



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Luciana Herdy Lopes

**Representações sociais e experiências de cuidado de saúde aos pacientes
com COVID-19 em unidade de terapia intensiva entre profissionais de
saúde**

Rio de Janeiro

2025

Luciana Herdy Lopes

**Representações sociais e experiências de cuidado de saúde aos pacientes
com COVID-19 em unidades de terapia intensiva entre profissionais de
saúde**

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

2025

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CB/B

L864 Lopes, Luciana Herdy.
Representações sociais e experiências de cuidado de saúde aos pacientes com COVID-19 em unidades de terapia intensiva entre profissionais de saúde / Luciana Herdy Lopes. – 2025.
176 f.

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

1. Atenção à saúde - Teses. 2. COVID-19 - Teses. 3. Unidade de terapia intensiva - Teses. 4. Representações sociais - Teses. 5. Pessoal de saúde - Teses. 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 Baptista 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

Luciana Herdy Lopes

**Representações sociais e experiências de cuidado de saúde aos pacientes com COVID-19
em unidades de terapia intensiva entre profissionais de saúde**

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 1 de abril de 2025.

Banca examinadora:

Prof^ª. Dra. Denize Cristina Oliveira (Orientadora)

Faculdade de Enfermagem – UERJ

Prof^ª. Dra. Elizabeth Teixeira

Universidade Federal do Pará

Prof^ª. Dra. Yndira Ita Machado

Faculdade de Enfermagem – UERJ

Rio de Janeiro

2025

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação às minhas filhas, Helena e Maria Luiza, ao meu esposo Marcelo, meus alicerces.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus pela oportunidade de estar concluindo essa etapa da minha vida tão importante para mim. Obrigada por me acolher em todos os momentos, principalmente nos mais difíceis, e me mostrar o caminho a ser seguido.

As minhas filhas que sempre estiveram ao meu lado me encorajando no caminho dos estudos e nas minhas escolhas profissionais. Vocês são fundamentais na minha vida! Amo infinitamente vocês! Sem o suporte de vocês eu não conseguiria chegar até aqui! Ao meu esposo Marcelo por estar sempre disposto a me ouvir e aconselhar, pelo seu amor por mim, pelo carinho em todos os detalhes, por me amparar nos meus momentos de fragilidade e me encorajar a seguir em frente. Amo demais você!

À minha mãe Elcy e à minha sogra Alda pelo apoio que recebi ao longo do curso de mestrado para que eu pudesse escrever a minha dissertação e por ter cuidado de mim e da minha família nesse período! Muito obrigada! Vocês são muito especiais para mim!

À minha terapeuta Renata pelo apoio e incentivo, através da sua amizade e carinho por mim! Obrigada por me ouvir, pelos conselhos e por me encorajar também! Adoro você!

À professora Denize por ter me acolhido em 2023 e ter aceitado acompanhar os meus passos acadêmicos me orientando e compartilhando os seus conhecimentos ao longo desses anos. Obrigada pelo carinho e pela dedicação no meu processo de formação e por todos os ensinamentos!

Aos membros da banca examinadora, professores Elizabeth Teixeira, Yndira Yta, Thelma Spindola e Gláucia Formozo pelas valiosas contribuições para o enriquecimento da minha dissertação.

Aos meus amigos queridos e de longa data Marcell Matoso, Iara Verissimo, Rosana, Bruna, Vanessa, Fabiana Carolina por estarem ao meu lado transmitindo conselhos, ouvindo os meus anseios e contribuindo para momentos felizes na minha vida!

Às secretárias do PPGENF, por toda a atenção, paciência, orientação e disposição em esclarecer as minhas dúvidas.

À Diana Amado pelo carinho, pela dedicação, paciência, empatia e disponibilidade em ajudar fazendo a revisão desta tese contribuindo para a sua finalização.

Aos colegas do grupo de pesquisa, especialmente à Yndira, Jéssica e Fernanda pelas conversas e trocas de conhecimentos.

Às pessoas da sociedade, participantes desta pesquisa, que disponibilizaram o seu tempo para responder aos questionários e participar das entrevistas, compartilhando conteúdos sensíveis das experiências por elas vivenciadas e difíceis de serem lembrados.

RESUMO

LOPES, Luciana Herdy. **Representações sociais e experiências de cuidado de saúde aos pacientes com COVID-19 em unidade de terapia intensiva entre profissionais de saúde.** 2025. 176 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2025.

