO E.; GIOVANELLA L.; MENDES A.; GRABOIS V.; MENDONÇA, M.H.M. Recomendações para a organização da Atenção Primária à Saúde no SUS no enfrentamento da Covid-19. Rio de Janeiro: **Observatório Covid-19 da Fiocruz**, maio 2020. [Série Linha de Cuidado Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde]. 9.

ESTADO DO CEARÁ. Secretaria de Saúde. Escola de Saúde Pública do Ceará. **Cartilha sobre estigma e preconceito na Covid-19. Saúde Mental e a pandemia de Covid-19**. Vol. 2. sl. sd. Disponível em <<https://coronavirus.ceara.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/Vol.-2-Estigma-e-Preconceito-04.06.pdf>>. Acesso em 13 Jan. 2023.

FALAVIGNA, M.; COLPANI, V.; STEIN, C.; AZEVEDO, L.C.P.; BAGATTINI, A.M.; BRITO, G.V.; CHATKIN, J.M.; CIMERMAN, S.; CORRADI, M.F.; CUNHA, Clovis Arns da. Guidelines for thepharmacologicaltreatmentof COVID-19. The task force/consensus guidelineoftheBrazilianAssociationofIntensiveCare Medicine, theBrazilian Society ofInfectiousDiseasesandtheBrazilian Society ofPulmonologyandTisiology. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, [S.L.], v. 32, n. 2, p. 166-196, maio 2020. Contínuo. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-507x.20200039>.

FARO, A.; BAHIANO, M.A.; NAKANO, T.C.; REIS, C.; SILVA, B.F.P.; VITTI, L. S. COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, [S.L.], v. 37, p. 1-41, 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0275202037e200074>.

FÉLIX, L.B.; ANDRADE, D.A.; RIBEIRO, F.S.; CORREIA, C.G.; SANTOS, M.F.S. O conceito de Sistemas de Representações Sociais na produção nacional e internacional: uma pesquisa bibliográfica. **Psicologia e Saber Social**, [S.L.], v. 5, n. 2, p. 198-217, 30 dez. 2016.

Contínuo. Universidade de Estado do Rio de Janeiro.
<http://dx.doi.org/10.12957/psi.saber.soc.2016.20417>.

FERNANDEZ, M. V.; Castro, D. M.; Fernandes, L. M. M.; Alves, I. C **APS em Revista** Vol. 2, n. 2, p. 114-121| Junho–2020ISSN 2596-3317 –DOI 10.14295/aps.v2i2.84

FERREIRA, A. V. **Representações Sociais e evasão em espaços educacionais não escolares**. Curitiba: CRV, 2016

FIDÉLIX, A. P. F.; CAMPOS. E. A. Significados sobre a Covid-19 e práticas de cuidado em saúde de idosos em tempos de pandemia. Trabalho apresentado na 32ª **Reunião Brasileira de Antropologia**. Realizada entre os dias 30 de outubro e 06 de novembro de 2020. Disponível em: Significados sobre a Covid-19 e práticas de cuidado em saúde de idosos em tempos de pandemia_RBA32 (1).pdf . Acesso em: 30 mar. 2022.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila

FONTES C.A.S.; ALVIM N.A.T. Cuidado humano de enfermagem: a cliente com câncer sustentado na prática dialógica da enfermeira. **Revenferm UERJ**. 2008; 16: 193-9.

FONTES et al. Fatores determinantes de conhecimentos, atitudes e práticas em DST/Aids e hepatites virais, entre jovens de 18 a 29 anos, no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 22, n. 4, p.1343-1352, abr. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017224.12852015>.

FONTES, RB; SILVA SEGUNDO, GS. Enfrentar a COVID-19: desafios políticos e sociais do Estado nos primeiros meses da pandemia. **Latitude**, v. 14, n. 2, p. 135-160, 2020.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ. Campus virtual. Módulo I. **Introdução ao Novo Coronavírus. Manejo da Infecção causada pelo Novo Coronavírus**. Disponível em: <<https://mooc.campusvirtual.fiocruz.br/rea/coronavirus/modulo1/aula2.html>>. Acesso em: 25 nov. 2022

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Cinco dias de fúria: Revolta da Vacina envolveu muito mais do que insatisfação com a vacinação [in].2022

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ), BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia Covid. Recomendações para gestores** 2020 Rio de Janeiro, Brasília: Fiocruz, MS; 2020. Disponível em: <http://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/Sa%C3%BAdede-Mental> Acesso em: 20 ago. 2022.

GARCIA, L P; DUARTE, E. Intervenções não farmacológicas para o enfrentamento à epidemia da COVID-19 no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, 2020.

GERHARDT, T.E.; Silveira, D.T. **Métodos de Pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GIOVANELLA et al. Negacionismo, desdém e mortes: notas sobre a atuação criminosa do governo federal brasileiro no enfrentamento da Covid-19. **Saúde em debate**, v. 44, p. 895-901, 2020.

GRASSELLI G. et al. Características iniciais e resultados de 1.591 pacientes infectados com SARS-CoV-2 admitidos em UTIs da região da Lombardia, Itália. *JAMA*. ;323(16):1574–1581. 2020

GRIEP et al. Percepção de risco de adoecimento por COVID-19 entre trabalhadores de unidades de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 47, 2022.

GRIFFITH R. Using public health law to contain the spread of Covid-19. **Br J Nurs**. 2020;29(5):326-7. <https://doi.org/10.12968/bjon.2020.29.5.326>

GRISOTTI, M., GRANADA, D., DETONI, P. P., OLIVEIRA, M. C., and DIEHL, E. E. A morte contaminada: a experiência da morte por Covid-19 na perspectiva de profissionais da saúde. In: PORTELA, M. C., REIS, L. G. C., and LIMA, S. M. L., eds. Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz, Editora Fiocruz, 2022, pp. 309-319. Informação para ação na Covid-19 series. ISBN: 978-65-5708-123-5. <https://doi.org/10.7476/9786557081587.0021>

GOLEMAN, D. O Poder da Inteligência Emocional: como liderar com sensibilidade e eficiência / Daniel Goleman, Richard Boyatzis e Annie McKee; tradução Berilo Vargas. – 1ª ed. – Rio de Janeiro: Objetiva, 2018.

GOMES, A.M.T.; OLIVEIRA, D.C.; SÁ, A.C. A enfermagem no Sistema Único de Saúde (SUS): repensando os princípios e conceitos de sustentação da saúde no Brasil. **Psicologia: Teoria e Prática**, Rio de Janeiro, v. 9, n.2, p. 109-125, 2007.

GOMES, A. M. T.; OLIVEIRA, D. C. O processo de coleta e análise dos conteúdos e da estrutura das representações sociais: desafios e princípios para a enfermagem. In: LACERDA, M. R.; COSTENARO, R. G. S. **Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde**: da teoria à prática. Porto Alegre: Moriá, 2015.

GUTIERREZ B.A.O.; CIAMPONE M.H.T. Profissionais de Enfermagem Frente ao Processo de Morte em Unidade de Terapia Intensiva. **Acta paul enferm**. 2006;19(4):456-461.

HARZHEIM, E., et al. Ações federais para apoio e fortalecimento local no combate ao COVID-19: a Atenção Primária à Saúde (APS) no assento do condutor. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2020, vol. 25, suppl. 1, pp. 2493-2497, ISSN: 1678-4561 [viewed 24 June 2020]. DOI: 10.1590/1413-81232020256.1.11492020.

HERZLICH, C. Saúde e doença no início do século XXI: entre a experiência privada e a esfera pública. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 14, p. 383-394, 2004.

HORTA, R.S.; et al. “Pegar” ou “passar”: medos entre profissionais da linha de frente da covid-19. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, [S.L.], v. 71, n. 1, p. 24-31, mar. 2022. FapUNIFESP (SciELO).