Este estudo teve como objetivo geral analisar as representações sociais e as experiências de cuidado de saúde aos pacientes com COVID-19, vivenciadas por profissionais de saúde atuando em UTI. Trata-se de uma pesquisa de campo descritiva, com abordagem qualitativa, fundamentada na Teoria das Representações Sociais, utilizando a abordagem processual. O estudo foi desenvolvido em uma UTI, localizada em um Hospital Universitário de referência de grande porte, localizado na região metropolitana do Rio de Janeiro. A UTI, à época, era composta por 10 leitos que atendiam pacientes internados com COVID-19. Participaram do estudo 23 profissionais de saúde, de diferentes formações profissionais que realizaram assistência de saúde às pessoas com COVID-19 em UTI, mediante convite dentre o total de profissionais atuando na unidade escolhida para o estudo e que atenderam aos critérios de inclusão. Para a seleção dos participantes, consideraram-se os seguintes critérios de inclusão: pessoas de 18 a 75 anos, que atuaram na UTI durante a pandemia. A coleta ocorreu mediante entrevista semiestruturada e analisada por meio do software IRAMUTEQ. A análise resultando em 5 classes: Experiência de autocuidado domiciliar e o cuidado familiar; Experiência de vacinação contra a COVID-19 e o contexto político; Experiência das dificuldades para o cuidado e autocuidado na UTI; Experiência e cotidiano do cuidado profissional na UTI; Experiência do cuidado relacional e afetivo na UTI. Ficou evidente a importância de compreender as percepções e as experiências vividas do cuidado e autocuidado e as dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde durante a pandemia de COVID-19. A compreensão da experiência de cuidado vivenciada pelos profissionais de saúde pode contribuir para uma prática de cuidado em saúde mais segura, tanto para os profissionais quanto para os pacientes, sobretudo em contextos de dificuldades vivenciadas pelos serviços de saúde, através da identificação dos problemas enfrentados. Adicionalmente, a observação da importância do cuidado relacional em situações críticas poderá lançar maior foco nessa modalidade de cuidado, pouco referida em situações cotidianas de cuidado. Acredita-se que esta dissertação poderá contribuir para a reflexão sobre a complexidade assumida pelas experiências de cuidado de saúde aos pacientes, vivenciadas por profissionais de saúde atuando em UTI, em contexto de crise sanitária como a observada. Essas experiências falam do passado, mas também de um futuro provável de uma nova pandemia de repercussão global. As contribuições deste trabalho também se colocam no aprimoramento das práticas de cuidado na saúde pública e na enfermagem, através da educação continuada dos enfermeiros e dos demais profissionais focados no cuidado, e com os usuários do SUS.

Palavras-chave: experiência de cuidado; representações sociais; COVID-19, UTI.

ABSTRACT

LOPES, Luciana Herdy. **Social representations and experiences of health care for patients with COVID-19 in intensive care units among health professionals.** 2025. 176 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2025.

The general objective of this study was to analyze the social representations and experiences of healthcare for patients with COVID-19, experienced by healthcare professionals working in the ICU. This is a descriptive field research, with a qualitative approach, based on the Theory of Social Representations, using the procedural approach. The study was developed in an ICU, located in a large reference University Hospital, located in the metropolitan region of Rio de Janeiro. At the time, the ICU consisted of 10 beds that served patients hospitalized with COVID-19. Twenty-three healthcare professionals from different professional backgrounds who provided healthcare to people with COVID-19 in the ICU participated in the study, by invitation from among the total number of professionals working in the unit chosen for the study and who met the inclusion criteria. The following inclusion criteria were taken into account for the selection of participants: people aged 18 to 75, who worked in the ICU during the pandemic. The collection took place through semi-structured interviews and was analyzed using the IRAMUTEQ software. The analysis resulted in 5 classes: Experience of home self-care and family care; Experience of vaccination against COVID-19 and the political context; Experience of difficulties for care and self-care in the ICU; Experience and daily routine of professional care in the ICU; Experience of relational and affective care in the ICU. The importance of understanding the perceptions and lived experiences of care and self-care and the difficulties faced by health professionals during the COVID-19 pandemic became evident. Understanding the care experience experienced by health professionals can contribute to safer health care practices for both professionals and patients, especially in contexts of difficulties experienced by health services, by identifying the problems faced. Additionally, observing the importance of relational care in critical situations can provide greater focus on this type of care, which is rarely mentioned in everyday care situations. It is believed that this dissertation may contribute to the reflection on the complexity of the experiences of health care for patients, experienced by health professionals working in ICUs, in the context of a health crisis such as the one observed. These experiences speak of the past, but also of a probable future of a new pandemic with global repercussions. The contributions of this work also lie in the improvement of care practices in public health and nursing, through the continuing education of nurses and other professionals focused on care, and with SUS users.

Keywords: care experience; social representations; COVID-19, ICU.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Dendrograma da distribuição das classes com a nomeação dos eixos temáticos. Rio de Janeiro, RJ, 2025.....	103
Quadro 1 -	Descrição dos termos com maior associação com a classe 1. Rio de Janeiro RJ, 2025.....	106
Quadro 2 -	Categorias de variáveis associadas à classe 1. Rio de Janeiro, 2025.....	106
Quadro 3 -	Descrição dos termos com maior associação com a classe 5. Rio de Janeiro RJ, 2025.....	114
Quadro 4 -	Categorias de variáveis associadas à classe 5. Rio de Janeiro, 2025	114
Quadro 5 -	Descrição dos termos com maior associação com a classe 4. Rio de Janeiro RJ, 2025.....	119
Quadro 6 -	Categorias de variáveis associadas à classe 4. Rio de Janeiro, 2025.....	120
Quadro 7 -	Descrição dos termos com maior associação com a classe 2. Rio de Janeiro RJ, 2025.....	126
Quadro 8 -	Categorias de variáveis associadas à classe 2. Rio de Janeiro, 2025.....	127
Quadro 9 -	Descrição dos termos com maior associação com a classe 3. Rio de Janeiro RJ, 2024.....	131

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos participantes de acordo com a idade. Rio de Janeiro, 2025.....	96
Tabela 2 - Distribuição dos participantes de acordo com a religião. Rio de Janeiro, 2025.....	97
Tabela 3 - Distribuição dos participantes de acordo com a orientação política. Rio de Janeiro, 2025.....	98
Tabela 4 - Distribuição dos participantes por profissão. Rio de Janeiro, 2025.....	100
Tabela 5 - Distribuição dos participantes por tempo de trabalho na Instituição. Rio de Janeiro, 2025.....	101

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COVID-19	Coronavírus Disease 2019
EPI	Equipamento de Proteção individual
ESPIN	Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional
ESP II	Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional
IRAMUTEQ	Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaire
NC	Núcleo Central
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNVS	Política Nacional de Vigilância em Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RS	Representação social
STF	Supremo Tribunal Federal
SG	Síndrome Gripal
SR	Síndrome Respiratória
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SUS	Sistema Único de Saúde

TRS Teoria de Representações Sociais

UTI Unidade de Terapia Intensiva

UCE Unidade de Contexto Elementar

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	14
1	REFERENCIAL TEMÁTICO	24
1.1	A pandemia da COVID-19	24
1.1.1	<u>A trajetória da pandemia da COVID-19: contextos biomédico, epidemiológico, social e político</u>	24
1.1.2	<u>Políticas públicas de desenvolvimento da atenção à COVID-19 no Brasil</u>	33
1.2	O Cuidado Profissional de Saúde na Pandemia de COVID-19	39
1.2.1	<u>Concepções de cuidado de saúde</u>	39
1.2.2	<u>Proposições teóricas do cuidado de Enfermagem</u>	44
1.2.3	<u>O cuidado profissional de saúde na pandemia de COVID-19 em UTL</u>	52
2	REFERENCIAL TEÓRICO	61
2.1	A Teoria das Representações Sociais	61
2.2	Experiência vivida e práticas de cuidado profissional de saúde	73
2.3	Representações sociais da COVID-19 e sua relação com as práticas e experiências de cuidado às pessoas com a doença	80
3	METODOLOGIA	87
3.1	Tipo de estudo	87
3.2	Cenário do estudo	89
3.3	Participantes do estudo	90
3.4	Aspectos éticos da pesquisa	90
3.5	Coleta de dados	91
3.5.1	<u>Dados socioeconômicos e profissionais</u>	91
3.5.2	<u>Entrevista semiestruturada</u>	92
3.6	Análise de dados	93
3.6.1	<u>Análise dos dados socioeconômicos e profissionais</u>	93
3.6.2	<u>Análise das entrevistas</u>	93
4	RESULTADOS	96

4.1	Caracterização sociodemográfica do grupo social estudado.....	96
	Experiências e representações sociais do cuidado de saúde aos pacientes com	
4.2	COVID-19 em UTI	102
4.2.1	<u>Classe 1 - Experiência de autocuidado domiciliar e do cuidado familiar</u>	105
4.2.2	<u>Classe 5 - Experiência de vacinação contra a COVID-19 e o contexto político.....</u>	113
4.2.3	<u>Classe 4 - Experiência das dificuldades para o cuidado e autocuidado na UTI.....</u>	119
4.2.4	<u>Classe 2 - Experiência e cotidiano do cuidado profissional na UTI</u>	125
4.2.5	<u>Classe 3 - Experiência do cuidado relacional e afetivo na UTI</u>	130
	CONCLUSÃO.....	136
	REFERÊNCIAS	142
	APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido	165
	APÊNDICE B - Questionário socioeconômico	166
	APÊNDICE C - Roteiro de entrevista semiestruturada	169
	APÊNDICE D - Dicionário de padronização das entrevistas para análise	
	IRAMUTEQ	170
	APÊNDICE E - Dicionário variáveis IRAMUTEQ	173
	ANEXO A - Aprovação do comitê de ética em pesquisa	175
	ANEXO B - Termo de Autorização Institucional.....	176

INTRODUÇÃO

O presente estudo tem como tema as experiências dos profissionais de saúde de cuidado aos pacientes com COVID-19 internados em unidades de terapia intensiva (UTI), cuja motivação ocorreu pelo fato de a autora ter atuado como enfermeira em UTI destinada ao tratamento de pacientes com coronavírus durante a pandemia.

A infecção pelo novo coronavírus, causador da doença COVID-19, foi detectada inicialmente na cidade Wuhan, na China, em novembro de 2019. 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 e o número de óbitos passou a ser assustador. Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) caracterizou o surto mundial como estado de pandemia da *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (SARS-COV-2) ou COVID-19 (Organização Mundial de Saúde, 2020; Zhu *et al.*, 2020). Vale ressaltar que o termo “pandemia” se refere à incidência de uma doença identificada numa determinada região e começa a se disseminar pelo continente, com transmissão de uma pessoa para outra, adquirindo grande proporção e se alastrando rapidamente pelo mundo (Schueler, 2020).

A COVID-19 é uma doença infecciosa e os principais sintomas observados no início da pandemia foram, febre, cansaço e tosse seca. Outros sintomas também foram observados entre as pessoas infectadas, como; perda de paladar ou olfato, congestão nasal, conjuntivite, dor de garganta, dor de cabeça, dor muscular, dor articular, erupção cutânea, náusea ou vômito, diarreia, calafrios ou tonturas (Organização Pan-americana de Saúde, 2021).

Em relação ao diagnóstico, ele pode ser realizado por meio da avaliação do quadro clínico do paciente; de diagnóstico laboratorial e por imagem. A avaliação clínica do paciente pode ser realizada através da anamnese e exame físico, para identificar os sinais e sintomas característicos da COVID-19; o diagnóstico laboratorial pode ser realizado via testes de biologia molecular, sorologia ou testes rápidos (Brasil, 2022a).

Segundo o Ministério da Saúde, na última quinzena de maio de 2020, havia mais de 240 mil casos confirmados e pouco mais de 16 mil óbitos no Brasil. Naquela ocasião, registravam-se no Brasil quase 140 mil hospitalizações por suspeita de COVID-19 (Ministério da Saúde, 2024).