HUMEREZ, D. C.; OHL, R. I. B; DA SILVA, M. C. N. Saúde mental dos profissionais de enfermagem do Brasil no contexto da pandemia Covid-19: ação do Conselho Federal de Enfermagem. **Cogitare enfermagem**, v. 25, 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Brasileiro de 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades e Estados**. 2021. Disponível: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rj/valenca.html>

JACQUES et al. Uso de máscara durante a pandemia de COVID-19 no Brasil: resultados do estudo EPICOVID19-BR. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, p. e00271921, 2022.

JODELET, D. Fou et folie dans un milieu rural français. In: W. Doise & A. Palmonari (Orgs.). *L'étude des représentations sociales*. Paris: Delachaux & Niestlé, 1986.

JODELLET, D. Olhares sobre as metodologias qualitativas. **Les méthodes des sciences humaines**. Paris: PUF, p. 139-162, 2003.

JODELET, D. **Representações sociais: um domínio em expansão**. In: 2001.

JODELET, D. (org.). *As representações sociais*. Rio de Janeiro: EDUERJ, p. 17- 44.

JODELET, D. Representação social: um domínio em expansão. In: _____. (Org.) **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EDERJ, 2001. p. 17-44.

JODELET, D. O movimento de retorno ao sujeito e a abordagem das representações sociais. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 679-712, set./dez. 2009.

JODELET, D. Representações sociais na comunidade científica brasileira. *Temas em psicologia*, v. 19, n. 1, p. 19-26. 2011.

JODELET, D.: Représentations sociales: un domaine en expansion. In D. Jodelet (Ed.) *Les représentations sociales*. Paris: PUF, 1989, pp. 31-61.

JODELET, D. A representação: noção transversal, ferramenta da transdisciplinaridade. *Cadernos de Pesquisa*, v.46, n.162 p.1258-1271 out./dez. 2016.

JODELET, D. Ciências sociais e representações: estudo dos fenômenos representativos e processos sociais, do local ao global. **Sociedade e Estado**, v. 33, n. 2, p. 423-442, maio/ago, 2018.

KRETZLER, M. K. L.; TOSTA, K. C. B. T.; BONATTO, M. C.; SCHMALFUSS, J. M. Impactos da pandemia do coronavírus (covid-19) no trabalho em home office e maternidade: percepção das mães do oeste catarinense. **Inclusão Social**, v. 14, n. 1, 2022. Disponível em: <http://hdl.handle.net/20.500.11959/brapci/193926>. Acesso em: 25 ago. 2022.

LACERDA, J.P.R et al. Relação entre o medo do COVID-19 e a sobrecarga física e mental de profissionais de saúde em atendimento contínuo de pacientes durante a pandemia de COVID-19. **Hu Revista**, [S.L.], v. 48, p. 1-8, 24 jun. 2022. Universidade Federal de Juiz de Fora. <http://dx.doi.org/10.34019/1982-8047.2022.v48.36671>

LANG, C. E; BARBOSA, J F; CASELLI, F. R. B. Subjetividade, corpo e contemporaneidade. **Anais do XV Encontro Nacional da Associação Brasileira de Psicologia Social-ABRAPSO**, Maceió, p. 236-244, 2009.

LUDWIG et al. Pandemia de COVID-19: percepção de profissionais de saúde sobre o atendimento veiculado na mídia televisiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, 2021.

MACHADO et al. Perfil e condições de trabalho dos profissionais da saúde em tempos de covid-19: a realidade brasileira. **Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz, Editora Fiocruz**, p. 283-295, 2022.8

MACHADO, M. H. et al. Perfil e condições de trabalho dos profissionais da saúde em tempos de covid-19: a realidade brasileira. **Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz, Editora Fiocruz**, p. 283-295, 2022.8

MACHADO, T. M. G. Estudo de prevenção e controle da COVID-19: percepção e práticas no cotidiano das orientações médico-científicas adotadas pelos trabalhadores da saúde da Atenção Primária à Saúde no município de São Luís. 2022. 88 f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Rede em Saúde da Família/CCBS) - Universidade Federal do Maranhão, São Luís.

MAGNO, L.I.;et al. Desafios e propostas para ampliação da testagem e diagnóstico para COVID-19 no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 25, n. 9, p. 3355-3364, set. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020259.17812020>.

MARCONDES, D. **Iniciação à História de Filosofia**. Dos Pré-socráticos a Wittgenstein. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002. 7ª Edição

MARQUES, R.C.; SILVEIRA, A.J.T; PIMENTA, D.N. A pandemia de COVID-19: interseções e desafios para a história da saúde e do tempo presente. In: REIS, Tiago Siqueira *et al* (Orgs). **Coleção história do tempo presente: Volume III**. 3ed. Roraima: Editora UFRR, 2020, v. 3, 314 p. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/a-pandemia-de-covid-19_intersecoes-e-desafios-para-a-historia-da-saude-e-do-tempo-presente.pdf Acesso em: 30 mar. 2022.

MATTA, G.C., REGO, S., SOUTO, E.P., SEGATA, J. Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid 19; Editora FIOCRUZ, 2021, 221 p. Informação para ação na Covid-19 series. ISBN: 978-65-5708-032-0. <https://doi.org/10.7476/9786557080320>.

MAZZOTTI, A. J. A. A abordagem estrutural das representações sociais. *Psicologia da Educação*, (14/15), 17-37. 2002.

MOREIRA, Laísa Rodrigues; DUMITH, Samuel Carvalho; PALUDO, Simone dos Santos. Uso de preservativos na última relação sexual entre universitários: quantos usam e quem são? **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 23, n. 4, p.1255-1266, abr. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018234.16492016>

MORAIS, Emannuel Paullino Sousa. Estudo de prevenção e controle da COVID-19: percepção e práticas do cotidiano das orientações médico-científicas pela população de um território de abrangência da Atenção Primária à Saúde no município de Zé Doca, Estado do Maranhão. 2022. 61 f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Rede em Saúde da Família/CCBS) - Universidade Federal do Maranhão, São Luís.

MOREL, A. P. M. Negacionismo da Covid-19 e educação popular em saúde: para além da necropolítica. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 19, 2021, e00315147. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00315

MEDEIROS E.A. A luta dos profissionais de saúde no enfrentamento da COVID-19. **Acta Paul Enferm.** 2020;33:e-EDT20200003 DOI:<http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2020EDT0003>
Medical Resources in the Time of Covid-19

MEDRONHO R.; BLOCH K.V.; LUIZ R.R.; WERNECK G.L. (eds.). **Epidemiologia**. Atheneu, São Paulo, 2009, 2ª Edição

MÉLO E. E. B; MAIA, L. de S. L. As representações profissionais e suas especificidades teóricas: uma ferramenta de análise das práticas profissionais. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 26, n. 2, p. 139-147, 2021. Disponível: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epsic/v26n2/a03v26n2.pdf>

MERHY, E. E.; CECILIO, L. C. O. Algumas reflexões sobre o singular processo de coordenação dos hospitais. Campinas, 2002. 13 p. Disponível em: Acesso em: 8 maio 2022.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, M.C.S.; FREIRE, N.P. Pandemia exacerba desigualdades na Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 25, n. 9, p. 3555-3556, set. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020259.13742020>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Ministério da Saúde lança serviço de combate à Fake News [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [citado 2020 jul9]. Disponível em:

<https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/44139-ministerio-da-saude-lanca-servico-de-combate-a-fake-news> Acesso em: 04 jan.2022.

MÓNICO, L.; PAIVA, T.; ALVES, L. (Org.). **Análise das Representações Sociais e do Impacto da Aquisição de Competências em Empreendedorismo nos Estudantes do Ensino Superior Politécnico**. Guarda: Portugal, 2018, v. 1, p. 167-214.