O número aproximado de casos registrados no Brasil, do início da pandemia até outubro de 2024, foi aproximadamente 40 milhões, sendo 15.585.119 de ocorrências na

região Sudeste, cerca 8.260.940 no Sul, 4.572.514 na região Centro-Oeste e 2.983.882 no Norte do país. No mesmo período, o Brasil registrou cerca de 713.860 óbitos confirmados pela doença, cujo índice de letalidade geral foi de 1,8%. Em 2024, as taxas de mortalidade apresentavam variação nas regiões brasileiras, sendo maior na região Centro-Oeste (67.224/1000 habitantes) e menor na região Norte (52.105/1000 habitantes) (Brasil, Ministério da Saúde, 2024). O estado do Rio de Janeiro possui 17.219,679 milhões de habitantes, sendo registrados 17.169/100 mil casos de COVID-19 desde o início da pandemia. No município do Rio de Janeiro, a população é de 6.625.849 mil habitantes e a taxa de infecção foi de 540,9/100 mil (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2023).

Reconhece-se, nesse contexto, que a pandemia de COVID-19 representou uma importante crise sanitária, como um grave problema de saúde pública, influenciando o cotidiano das pessoas e a vida social. A epidemia teve importantes consequências, além das médicas e epidemiológicas, com impactos sociais, políticos e econômicos (Correia *et al.*, 2020).

Diante disso, foi evidenciada uma situação crítica no SUS no ano de 2020, impondo atender a alta demanda gerada pela pandemia, onde os serviços de saúde superlotados estavam despreparados para atender a demanda, causando agravamento dos casos mais severos o que resultou no aumento da mortalidade. Percebeu-se o esgotamento do Sistema de Saúde, especialmente no primeiro ano da pandemia, ocasionado pela falta de leitos de UTI para atender os inúmeros casos graves (Noronha *et al.*, 2020). Múltiplos fatores contribuíram para esse esgotamento em crise do Sistema de Saúde, como a oferta de leitos de UTI, a disponibilidade de ventiladores mecânicos, além de recursos humanos.

Segundo Travassos (2020), a pandemia de COVID-19 fez com que os sistemas de saúde passassem a lidar, repentinamente, com uma demanda crescente de pacientes graves, portadores de uma doença contagiosa, com quadro clínico desconhecido e sem tratamento.

Desde que a pandemia de COVID-19 avançou no Brasil, as UTI's ganharam destaque. Esse tipo de instalação hospitalar é importante para o tratamento de doenças muito graves, que colocam em risco a vida das pessoas. Segundo a Resolução 2.271/2020 do Conselho Federal de Medicina (CFM), as UTIs são locais instalados nos hospitais, com um sistema organizado para oferecer: suporte vital de alta complexidade, com diversas modalidades de monitorização das funções corporais, essenciais para a vida; suporte orgânico avançado, a fim de manter a vida do paciente em condições clínicas de extrema gravidade e risco de morte por insuficiência orgânica geral (Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2022). Os níveis de atenção que um paciente necessita numa UTI também podem variar: tipo II — atendem a

pacientes que necessitam de nível de atenção alto; tipo III, atendem a pacientes que necessitam de nível de atenção muito alto. As UT's devem apresentar leitos com equipamentos e profissionais capazes de cuidar nesses dois níveis de complexidade. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária estabelece requisitos rígidos para cada um deles na RDC nº7/2010 (Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2022).

Com o surgimento da emergência em saúde, resultante da pandemia, a Portaria nº 568 do Ministério da Saúde autorizou que parte dos leitos de UTIs fossem destinados exclusivamente à COVID-19. Além disso, os Estados puderam passar a habilitar excepcionalmente novos leitos de UTI adulta, para responder ao avanço da doença (Ministério da Saúde, 2020a).

No funcionamento de uma UTI existem alguns requisitos básicos e a necessidade de equipamentos para monitorização do paciente e suporte de vida. Alguns desafios foram observados na abertura de novos leitos de UTI, tais como a compra de respiradores, a contratação de profissionais de saúde e o espaço físico adequado para a instalação destas unidades (Ministério da Saúde, 2020a).

As UTIs foram uma ferramenta de suma importância na recuperação de pacientes por COVID-19, uma vez a existência de uma população de alto risco, com maior propensão a necessidade de suporte ventilatório, exigindo a ampliação dos leitos existentes, visando a manutenção destas vidas (Guilherme *et al.*, 2024).

O trabalho em UTI tem sua organização segmentada em turnos, onde o cuidado prestado pela equipe de saúde é realizado de forma contínua a pacientes graves, altamente dependentes de tecnologias invasivas e não invasivas para o seu tratamento. As cargas excessivas de trabalho, a convivência com a dor e a morte de pacientes sob os cuidados das equipes e a realização de procedimentos trabalhosos e invasivos, contribuíram para o desgaste físico e mental dos profissionais (Cimini *et al.*, 2021).

Nesse sentido, os profissionais de saúde enfrentaram, durante a pandemia, o dilema entre realizar a assistência às pessoas suspeitas de contaminação pelo vírus ou cuidar daquelas já diagnosticadas com COVID-19. Eles se deparam com uma realidade de trabalho atípica, muitas vezes acompanhada de um conhecimento ainda insuficiente acerca do comportamento da nova doença, acompanhada do aumento da demanda que gerou superlotação hospitalar (Santos; Rodrigues, 2020).

Diante disso, os profissionais de enfermagem ganharam destaque no combate ao novo coronavírus, por constituírem mais da metade dos trabalhadores de saúde no Brasil e no mundo, eles foram essenciais no combate à doença (Meire *et al.*, 2020).