MOREIRA W.C.; SOUSA A.R.; NÓBREGA M.P.S.S. Adoecimento mental na população geral e em profissionais de saúde durante a COVID-19: scoping review. **Texto Contexto Enferm** [Internet]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0215> Acesso em: 04 jan.2022.

MOREIRA, A. S. P; OLIVEIRA, D. C. (Org.). **Estudos interdisciplinares de Representações Sociais**. 2. ed. Goiânia: AB, 2000. p. 39-46.

MORI, V D; REY, F G. A saúde como processo subjetivo: uma reflexão necessária. **Psicologia: teoria e prática**, v. 14, n. 3, p. 140-152, 2012.

MOSCOVICI, Serge. A psicanálise, sua imagem e seu público. Petrópolis: Vozes, 2012.

MOSCOVICI, Serge. Representações sociais: investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes, 2013.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social** (P. A. Guareschi, trad.). Petrópolis, RJ: Vozes (Trabalho original publicado em 2000).2003.

MOSCOVICI, S. **O fenômeno das representações sociais**. In S. Moscovici. **Representações Sociais: Investigações em Psicologia Social**. Petrópolis: Vozes. 2005.p. 29-109

MOSCOVICI, S. Representações sociais: investigações em psicologia social Petrópolis, RJ: Vozes. 2009.

MOSCOVICI, S. La psychanalyse: son image et son public. Paris: PUF, 1976. Conforme impressão de 1961.

MOSCOVICI, S. **A representação Social da Psicanálise**. Rio de Janeiro: 1978. 291 p.

MUNER, K. Avaliação da percepção e uso de equipamentos de proteção individual (EPIs) por profissionais de saúde durante a pandemia de SARS-CoV-2. 2021. Dissertação (Mestrado em Microbiologia) - Instituto de Ciências Biomédicas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2021. doi:10.11606/D.42.2021.tde-21012022-183500. Acesso em: 2023-05-01.

NASCIMENTO C.A.; SILVA A.B.; SILVA M.C.; PEREIRA M.H..A significação do óbito hospitalar para enfermeiros e médicos. **Rev RENE**. 2006; 7(1):52-60

NASCIMENTO, D. R. Entre o medo e o enfrentamento das epidemias: uma reflexão motivada pela Covid-19. **Diário da pandemia: o olhar dos historiadores**. Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, p. 168-75, 2020.

NIGHTINGALE F. **Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é.** Tradução de Amália Correa de Carvalho. São Paulo: Cortez; 1989.

OLIVEIRA, D. C. A enfermagem e as necessidades humanas básicas: o saber fazer a partir das representações sociais. 2001. 247 f. Tese (Professor Titular) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

OLIVEIRA, M. Representações sociais e sociedades: a contribuição de Serge Moscovici. 2004.

OLIVEIRA, D.C. et al. **Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais.** In PAREDES, A.S. Perspectivas Teórico-Metodológicas em representações sociais. João Pessoa, Editora Universitária UFPB, 2005. p. 573-603

OLIVEIRA, D.C. Construção e transformação das representações sociais da aids e implicações para os cuidados de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, 2013. P. 21 (), 1-10. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/DyJYFKdTZDgJTkbxhFgbkPv/?format=pdf&lang=pt>

OLIVEIRA, D.C. **A Teoria de Representações Sociais como grade de leitura da saúde e da doença:** a constituição de um campo interdisciplinar. In ALMEIDA, A.M.O; SANTOS, M.F.S.; TRINDADE, Z.A. (orgs). Teoria das Representações Sociais: 50 anos. Brasília, Technopolitik, 2a. Edição. 2019. pp. 585-633.

OLIVEIRA, D.C. et al. **A construção social do coronavírus e da COVID-19 e suas lições para as práticas de cuidado pessoal, profissional e Social.** Projeto de Pesquisa. Rio de Janeiro, 2020.

OLIVEIRA et al. Representações sociais de idosos sobre a COVID-19: análise das imagens publicadas no discurso midiático. **Revista Kairós-Gerontologia**, v. 23, p. 461-477, 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) – 1946.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Até 180 mil profissionais de saúde morreram de COVID-19. 2021 <https://brasil.un.org/pt-br/152760-at%C3%A9-180-mil-profissionais-de-sa%C3%BAde-morreram-de-covid-19-informa-oms>

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Indicadores de Saúde. Considerações conceituais e operacionais. Washington, DC: OPAS; 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Fortalecendo a resposta dos sistemas de saúde à COVID-19: orientação técnica nº 5:** adaptando os serviços de atenção primária à saúde para lidar com a COVID-19 de maneira mais eficaz, 17 de junho de 2020. Organização Mundial da Saúde. Escritório Regional para a Europa. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332783>. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO Acesso em: 28 ago. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Manejo Clínico da COVID-19 - Orientação Provisória** - 27 de maio de 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/Acesso em: 24 ago.2022>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção e controle de infecção durante os pandemia** [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid 19; Editora FIOCRUZ, 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório da Missão Conjunta OMS-China sobre Doença do Coronavírus 2019 (COVID-19)**, 16 a 24 de fevereiro de 2020. Disponível em: [Final-joint-report_origins-studies-6-April-201.pdf](#) Acesso em: 24 ago.2022

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Manejo clínico COVID-19: orientação viva**, 25 de janeiro de 2021. Organização Mundial da Saúde. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/338882> . Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO Acesso em: 30 ago. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). **Folha Informativa - COVID** Disponível em: » https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875 Acesso em: 05 jan.2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Pandemia da doença por Coronavírus Covid 19. [in]. 2021 <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Medicines/Finished Pharmaceutical Products[in]. 2023. Disponível: https://extranet.who.int/pqweb/content/prequalified-lists/medicines?label=&field_medicine_applicant_value=&field_medicine_fpp_site_value=&reference_1=&field_medicine_pq_date_value%5Bvalue%5D%5Bdate%5D=&field_medicine_pq_date_value_1%5Bvalue%5D%5Bdate%5D=&field_therapeutic_area_tid=81&field_basis_of_listing_tid=All&field_single_fixed_dose_list_value=All&field_co_packed_list_value=All

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE / ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Alerta Epidemiológico Complicações e sequelas da COVID-19**. 12 de agosto de 2020, Washington, D.C.: PAHO/WHO; 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/dmdocuments/covid-19-materiais-de-comunicacao-1/Alerta%20epidemiologico%20-%20Complicacoes%20e%20sequelas%20da%20COVID-19.pdf> Acesso em: 05 jan.2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE / ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Pandemia de COVID-19 desencadeia aumento de 25% na prevalência de ansiedade e depressão em todo o mundo [in].2022. Disponível: [https://www.paho.org/pt/noticias/2-3-2022-pandemia-covid-19-desencadeia-aumento-25-na-prevalencia-ansiedade-e-depressao-em#:~:text=2%20de%20mar%C3%A7o%20de%202022,Mundial%20da%20Sa%C3%BAde%20\(OMS\).](https://www.paho.org/pt/noticias/2-3-2022-pandemia-covid-19-desencadeia-aumento-25-na-prevalencia-ansiedade-e-depressao-em#:~:text=2%20de%20mar%C3%A7o%20de%202022,Mundial%20da%20Sa%C3%BAde%20(OMS).)

ORTELLADO, P; SOLANO, E. Nova direita nas ruas? Uma análise do descompasso entre manifestantes e os convocantes dos protestos antigoverno de 2015. **Perseu: História, Memória e Política**, n. 11, 2016.

PÁEZ, D. et al. Representaciones sociales en tiempos del COVID-19. En J. K. Acuña Villavicencio, E. Sánchez Osorio y M. Garza Zepeda (Eds.). *Cartografías de la pandemia en tiempos de crisis civilizatoria. Aproximaciones a su entendimiento desde México y América Latina*, pp. 95-109. México: **Ediciones La Biblioteca**. ISBN: 978-607-8733-11-8, 2020.

PARREIRA, P.; MONICO, L.; OLIVEIRA, D. C.; CAVALEIRO, J.; GRAVETO, J. Abordagem estrutural das Representações Sociais. In: PARREIR, A, P.; SAMPAIO, H, J.;

PIETRANTONIO, F. Beyond Coronavirus: the metamorphosis as the essence of the phenomenon. **Med Health Care Philos.** 2022. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11019-021-10063-y> Acesso em 30 mar 2022.

PINHEIRO, P. N. C. et al. O cuidado humano: reflexão ética acerca dos portadores do HIV/aids. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 4, p. 569-575, 2005. PINHEIRO, R. Cuidado em saúde. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. **Dicionário da Educação Profissional em saúde**. Rio de Janeiro, 2009.

PORTELA, M. C; REIS, L G da C; LIMA, S.M.L. **Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde**. Série Informação para ação na Covid-19| Fiocruz, 2022.

PRADO, N. M. B. et al. Ações de vigilância à saúde integradas à Atenção Primária à Saúde diante da pandemia da COVID-19: contribuições para o debate. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2021, v. 26, n. 07, pp. 2843-2857. Disponível em. DOI: 10.1590/1413-81232021267.00582021

PRADOA. D.; PEIXOTO, B. C.; SILVAA. M. B.; SCALIAL. A. M. A saúde mental dos profissionais de saúde frente à pandemia do COVID-19: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, (46), e4128, 2020. <https://doi.org/10.25248/reas.e4128.2020>

ROCHA, L. F. Teoria das representações sociais: a ruptura de paradigmas das correntes clássicas das teorias psicológicas. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [S.L.], v. 34, n. 1, p. 46-65, mar. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-98932014000100005>

RIO DE JANEIRO. **Painel de Monitoramento COVID-19**, [2023]. Disponível em: <https://painel.saude.rj.gov.br/monitoramento/covid19.html>. Acesso em: 28 abr. 2023.

ROUQUETE, M. L. Representações e práticas sociais: alguns elementos teóricos. In: SÁ, C. P. de. A noção do objeto de pesquisa. In: _____. **A construção do objeto de pesquisa em Representações Sociais**. 1 ed. Rio de Janeiro: Eduerj, 1998. p. 21-30.

SÁ, C. P. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, M. J. (Org.). **O conhecimento no cotidiano**: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 1993.

SÁ, C. P. Núcleo central das representações sociais. Petrópolis: Vozes, 1996.

SÁ, C. P. O campo de estudos das representações sociais In: SÁ, C. P. (Org.). **Núcleo Central das representações sociais**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 29-49.

SÁ, C. P. O. As representações sociais na história recente e na atualidade da psicologia social. In: JACÓ-VILELA, A. M.; FERREIRA, A. A. L.; PORTUGAL, F. T. (Orgs.). *História da psicologia: rumos e percursos*. Rio de Janeiro: Nau, 2007. p. 587-606.

SÁ, C. P. O. A construção do objeto em representações sociais. Rio de Janeiro: EDUERJ, 1998.

SÁ, C. P. O. Estudos de psicologia social: história, comportamento, representações e memória. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2015.

SÁ, C. P. O. *Núcleo Central das Representações Sociais*. Petrópolis: Vozes, 1996.

SÁ, C. P. O. *Núcleo Central das Representações Sociais*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

SATO et al. Condições precárias de saúde entre profissionais de saúde brasileiros: o desenho do estudo e as características basais da coorte HEROES. In: **Saúde**. MDPI, 2022. pág. 2096.

SALAZAR P.G.; VAQUERIZO S.V.; CATALAN A.; ARANGO C.; MORENO C.; FERRE F. et al. Impact of coronavirus syndromes on physical and mental health of health care workers: **Systematic review and meta-analysis**. J AffectDisord. 2020;275:48-57

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. D. P. B. **Metodologia de pesquisa**. 5. ed. **Porto Alegre: Penso, 2013**.

SANCHES, L. da C.; MOLIANI, M. M.; SANTOS, C. R. S. A.; SCHWYZER, I. . Representações Sociais dos profissionais de saúde relativas ao trabalho no período de pandemia da Covid-19. **Plural**, [S. l.], v. 29, n. 02, p. 14-29, 2022. DOI: 10.11606/issn.2176-8099.pcso.2022.201265. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/plural/article/view/201265>. Acesso em: 26 abr. 2023.

SANTOS, V. S. "Pandemia"; Brasil Escola. Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/doencas/pandemia.htm>. Acesso em 26 de abril de 2023

SANTOS, Katarina Márcia Rodrigues dos et al. Depressão e ansiedade em profissionais de enfermagem durante a pandemia da covid-19. **Escola Anna Nery**, v. 25, 2021.

SANTOS. O sofrimento em tempos de pandemia: Guia para cultivo da compaixão nos cuidados intensivos de saúde. Porto Alegre, RS: PUCRS.2020

SCOTTINI, Alfredo. **Dicionário escolar Língua Portuguesa**. Blumenau: Todolivro, 2009, 560 p.

SILVA, D. S.; FERREIRA, B. S.; MARINHO, C. S. Saberes e práticas de cuidado em saúde sobre a covid-19: uma análise baseada em interações de pessoas em comunidade virtual. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 16, n. 2, 2022. DOI: 10.29397/reciis.v16i2.3276 Acesso em: 25 ago. 2022. sol00281.

SILVA, A. M. B. et al. Conhecimento sobre prevenção e controle de infecção relacionada à assistência à saúde: contexto hospitalar. **Rev Rene**, v. 18, n. 3, p. 9, 2017.

SIQUEIRA J, ZILLI F, GRIEBELER S. Profissionais de saúde e o processo de morte e morrer dos pacientes: uma revisão integrativa. *pers. bioét.* 2018; 22(2): 288-302. DOI: 10.5294/pebi.2018.22.2.7

SOUTO B.G.A. Implicações existenciais da infecção pelo HIV. Curitiba, PR: CRV, 2014.

SONTAG, Susan. **Doença como metáfora/AIDS e suas metáforas**. Editora Companhia das Letras, 2007.

SOUSA et al. 2021. COVID-19 vaccination campaign: dialogues with nurses working in Primary Health Care. *Rev Esc Enferm USP*. 2021;55:e20210193. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0193>

SOUZA ANDRADE, L; FRANCISCETTI, I. Saúde & Transformação Social. 2021.

TEIXEIRA C.F.; PAIM J.S. A crise mundial de 2008 e o golpe do capital na política de saúde no Brasil. **Saúde Debate** 2018; 42(n. esp. 2):11-21.

TEIXEIRA, C. F. de S. et al. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciencia & saude coletiva**, v. 25, p. 3465-3474, 2020.

TEIXEIRA, C.F. et al. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 25, n. 9, p. 3465-3474, set. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020..>

THE WORLD BANK GROUP. **Os impactos econômicos da crise da Covid-19**. 2022. Disponível em: <https://www.worldbank.org/pt/publication/wdr2022/brief/chapter-1-introduction-the-economic-impacts-of-the-covid-19-crisis>. Acesso em: 05 jan. 2023.

TRAVASSOS, C. A investigação em serviços de saúde e a pandemia de COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 9, p. 1-3, set. 2020. Contínuo. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00243920>.

UPTODATE (org.). **Educação ao paciente: Visão geral sobre a COVID-19 (O essencial)**. 2022. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/visao-geral-sobre-a-covid-19-o-essencial#H1957210162>. Acesso em: 05 jan. 2023.

VEDOVATO et al. Trabalhadores(as) da saúde e a COVID-19: condições de trabalho à deriva? **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, [S.L.], v. 46, n. 1, p. 46-61, 24 fev. 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/2317-6369000028520>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/CHvhLDtkH8WPmSygjHZgzNw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 dez. 2022.