Não há dados oficiais sobre quantas pessoas trabalharam na linha de frente no combate à pandemia de COVID-19 no Brasil, mas a mortalidade foi de mais de 4,5 mil profissionais de saúde entre março de 2020 e dezembro de 2021. Os números fazem parte de um levantamento realizado pela Internacional de Serviços Públicos (ISP) que avaliou o impacto da COVID-19 entre profissionais da saúde do Brasil, utilizando dados do Ministério da Saúde (MS) e do Ministério do Trabalho e Previdência Social (MTPS), (Ministério da Saúde, 2024). Os profissionais de saúde foram constantemente expostos ao coronavírus, explicando o fato de técnicos e auxiliares de enfermagem, médicos e enfermeiros estarem entre profissões com maior número de casos hospitalizados pela COVID-19 (Ministério da Saúde, 2023).

Com a evolução da disseminação do novo coronavírus, a disponibilidade dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI) tornou-se uma preocupação internacional, tanto para os gestores e trabalhadores, quanto para a população em geral. Portanto, diante da grande demanda destes insumos, a sua falta ou escassez representou a possibilidade de suspensão das atividades dos profissionais de saúde pela contaminação pelo coronavírus e, conseqüentemente, o seu afastamento pelo acometimento da doença (Ximenes Neto *et al.*, 2021).

Os profissionais de saúde, protagonistas naquele momento, se viram como combatentes na linha de frente, em meio ao caos que se formou, com grandes incertezas e medos de como a vida profissional seria organizada e como isso influenciaria a vida pessoal. Nesse contexto, Pietrantonio (2022) discute que a emergência da COVID-19 encontrou trabalhadores de saúde despreparados, não somente em nível organizacional, mas também emocional, aspecto que agravou a crise dos serviços de saúde.

Teixeira *et al.* (2020) afirma que os profissionais formaram um grupo de risco para a COVID-19, devido à exposição direta à pacientes infectados, fazendo com que recebessem uma alta carga viral, com iminente risco de adoecer. Além disso, por atenderem diversos pacientes em situação grave e em condições de trabalho frequentemente inadequadas, ficaram mais propensos a adoecer.

No Brasil, parte expressiva da demanda para assistência à saúde está no Sistema Único de Saúde (SUS) e isso foi agravado durante a pandemia, uma vez que ele oferece cuidado universal e igualitário para todas as pessoas, sem qualquer discriminação. Dessa maneira, todos os profissionais de saúde foram diretamente afetados por esse novo cenário. Dados dos Conselhos de Saúde revelam que em 2023, no Brasil, havia 693.448 enfermeiros, 450.959 auxiliares e 1.663.030 técnicos de enfermagem. Contava, ainda, com 564.385 médicos, aproximadamente 240.000 fisioterapeutas; 199.236 nutricionistas e 210.000 assistentes

sociais. Dessa maneira, o país conta com mais de 2 milhões de especialistas que atuam no SUS (Conselho Regional de Enfermagem, 2024; Conselho Regional de Medicina, 2024; Conselho Regional de Fisioterapia, 2024; Conselho Federal de Nutrição, 2024; Conselho Regional de Serviço Social, 2024).

Adicionalmente, os profissionais que prestavam cuidados no SUS apresentavam dúvidas e incertezas quanto à organização da assistência prestada e como se daria o processo de trabalho frente aos altos índices de contaminação e letalidade. Foi preciso criar estratégias eficientes, de forma rápida, para conter o impacto nos serviços de saúde e nas equipes que atuaram na linha de frente.

Preparar o Sistema de Saúde para receber pacientes e isolá-los, orientar a população sobre medidas para evitar a propagação da COVID-19, proteger os grupos mais vulneráveis à doença, foram desafios no enfrentamento de uma crise sanitária da magnitude da pandemia de COVID-19. A empreitada foi ainda mais desafiadora tendo em vista que o Brasil, país de dimensões continentais, com diferentes estruturas de assistência, seja na rede pública ou na privada, além da necessidade de isolamento social, quarentena, uso de máscara, higienização das mãos e proteção do grupo de risco (Gonzalo, 2020).

Para Gonzalo (2020),

o isolamento social foi um ponto vital no manejo da pandemia. Afirma o autor “se não tivéssemos adotado essa medida, teríamos um número ainda maior de casos, nos aproximando perigosamente do colapso do sistema de saúde em vários locais do país, com conseqüente aumento da mortalidade”. (Gonzalo, 2020, p. 17)

Na perspectiva de compreensão do contexto pandêmico, o cuidado de saúde e o autocuidado colocaram-se como fundamentais para a sobrevivência da população durante a pandemia, mas também com impactos importantes sobre os profissionais. Desta forma, refletir sobre as experiências de cuidado de saúde desenvolvidos por profissionais remete à análise do que ele é, de quem cuida e por que cuida. A pandemia da COVID-19 exigiu a adoção de práticas de cuidado de si, cuidado do outro e do cuidado profissional, uma vez que impôs restrições para as pessoas em razão da sua alta transmissibilidade. A assistência às pessoas com COVID-19 passou a ser prioridade em nível mundial, seja para reduzir o risco de contaminação ou para reduzir os danos, sequelas e óbitos.