VERGÈS, P. L'évocation de l'argent: une méthode pour la définition du noyau central de la représentation. **Bulletin de Psychologie**, v. 45, n. 405, p. 203-209, 1992.

VIANA, Suely Aragão Azevêdo; DE LIMA SILVA, Marciele; DE LIMA, Patrícia Tavares. Impacto na saúde mental do idoso durante o período de isolamento social em virtude da disseminação da doença COVID-19: uma revisão literária. **Diálogos em Saúde**, v. 3, n. 1, 2020.

WAGNER W. Sócio-gênese e características das representações sociais. In: Moreira ASP, Oliveira DC, editores. **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB; 1998. p. 3-25

WHO. Global Advisory Committee on Vaccine Safety, 27-28 May 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/339154/WHO-2019-nCoV-NDVP-country-plans-2021.1-por.pdf>

WILDER-SMITH A, FREEDMAN DO. Isolation, quarantine, social distancing and community containment: pivotal role for old-style public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak. **J Travel Med**. 2020;27(2):1-4. <https://doi.org/10.1093/jtm/taaa020>

WOLTER, R.; SÁ, C. As relações entre representações e práticas: o caminho esquecido. **Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades**, v. XXXIII, n. 1 e 2, p. 87 – 105, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. COVID-19: Operational guidance for maintaining essential health services during an outbreak. Geneva: WHO, 25 March 2020. Disponível em <https://www.who.int/publications-detail/covid-19-operational-guidance-for-maintaining-essential-health-services-during-an-outbreak>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Dez ameaças à saúde que a OMS combaterá em 2019. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/17-1-2019-dez-ameacas-saude-que-oms-combatera-em-2019> OMS 2019. Acesso em: 02. Abril. 2023

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Report of the WHO China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) [Internet]. World Health Organization; 2020. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf>. Acesso em: 20 ago.2022.

ZEFERINO, M. T. et al. Concepções de cuidado na visão de doutorandas de enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 345-350, jul./set. 2008. Disponível em: . Acesso em: 15 jan. 2022.

ZOBOLI, E.L.C.P. Bioética do cuidar: a ênfase na dimensão relacional. ESTIMA [Internet]. 1º de março de 2003 [citado 25º de agosto de 2022];1(1). Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/estima/article/view/124> Acesso em: 04 jan.2023.

APÊNDICE A - Questionário de identificação dos sujeitos

QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DOS SUJEITOS

Pesquisa: A REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA COVID-19 PARA PROFISSIONAIS NA ATENÇÃO BÁSICA

Caro (a) profissional,

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa, conduzida pela aluna Daniela Aparecida Teixeira da Silva e coordenada pela Profa. Denize Cristina de Oliveira e desenvolvida pelo Grupo de Pesquisa “Processos Sociocognitivos e Psicossociais do Cuidado de Saúde e Enfermagem de Grupos Populacionais”, do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro/UERJ. Esta pesquisa objetiva conhecer o que você tem pensado sobre o a COVID-19 e o Cuidado à pessoa com COVID-19, desde o surgimento da pandemia no Brasil. Nesta etapa, gostaríamos de contar com a sua colaboração respondendo as algumas breves perguntas. Os dados coletados serão tratados coletivamente e será assegurado completo anonimato das respostas.

1) N o. Sujeito _____ (letra do seu nome acompanhada de numeração sequencial com 3 dígitos – Ex.: V001)

2) Qual o seu bairro/comunidade e a cidade de moradia?

Bairro/Comunidade _____

Cidade _____

(informar bairro/comunidade e a cidade por extenso, sem abreviações)

3) Qual o seu estado de moradia? _____ (informar o estado por extenso, sem abreviações)

4) Qual a sua idade? _____ (01) menor ou igual a 29 (02) 30 a 39 (03) 40 a 49 (04) maior ou igual a 50 (NI) Não Resposta

5) Como você se identifica quanto ao sexo/gênero? (01) Feminino (02) Masculino (03) Não binário () Outra. Qual? _____

6) Qual a sua formação escolar de mais alto nível? _____ série _____ grau
(informar o último ano de escolaridade e nível abertos e depois assinalar a faixa abaixo:)

(01) Ensino fundamental completo ou médio incompleto (02) Ensino médio completo ou superior incompleto (03) Ensino Superior completo (NI) Não Resposta

7) Qual o tipo de atividade que você exerce?

(informar a atividade exercida de forma aberta apenas, categorizaremos depois juntas:)

Atividade principal exercida (01) Estudante (02) Ensino (03) Indústria, Comércio (04) Profissional Liberal (05) Trabalho Informal, serviços (06) Sem Atividade, Trabalho doméstico, Aposentado (07) Funcionário público (NI) Não Resposta

8) Qual sua profissão/ função? _____

9) Qual a sua religião? _____ (informar a religião de forma aberta apenas e categorizamos depois: (01) Católica (02) Evangélica, protestante (03) Espírita Kardecista, espiritualista, Umbandista, Candomblé (04) Budista, taoista, messiânica (05) Sem religião (NI) Não Resposta

10) Como você define a sua orientação política? (assinalar uma das alternativas abaixo:)

(01) Direta ou Centro Direita (02) Esquerda ou Centro Esquerda (03) Centro
(04) Não tenho orientação política (NI) Não Resposta

11) Qual a sua renda mensal aproximada? R\$ _____

12. Já teve COVID-19? _____

13. Já se vacinou? _____

14. Tempo de trabalho na Atenção Básica? _____ (01) menor de 1 ano
(02) de 1 à 02 anos (03) de 02 à 04 anos (04) de 05 a 10 anos (05) superior a 10 anos

15. Qual a sua carga horária de trabalho semanal: _____ (01) até 10 horas (02) de 10 a 20 horas (03) de 20 a 30 horas (04) 40 horas

CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE

SUJEITO: _____ (GERENTE DA UNIDADE)

1. Unidade de alocação: _____

(informar a unidade e bairros da área por extenso, sem abreviações)

2. Nº da população adscrita: _____ (escrever quantitativo)

3. Nº de profissionais da equipe _____

(descrever a equipe mínima / complementar / NASF)

0. Fluxo de atendimento COVID-19 na unidade: _____ (01) até 10 atendimentos/ dia (02) de 11 a 20 atendimentos/ dia (03) de 21 à 30 atendimentos/ dia (04) de 31 à 40 atendimentos/ dia (05) superior a 40 atendimentos dia

APÊNDICE B - Instrumento de evocação livre de palavras aos termos indutores: “COVID-19” e “cuidado à pessoa com COVID-19”

INSTRUMENTO DE EVOCÇÕES LIVRES DE PALAVRAS

PESQUISA: A REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA COVID-19 E DO CUIDADO PARA OS PROFISSIONAIS NA ATENÇÃO BÁSICA

SUJEITO: _____ (DETERMINAR DE ACORDO COM O QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO)

1. Por favor, cite na ordem que se lembrar, as cinco primeiras palavras que vem a memória quando você escuta:

<i>COVID-19</i>
1
2
3
4
5

0. Por favor, cite na ordem que se lembrar, as cinco primeiras palavras que vem a memória quando você escuta:

<i>CUIDADO ÀS PESSOAS COM COVID-19</i>
1
2
3
4
5

APÊNDICE C - Roteiro de entrevista semiestruturada**ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**

Pesquisa: A REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA COVID-19 PARA PROFISSIONAIS NA ATENÇÃO BÁSICA

SUJEITO: _____ (DETERMINAR DE ACORDO COM O QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO)

1. Fale sobre a sua experiência com a COVID-19 desde o início da Pandemia.

Pontos a explorar:

- O que é a doença
- Como a doença está inserida no cotidiano
- Relação entre dia a dia x doença