O cuidado apresenta diversos significados que, por vezes, são complexos e sem uma concepção única definida. Está inserido na humanidade desde o início da história do ser humano, acompanhou a evolução dos tempos, conviveu com as mais variadas formas de sociedade e está no interior das discussões nos diferentes contextos coletivos (Silva *et al.*,

2009). Para Waldow (1997) o cuidar sempre esteve presente na história humana para viver e se relacionar. Afirma a autora que o cuidado humano:

Consiste em uma forma de ser, de viver, de se expressar. [...] É um compromisso com o estar no mundo e em contribuir com o bem-estar geral, na preservação da natureza, da dignidade humana e da nossa espiritualidade; é contribuir para a construção da história, do conhecimento, da vida (Waldow, 1997, p. 61)

Vale ressaltar que o cuidado de saúde possui inúmeros desafios e graus de complexidade. Os cuidados devem se articular considerando a evolução clínica dos pacientes e o seu grau de vulnerabilidade social e econômica. A assistência à pessoa com COVID-19 variou conforme a gravidade de acometimento pela doença, tendo acontecido no domicílio, nas unidades de atenção primária à saúde, nos ambulatórios de especialidades, nas unidades de pronto atendimento, hospitais e UTIs (Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 2020).

Nesse contexto, estudar as experiências e os desafios colocados para a equipe de profissionais de saúde, orientado pela Teoria das Representações Sociais (TRS), faz-se necessário para conhecer os significados associados à doença e aos modos de cuidar estabelecidos diante dela. Entender o pensamento social frente a essa realidade é de extrema importância, visto que este repercute no cotidiano das pessoas e dos profissionais, o que também motivou a autora para o desenvolvimento desta pesquisa.

É compreensível que a COVID-19 tenha se revelado como um fenômeno gerador de conhecimento psicossocial, impulsionando a formação das representações sociais na população e entre profissionais, as quais orientaram e organizaram as práticas sociais desenvolvidas durante a pandemia, como na manutenção do cuidado. Acredita-se que a representação social do cuidado aos pacientes internados com COVID-19 permite unir o sujeito ao objeto, possibilitando a compreensão do impacto da pandemia no cotidiano, nos saberes e nas práticas desenvolvidas. Alguns impactos observados foram o aumento de casos de depressão e ansiedade entre profissionais da enfermagem, impactos negativos na saúde mental, na prática, profissional de saúde, que ainda se mantém na atualidade (Santos *et al.*, 2020; Souza *et al.*, 2023).

Conseqüentemente, estudar as formas de pensar e explicar a COVID-19 e o cuidado à pessoa com coronavírus como objetos sociais que se constituíram durante a pandemia, permitirá entender como o grupo social de profissionais de saúde incorporou cognitivamente este fenômeno e o traduziu em experiências. Pensando nos diversos aspectos que envolvem essa temática, bem como sua importância para a sociedade atual, definiram-se como objeto de

estudo as representações sociais e experiências de cuidado aos pacientes com COVID-19 internados em UTI pelos profissionais de saúde.

As representações sociais (RS) estão inseridas entre as pessoas e no cotidiano em que se manifestam os saberes e as práticas dos sujeitos. A teoria demanda uma compreensão de que o registro simbólico expressa, não somente um saber sobre a realidade, mas também sobre as formas de viver, ou seja, as identidades, as tradições e as culturas (Jodelet, 2001). O autor define as representações sociais como “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” (Jodelet, 2001, p. 22).

Refletindo sobre as relações entre representações e práticas, a autora afirma que:

existe uma lacuna não pensada entre os ideais que norteiam a busca pela mudança e a realidade dura das práticas cotidianas o que permite pensar nas práticas profissionais a partir dessa reflexão (Jodelet, 1986, p. 96).

Sobre as relações entre práticas e representações, Moscovici (2009) afirma que a RS é um tipo de conhecimento ligado à uma prática, ou seja, possui a função de construção de atitudes e de comunicação entre os indivíduos. Seus elementos são expressos em um conjunto de informações, crenças, valores e atitudes acerca de um objeto social, sendo organizadas, estruturadas e constituídas no sistema sociocognitivo (Abric, 2000).

Devido à importância social assumida pelas práticas de cuidado profissional exigidas durante a pandemia de COVID-19, 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).

Por outro lado, o acesso às representações e às experiências vivenciadas pelos profissionais atuantes em UTI durante a pandemia de COVID-19 poderá revelar aspectos sensíveis da prática de cuidado profissional desenvolvido. Sobre o conceito de experiência, Jodelet afirma que:

a experiência é um enriquecimento ou um alargamento da relação do sujeito com o mundo; ela é construída em meio a situações concretas com as quais o sujeito se depara. A experiência comporta duas dimensões: uma dimensão de conhecimento (sobre o mundo) e uma dimensão que é da ordem do experimentado (experiência vivida) (Jodelet, 2005, p. 32).

Considera-se que a experiência se situa no campo de estudo do conhecimento do senso comum e socioprofissional enquanto expressão organizada das práticas e, por isso, ela se relaciona com as representações sociais. A experiência, além de ter uma dimensão vivida, também comporta uma dimensão cognitiva.

Sobre a ligação das representações sociais com a experiência, Jodelet afirma:

É essa dimensão cognitiva que favorece a experimentação do mundo e é sobre o plano ou a dimensão do cognitivo que o sistema global das representações fornece os recursos e os instrumentos para interpretar aquilo que é experimentado. É nesse nível que se pode pensar na ligação com representações sociais (Jodelet, 2005, p. 38).

A partir do exposto, baseado no impacto que a pandemia causou no sistema de saúde e nas transformações sofridas pelo processo de cuidar frente ao desafio da assistência à saúde, definiu-se como questões norteadoras deste estudo: Quais as experiências de cuidado vivenciadas pelos profissionais de saúde atuando em UTI durante a pandemia? Quais as representações sociais do cuidado ao paciente internado em UTI durante a pandemia pelos profissionais de saúde? Como a pandemia de COVID-19 afetou o cuidado dos profissionais de saúde ao paciente internado em UTI?