2. Mas o que é a COVID para você?

Pontos a explorar:

- O que é a doença
- A parte científica da doença \ pandemia \ sintomas

3. Fale sobre o Cuidado às pessoas com COVID-19.

Pontos a explorar:

- Como é cuidar da pessoa com COVID-19
- Como acontecia a assistência
- Qual o sentido do cuidado em relação à COVID-19

4. Fale sobre as medidas de prevenção durante a pandemia

Pontos a explorar:

- O que são as medidas de prevenção
- Como ela está inserida no dia a dia profissional e pessoal

5. Como foi seu trabalho durante a pandemia...

Pontos a explorar:

- O que a nova doença mudou no desenvolvimento do trabalho
- Como era atuar na linha de frente nesse novo momento
- Como acontecia os atendimentos

6. Fale sobre o trabalho da equipe durante o momento da pandemia

Pontos a explorar:

- Como acontecia o trabalho multiprofissional
- Como a ESF atuava
- Principais dificuldades em equipe

7. Fale sobre as necessidades da assistência durante a pandemia.

Pontos a explorar:

- O atendimento atendia a necessidade da população;
- Dificuldades encontradas durante a assistência
- Aspectos que impediam realizar bem o atendimento

8. O que você pensa sobre fazer parte da linha de frente deste processo?

Pontos a explorar:

- Principais medos e receios em lidar com a demanda
- Como era o dia a dia durante este período
- O que mudou na vida profissional e pessoal

9. O que você pensa sobre a vacina de COVID-19

Pontos a explorar:

- O que mudou na assistência após a introdução da vacina
- O que os profissionais pensam da vacina, eficácia, etc.
- Que imagens a vacina trouxe para a população

10. Qual sua percepção entre COVID-19 e Sistema de Saúde?

Pontos a explorar:

- Quais aspectos das políticas de saúde em relação à pandemia
- Como as políticas influenciaram a assistência
- Qual papel do poder público em relação à pandemia

11. Qual experiência que fica de todo esse momento...

Pontos a explorar:

- O que hoje a pandemia significa na assistência
- Quais dúvidas, medos, receios ainda persistem
- O que melhorou desde o início...

APÊNDICE D - Termo de consentimento livre e esclarecido**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada: *A CONSTRUÇÃO SOCIAL DO CORONAVÍRUS E DA COVID19 E SUAS LIÇÕES PARA AS PRÁTICAS DE CUIDADO PESSOAL, PROFISSIONAL E SOCIAL*; sub-projeto: *A REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA COVID-19 E DO CUIDADO PARA OS PROFISSIONAIS NA ATENÇÃO BÁSICA* conduzido pela Profa. Dra. Denize Cristina de Oliveira e no sub-projeto pela aluna Daniela Aparecida Teixeira da Silva.

Este estudo tem por objetivo analisar as Representações Sociais da COVID-19 e do Cuidado de Saúde para os profissionais e a relação entre elas.

Você foi selecionado(a) por estar dentro dos critérios de inclusão da pesquisa, ser maior de 18 anos, estar localizado em uma unidade de saúde da família, ter atuado durante a pandemia e querer participar do estudo.

Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar da pesquisa e retirar o seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo a você.

Os possíveis riscos desta pesquisa são gerar sensação de desconforto e sentimentos desagradáveis a partir do acesso a memórias de vivências durante o período da pandemia da COVID-19. No entanto, a entrevista será conduzida com atenção às suas expressões, e em caso de desconforto, será encerrada abrindo-se espaço para uma fala livre.

Sua participação na pesquisa não é remunerada, nem implicará em gastos para você. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a um questionário de identificação e um questionário de associação livre de palavras.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados de forma individual, visando assegurar o sigilo da sua participação.

O pesquisador responsável se compromete a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada, sem qualquer identificação de indivíduos participantes.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua e a outra da coordenadora da pesquisa.

Seguem os telefones e o endereço institucional do pesquisador responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Contatos da coordenadora da pesquisa: Daniela Aparecida Teixeira da Silva, mestranda do Programa de Pós-graduação da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (PPGENF).

E-mail: danielateixeira162@gmail.com / Telefone: 32 98460- 2641

Rubrica do participante
pesquisador

Rubrica do

Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3018, bloco E, 3º andar, - Maracanã - Rio de Janeiro, RJ, e-mail: etica@uerj.br - Telefone: (021) 2334-2180. O CEP COEP é responsável por garantir a proteção dos participantes de pesquisa e funciona às segundas, quartas e sextas-feiras, das 10h às 12h e 14h às 16h.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da minha participação nesta pesquisa, e
que concordo em participar.

Valença, ____ de _____ de 2022.

Nome _____ do(a) _____ participante:

Assinatura:

Nome do(a) pesquisador: Daniela Aparecida Teixeira da Silva

Assinatura:

APÊNDICE E - Dicionário de variáveis de identificação dos sujeitos

DICIONÁRIO DE VARIÁVEIS DE CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

COLUNA 1 SUJEITO	Corona = 1+000 COVID = 1 sequencial
COLUNA 2 IDADE	(01) menor ou igual a 29 (02) 30 a 39 (03) 40 a 49 (04) maior ou igual a 50 (05) Não Resposta
COLUNA 3 SEXO	(01) Feminino (02) Masculino (03) Não binário
COLUNA 4 FORMAÇÃO	(01) Ensino Fundamental completo ou Médio incompleto (02) Ensino Médio completo ou Superior incompleto (03) Ensino Superior completo (04) Não resposta
COLUNA 5 RELIGIÃO	(01) Católica (02) Evangélica, Protestante (03) Espírita kardecista, Espiritualista, Umbandista, Candomblé (04) Budista, Taoista, Messiânica (05) Sem religião (06) Não resposta
COLUNA 6 POLÍTICA	(01) Direta ou Centro Direita (02) Esquerda ou Centro Esquerda (03) Centro (04) Não tenho orientação política (05) Não Resposta
COLUNA 07 PROFISSÃO/ FUNÇÃO	(1) Assis. Social (2) Aux. Saúde Bucal (3) Dentista (4) Enfermeiro (5) Fisioterapeuta (6) Médico (7) Nutricionais (8) Psicólogo (9) Tec. Enfermagem (10) Educador Físico
COLUNA 8 RENDA	(01) Até 01 salário mínimo (02) De 01 a 02 salários mínimos (03) de 02 a 04 salários mínimos (04) de 04 a 06 salários mínimos (05) superior à 07 salários mínimos
COLUNA 9 JÁ TEVE COVID-19	(01) – SIM (02) – NÃO

COLUNA 10 JÁ SE VACINOU	(01) – SIM (02) – NÃO
COLUNA 11 TEMPO DE TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	(01) Inferior à 01 ano (02) de 1 à 02 anos (03) de 02 à 04 anos (04) de 05 a 10 anos (05) superior a 10 anos
COLUNA 12 CARGA HORÁRIA DE TRABALHO SEMANAL	(01) até 10 horas (02) de 10 a 20 horas (03) de 20 a 30 horas (04) de 30 a 40 horas (05) superior a 40 horas

APÊNDICE F - Dicionário de padronização das evocações livres ao termo indutor “COVID-19”

DICIONÁRIO DE PADRONIZAÇÃO DAS EVOCAÇÕES LIVRES AO TERMO INDUTOR “COVID-19”

TERMO ORIGINAL	PADRONIZAÇÃO
Absurdo	absurdo
Acolhimento	acolhimento
aglomeração	aglomeração
álcool-70	álcool gel
álcool-gel	álcool gel
amor-ao-próximo	amor
angústia	ansiedade-angústia
Ansiedade	ansiedade-angústia
depressão	ansiedade-angústia
descompensação	ansiedade-angústia
Desespero	ansiedade-angústia
impotência	ansiedade-angústia
Preocupação	ansiedade-angústia
preocupação-familiar	ansiedade-angústia
pressão	ansiedade-angústia
Protocolo	assistência
assistência	assistência
cuidado-pessoal	autocuidado
cuidados-diários	autocuidado
ser-cuidadosa	autocuidado
batalha	catástrofe-mundial
Caos	catástrofe-mundial
crise-global	catástrofe-mundial
descontrole	catástrofe-mundial
fora-de-controle	catástrofe-mundial
Luta	catástrofe-mundial
tragédia	catástrofe-mundial
China	china-itália
comprometimento	compromisso
Coragem	compromisso
conscientização	consciência
Contágio	contágio
transmissível	contágio

Desemprego	crise-econômica-social
medo-financeiro	crise-econômica-social
restrição-financeira	crise-econômica-social
economia	crise-econômico-social
atenção	cuidados
cautela	cuidados
cuidado	cuidados
cura	cura
deficiência	descaso
descaso	descaso
desleixo	descaso
desorganização	descaso
dificuldade-assistência	descaso
insuficiência	descaso
lotação	descaso
surpresa	desconhecido
doença-nova	desconhecido
novo	desconhecido
política	desgoverno
recursos	desgoverno
falta-de-apoio	Desgoverno
falta-de-fluxo	descaso
falta-de-suporte	desgoverno
desigualdade	desigualdade-social
fome	desigualdade-social
vulnerabilidade	desigualdade-social
dificuldade	dificuldades
momento-difícil	dificuldades
ruim	dificuldades
comorbidades	doença
doença	doença
infecção	doença
vírus	doença
incerteza	dúvida
alívio	esperança

esperança	esperança
família	família
ciclo	futuro
higiene	higiene
higienização	higiene
hospital	hospital-uti
internação	hospital-uti
intubação	hospital-uti
leitos	hospital-uti
transferência	hospital-uti
uti	hospital-uti
Humanização	humanização
igualdade	igualdade
insegurança	impotência
aprender-a-lidar	informação-desinformação
aprendizado	informação-desinformação
Conhecimento	informação-desinformação
desconhecimento	informação-desinformação
Dúvida	informação-desinformação
excesso-de-informação	informação-desinformação
fake-news	informação-desinformação
falta-de-informação	informação-desinformação
informação	informação-desinformação
má-informação	informação-desinformação
mídia	informação-desinformação
isolamento	isolamento
Paralisação	isolamento
quarentena	isolamento
afastamento	isolamento-social
distanciamento	isolamento-social
isolamento-social	isolamento-social
Lockdown	isolamento-social
Restrição	isolamento-social
Solidão	isolamento-social
higienização-maos	lavagem-das-mãos
lavagem-das-mãos	lavagem-das-mãos
assustadora	medo
confusão	medo
Medo	medo
medo-de-perder-pessoas	medo

pânico	medo
Pavor	medo
doença-mortal	morte
letal	morte
Morte	morte
muitas-mortes	morte
Óbito	morte
perda	morte
mudança	mudança
orientação	orientação
passar-informações	orientação
pandemia	pandemia
força	perseverança
lição	perseverança
persistência	perseverança
resiliência	perseverança
superação	perseverança
nova-visão	futuro
cuidados-preventivos	prevenção
máscara	prevenção
precaução	prevenção
prevenção	prevenção
proteção	prevenção
epi	epi
equipe	profissionais-de-saúde
equipe-boas	profissionais-de-saúde
profissionais-de-saúde	profissional-de-saúde
recomeço	perseverança
respeito	respeito
perigo	risco
risco	risco
saúde	saúde
desgaste-mental	saúde-mental
saúde-mental	saúde-mental
segurança	segurança
assintomática	sintomas
Calor	sintomas
cansaço	sintomas
controle-de-sintomas	sintomas
dispneia	sintomas
doença-respiratória	sintomas
dor	sintomas
dor-de-garganta	sintomas
dores	sintomas
esquecimento	sintomas
falta-de-ar	sintomas

febre	sintomas
gripe	sintomas
má oxigenação	sintomas
pulmão	sintomas
respiração	sintomas
saturação	sintomas
sinais-de-gravidade	sintomas
Sintomas	sintomas
sintomas-respiratórios	sintomas
Tosse	sintomas
cansaço-mental	sobrecarga
cansativo	sobrecarga
exaustão	sobrecarga
muitos-pacientes	sobrecarga
muito-trabalho	sobrecarga
sobrecarga	sobrecarga
Trabalho	sobrecarga
pessoas	sociedade

sofrimento	sofrimento
Tortura	sofrimento
Tristeza	sofrimento
compaixão	solidariedade
empatia	solidariedade
suporte	sus
acreditar-em-deus	ter-fé
fé	ter-fé
fé-na-cura	ter-fé
swab	teste
teste	teste
Tratamento	tratamento
kit-covid	medicamento
sem-tratamento	descaso
imunização	vacina
vacina	vacina
vacinação	vacina

APÊNDICE G - Dicionário de padronização das evocações livres ao termo indutor “cuidado à pessoa com COVID-19”

**DICIONÁRIO DE PADRONIZAÇÃO DAS EVOCAÇÕES LIVRES AO TERMO
INDUTOR “CUIDADO À PESSOA COM COVID-19”**

TERMO ORIGINAL	PADRONIZAÇÃO
não-adesão	assistência
reciprocidade	reciprocidade
Talento	capacitação
positividade	acolhimento
Acolhimento	acolhimento
Escuta	acolhimento
passar-tranquilidade	acolhimento
acompanhamento	acompanhar
Monitorização	acompanhar
observação	acompanhar
vigilância	acompanhar
Aglomeração	aglomeração
Alimentação	alimentação
boa-alimentação	alimentação
Hidratação	alimentação
Amor	amor
Amparo	apoio
Apoio	apoio
atendimento	assistência
Atestado	assistência
Atenção	atenção
Sinalizar	atenção
Autocuidado	autocuidado
se-cuidar	autocuidado
bem-estar	bem-estar
carinho	carinho
ciência	ciência
especialização	capacitação
contágio	contágio
contaminação	contágio
Contato	contágio
Coragem	coragem
determinação	coragem

força	coragem
força	coragem
não-demonstrar-medo	coragem
ter-cuidado	cuidados
cuidado-enfermagem	cuidado-de-saúde
cuidado-clínico	cuidado-de-saúde
cuidados-médicos	cuidado-de-saúde
ser-cuidador	equipes de saúde
cuidado	cuidados
cuidado-familiar	cuidados
cuidados	cuidados
fome	desigualdade-social
moradia	desigualdade-social
desinfecção	desinfecção
desrespeito	desrespeito
difícil	difícil
dificuldades	difícil
limitação	difícil
igualdade	direito
disponível	compromisso
comorbidades	doença
gravidade	doença
falta-de-dinheiro	desigualdade-social
educação-em-saúde	educação-em-saúde
compreensão	empatia
empatia	empatia
capote	epi
epi	epi
precário	falta de estrutura
suspensão-serviço	falta de estrutura
fluxo	assistência
falta-de-recursos	falta-de-estrutura
falta-tratamento	falta-de-estrutura
família	família