A COVID-19 se apresentou como um novo objeto representacional para a sociedade e para os profissionais, que resultou de um processo cotidiano de comunicação de massa, estabelecendo novas regras sociais, causando mortes e efeitos devastadores. Assim, não se apresentou apenas como um objeto de estudo médico e científico, mas também social. Trata-se de um fenômeno revelador da sociedade, que permite compreender como essa dinâmica social é apropriada pelo sujeito e se transforma em sistemas de pensamento e práticas sociais (Almeida *et al.*, 2021).

Nesse sentido, Apostolidis, Santos e Kalampalikis (2020, p. 35) afirmam sobre as representações mobilizadas durante a pandemia que:

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.

Portanto, pode-se entender que a COVID-19 desencadeou um processo de ancoragem social em que, inicialmente, foi apresentada à sociedade como um objeto sem significado, estranho e ameaçador. No entanto, à medida que foi sendo reconhecida como uma infecção, passou a desencadear um processo de formação de uma representação social, desencadeando

alterações nas concepções de cuidado de saúde das pessoas afetadas pelo coronavírus, bem como afetando as práticas pessoais e profissionais desenvolvidas.

Diante das questões apresentadas, foi estabelecido como objetivo geral deste estudo analisar as representações sociais e as experiências de cuidado de saúde aos pacientes com COVID-19, vivenciadas por profissionais de saúde atuando em UTI. Os objetivos específicos foram:

- a) Descrever as representações sociais do cuidado de saúde aos pacientes internados em UTI com COVID-19.
- b) Descrever a experiência vivida de cuidado profissional aos pacientes internados em UTI com COVID-19 e de autocuidado.
- c) Identificar as dificuldades vivenciadas pelos profissionais de saúde ao prestar cuidados aos pacientes internados em UTI com COVID-19 e para o autocuidado.
- d) Discutir as representações sociais e as experiências de cuidado aos pacientes internados em UTI com COVID-19.

O interesse de realizar o presente estudo está associado ao impacto da pandemia nos diferentes contextos sociais e profissionais, sobretudo para os profissionais de saúde que atuaram na linha de frente, lutando diariamente contra esta doença nas instituições de saúde, em um contexto caótico. Além disso, a existência da pandemia de COVID-19 ocasionou diversas mudanças, tanto nos comportamentos da sociedade, quanto no conhecimento científico. A pandemia da COVID-19 exigiu a adoção de práticas de cuidado de si e de cuidado do outro, uma vez que impôs restrições para as pessoas em razão de sua alta transmissibilidade.

Este estudo justifica a necessidade de produção e aprofundamento de conhecimento sobre a temática. A COVID-19 foi um evento inesperado no cenário mundial que segue causando mortes, sofrimento e sequelas na população geral e nos profissionais de saúde.

Este estudo poderá contribuir para a formulação e implementação de ações de cuidado à pessoa com coronavírus e para as políticas públicas de saúde, visando a compreensão das experiências e do conhecimento construído acerca da doença e sua relação com o cuidado, valorizando as representações profissionais. A pandemia de COVID-19 foi considerada um gatilho para ampliar os debates e reflexões sobre o processo de formação e a necessidade de reorientação desse processo para a atuação do SUS, sobretudo, no enfrentamento dos desafios gerados pela pandemia (Geremia *et al.*, 2020). Desse modo, poderá auxiliar na reflexão sobre as formas de cuidar em saúde, bem como sobre as práticas de cuidado adotadas conforme as necessidades individuais e coletivas.

No campo da pesquisa poderá contribuir para a linha de pesquisa “Saberes, políticas e práticas em saúde coletiva e enfermagem” e com o grupo de pesquisa “Processos sociocognitivos e psicossociais do cuidado de saúde e enfermagem de grupos populacionais”, podendo servir como base para futuros trabalhos, proporcionando avanços na compreensão do tema e da utilização da TRS.

1 REFERENCIAL TEMÁTICO

1.1 A pandemia da COVID-19

1.1.1 A trajetória da pandemia da COVID-19: contextos biomédico, epidemiológico, social e político

Em 31 de dezembro de 2019, a OMS foi alertada sobre vários casos de pneumonia na cidade de Wuhan, na República Popular da China. Tratava-se de uma nova cepa de Coronavírus, que não havia sido identificada antes em seres humanos (Organização Pan Americanas, 2021). Foram identificados sete tipos de Coronavírus humanos (HCoV): HCoV-229E, HCoV-OC43, HCoV-NL63, HCoV-HKU1, SARS-COV (que causa síndrome respiratória aguda grave), MERS-COV (que causa síndrome respiratória do Oriente Médio) e o mais recente, o novo Coronavírus.

O novo Coronavírus é responsável por causar a doença COVID-19, 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 (Organização Pan-americana de Saúde, 2021).

Além das questões epidemiológicas, faz-se importante pontuar os aspectos relacionados às medidas profiláticas para a prevenção e o controle da velocidade de contágio do novo coronavírus em nível nacional. Sendo que, as medidas de mitigação são reconhecidas como decisivas para o país ter uma evolução favorável da situação epidemiológica, com desaceleração do quantitativo de casos e óbitos (Cavalcante *et al.*, 2021).