futuro	futuro
higiene	higiene
higienização	higiene
higienização-alimentos	higiene
higienização-materiais	higiene
Limpeza	higiene
limpeza-materiais	higiene
internação	hospital-uti
intubação	hospital-uti
urgência	hospital-uti
oxigênio	hospital-uti / tratamento
humanização	humanização
humanizado	humanização
Idoso	idosos
Incerteza	incerteza
como-cuidar?	informação-desinformação
dúvidas	informação-desinformação
falta-de-conhecimento	informação-desinformação
Educação	informação-desinformação
Informação	informação-desinformação
consciência	orientação
esclarecimento	orientação
impotência	insegurança
insegurança	insegurança
barreira-sanitária	isolamento
Lockdown	isolamento
quarentena	isolamento
distanciamento	isolamento social
distância	isolamento
evitar-aglomeração	isolamento-social
Festas	isolamento-social
lugar-fechado	isolamento-social
se-isolar	isolamento
sem-contato	isolamento
Solidão	isolamento-social
ficar-em-casa	isolamento-social
fique-em-casa	isolamento-social
higienização-das-mãos	lavar as mãos
higienização-maos	lavar as mãos
lavagem-das-mãos	lavar as mãos
lavar-as-mãos	lavar as mãos
máscara	máscara

máscara-n95	máscara
usar-máscara	máscara
uso-de-máscara	máscara
assustador	medo
Medo	medo
medo-contaminação	medo
medo-do-contágio	medo
medo-pelo-outro	medo
doação	missão
entrega	missão
juramento	missão
luto	morte
retorno	mudança
necessário	necessidade
novidade	novo
orientação	orientação
orientação-de-cuidados	orientação
orientar	orientação
paciência	paciência
cautela	precaução
preconceito	preconceito
preocupação	preocupação
preocupado	preocupação
precaução-respiratória	prevenção
higiene-respiratória	prevenção
precaução	precaução
precauções	precaução
prevenção	prevenção
álcool	álcool gel
álcool-70	álcool gel
álcool-gel	álcool gel
médico	profissionais-de-saúde
proteção	proteção
proteger	proteção
azitromicina	remédios
medicamento	remédios
repouso	repouso
respeito	respeito
responsabilidade	responsabilidade
risco	risco
saúde	saúde
problema-mental	saúde-mental
saúde-mental	saúde-mental
suporte-psicológico	saúde-mental

segurança	segurança
falta-de-ar	sintomas
febre	sintomas
respiração	sintomas
saturação	sintomas
sequelas	doença
sinais-de-alarme	sintomas
sintomas	sintomas
Tosse	sintomas
Cansativo	sobrecarga
Esforço	sobrecarga
muita-demanda	sobrecarga
choro	sofrimento
compaixão	solidariedade
Solidariedade	solidariedade

acesso	sus
fé	ter-fé
swab	teste
teste	teste
controle-sintomas	tratamento
fisioterapia	tratamento
kit-covid	tratamento
reabilitação	tratamento
sem-tratamento	tratamento
tratamento	tratamento
remédio	remédios
tristeza	tristeza
vacina	vacina
vacinação	vacina

APÊNDICE H - Relatório Rangmot da análise do termo “COVID-19”

RELATÓRIO RANGMOT DA ANÁLISE DO TERMO “COVID-19”

DISTRIBUTION TOTALE : 497 : 100* 100* 100* 99* 97*

RANGS 6 ... 15 0* 1* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0*

RANGS 16 ... 25 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0*

RANGS 26 ... 30 0* 0* 0* 0* 0*

Nombre total de mots differents : 72

Nombre total de mots cites : 497

moyenne generale des rangs : 2.99

DISTRIBUTION DES FREQUENCES

freq. * nb. mots * Cumul evocations et cumul inverse

1 *	25	25	5.0 %	497	100.0 %
2 *	13	51	10.3 %	472	95.0 %
3 *	4	63	12.7 %	446	89.7 %
4 *	4	79	15.9 %	434	87.3 %
5 *	3	94	18.9 %	418	84.1 %
6 *	4	118	23.7 %	403	81.1 %
7 *	1	125	25.2 %	379	76.3 %
8 *	1	133	26.8 %	372	74.8 %
9 *	3	160	32.2 %	364	73.2 %
10 *	1	170	34.2 %	337	67.8 %
11 *	1	181	36.4 %	327	65.8 %
14 *	1	195	39.2 %	316	63.6 %
16 *	1	211	42.5 %	302	60.8 %
19 *	1	230	46.3 %	286	57.5 %
20 *	1	250	50.3 %	267	53.7 %
22 *	2	294	59.2 %	247	49.7 %
23 *	1	317	63.8 %	203	40.8 %
27 *	1	344	69.2 %	180	36.2 %
31 *	1	375	75.5 %	153	30.8 %
39 *	1	414	83.3 %	122	24.5 %
41 *	1	455	91.5 %	83	16.7 %
42 *	1	497	100.0 %	42	8.5 %

APÊNDICE I - Relatório Rangmot da análise do termo “cuidado às pessoas com COVID-19”

RELATÓRIO RANGMOT DA ANÁLISE DO TERMO “CUIDADO A PESSOA COM COVID-19”

DISTRIBUTION TOTALE : 493 : 100* 100* 100* 99* 94*

RANGS 6 ... 15 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0*

RANGS 16 ... 25 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0*

RANGS 26 ... 30 0* 0* 0* 0* 0*

Nombre total de mots differents : 86

Nombre total de mots cites : 493

moyenne generale des rangs : 2.97

DISTRIBUTION DES FREQUENCES

freq. * nb. mots * Cumul evocations et cumul inverse

1 *	28	28	5.7 %	493	100.0 %
2 *	10	48	9.7 %	465	94.3 %
3 *	16	96	19.5 %	445	90.3 %
4 *	7	124	25.2 %	397	80.5 %
5 *	5	149	30.2 %	369	74.8 %
6 *	2	161	32.7 %	344	69.8 %
7 *	2	175	35.5 %	332	67.3 %
8 *	2	191	38.7 %	318	64.5 %
10 *	1	201	40.8 %	302	61.3 %
13 *	3	240	48.7 %	292	59.2 %
15 *	1	255	51.7 %	253	51.3 %
16 *	2	287	58.2 %	238	48.3 %
17 *	1	304	61.7 %	206	41.8 %
18 *	1	322	65.3 %	189	38.3 %
21 *	1	343	69.6 %	171	34.7 %
24 *	1	367	74.4 %	150	30.4 %
29 *	1	396	80.3 %	126	25.6 %
47 *	1	443	89.9 %	97	19.7 %
50 *	1	493	100.0 %	50	10.1 %

ANEXO - Parecer Do Comitê De Ética em Pesquisa**PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: A CONSTRUÇÃO SOCIAL DO CORONA VIRUS E DA COVID19 E SUAS LIÇÕES PARA AS PRÁTICAS DE CUIDADO PESSOAL, PROFISSIONAL E SOCIAL

Pesquisador: Denize Cristina de Oliveira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 47134421.3.0000.5282

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem da UERJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.847.711

Apresentação do Projeto:

Projeto da Prof.a Denize Cristina de Oliveira do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem.

Este projeto trata-se de estudo com assessoria internacional da Universidade de Aix-Marseille – França e da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra - Portugal, quanti-qualitativo, com base no construto da Teoria de Representações Sociais e de análise de práticas, em uma perspectiva multi metodológica. Os participantes serão sujeitos comuns acima de 18 anos e sujeitos institucionais composto por profissionais de saúde, compondo uma amostra de 1.200 participantes.

A amostra será do tipo não probabilística, de conveniência, envolvendo 1.200 participantes e uma subamostra de 100 participantes. O quantitativo total da amostra responderá aos seguintes instrumentos: questionário de caracterização socioeconômica e profissional e questionário de evocações livres de palavras aos termos indutores "Coronavírus", "COVID-19" e "Cuidado à pessoa com COVID-19". Uma subamostra de 100 sujeitos participará de entrevistas semiestruturadas, orientadas por roteiro temático, que explorará as dimensões das representações sociais de imagem, atitude e conhecimento, além das práticas de autoproteção pessoal e do outro, e de práticas profissionais de cuidado. A coleta de dados será realizada através de ambiente virtual, enquanto durar a pandemia e as regras de distanciamento social e presencialmente, quando autorizado pelas autoridades sanitárias. A análise de dados do questionário de