Em 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou que a COVID-19 passou a se constituir como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), sendo o mais alto nível de alerta, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional. A ESPII é considerada, nos termos do Regulamento Sanitário Internacional (RSI), evento extraordinário que constitui risco de saúde pública devido à disseminação internacional de doenças e requer

uma resposta internacional coordenada e imediata (Organização Pan-Americana de Saúde, 2021).

Diante da falta de tratamento e visando não impactar e comprometer o sistema de saúde, passou a ser recomendado o distanciamento físico e social, o confinamento domiciliar, a prática de higiene das mãos, o uso de máscaras e a detecção precoce de pessoas infectadas. Essas medidas não foram adotadas de maneira uniforme nos municípios, estados e regiões do país. Entretanto, de forma geral, muitas escolas, igrejas, lojas, teatros, estádios de futebol foram fechados (Combi, 2020).

A COVID-19 é uma doença infecciosa altamente contagiosa que afeta principalmente o trato respiratório inferior. Desde o seu surgimento, se espalhou por todo o mundo, causando uma pandemia que trouxe não só inúmeros sintomas físicos, como também diversas consequências catastróficas para a saúde, milhares de mortes e sequelas permanentes em muitos sobreviventes (Khalil, 2020).

A proposição inicial foi de que o termo coronavírus ou COVID-19 seria utilizado para a doença, enquanto para a nomeação do vírus seria adotada síndrome respiratória aguda grave coronavírus (SARS-CoV2), visando refletir os sintomas associados (Organização Mundial de Saúde, 2021). Diante desse cenário, a OMS declarou que o surto do novo coronavírus constituía, assim, uma ESPII, sendo este o mais alto nível de alerta da Organização, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional. Essa foi uma estratégia para interromper a propagação do vírus (Organização Pan-Americana de Saúde, 2020).

Em 11 de março de 2020, a COVID-19 foi caracterizada pela OMS como uma pandemia. O termo “pandemia” se refere à distribuição geográfica de uma doença e não à sua gravidade. A designação reconheceu que, naquele momento, existiam surtos de COVID-19 em vários países e regiões do mundo (Organização Pan-americana de Saúde, 2021). A pandemia trouxe uma grande inquietação global, pois se tratava de um problema de saúde pública jamais visto pela humanidade. Sabe-se que o SARS-CoV-2 provoca a COVID-19, que consiste em uma doença causada por uma grande família de coronavírus, microrganismo que afeta humanos e atua como agente infeccioso com alto índice de contágio e mortalidade (Organização Mundial de Saúde, 2020).

Sua transmissão ocorre de pessoa para pessoa de forma rápida, por isso seu controle representou um grande desafio. O SARS-CoV-2, da mesma forma que outros vírus respiratórios, é transmitido principalmente por três modos: contato, gotículas ou por aerossol (Organização Mundial de Saúde, 2020). A transmissão por contato ocorre de forma direta com uma pessoa infectada (por exemplo, durante um aperto de mão seguido do toque nos

olhos, nariz ou boca), ou com objetos e superfícies contaminadas (fômites). Já a transmissão por gotículas ocorre por meio da exposição às gotículas respiratórias expelidas por uma pessoa infectada quando ela tosse ou espirra, principalmente quando ela se encontra a menos de um metro de distância da outra. E, por fim, a transmissão por aerossóis, feita por meio de gotículas respiratórias menores (aerossóis), contendo o vírus, e podem permanecer suspensas no ar e serem levadas por distâncias maiores que um metro, por períodos mais longos (Organização Mundial de Saúde, 2020).

Os sintomas iniciais da doença causada pelo vírus no início da pandemia podem aparecer entre 2 e 14 dias após a exposição ao vírus, porque a incubação do vírus no corpo pode levar até 14 dias. Tinha como principais sintomas: febre, cansaço e tosse seca, mas alguns pacientes apresentaram dores, congestão nasal, dor de cabeça, conjuntivite, dor de garganta, diarreia, perda de paladar ou olfato, erupção cutânea, descoloração dos dedos das mãos ou dos pés. Geralmente esses sintomas eram leves e começavam gradualmente, podendo ser assintomáticos (Organização Pan-Americana de Saúde, 2020).

Em torno de 80% dos pacientes que apresentaram sintomas se recuperaram da doença sem precisar de tratamento hospitalar, 15% ficaram gravemente doentes e precisaram de suplementação de oxigênio e 5% ficaram gravemente doentes e precisaram de cuidados intensivos. Quanto aos idosos, que possuem outras condições de saúde pregressas, como hipertensão, problemas cardíacos e do pulmão, diabetes ou câncer, têm maior risco de ficar gravemente doentes (Brasil, 2022; Organização Pan-Americana de Saúde, 2020).

As pessoas com diagnóstico de COVID-19 desenvolvem uma síndrome respiratória aguda, classificada em leve, moderada ou grave. No caso da síndrome leve identifica-se a partir da presença de sintomas como tosse, dor de garganta e coriza, seguido ou não de anosmia, ageusia, diarreia, dor abdominal, febre, calafrios, mialgia, fadiga e/ou cefaleia. Já no caso moderado possui sintomas mais frequentes e pode incluir desde tosse e febre persistentes diárias, até sinais de piora progressiva de outros sintomas relacionados à COVID-19, como adinamia, prostração, hiporexia, diarreia, além da presença de pneumonia sem sinais ou sintomas de gravidade (Organização Pan-Americana de Saúde, 2021).

No caso grave, também chamado de Síndrome Respiratória Aguda Grave, observa-se dispneia/desconforto respiratório, pressão persistente no tórax, saturação de O₂ menor que 95% em ar ambiente e coloração azulada de lábios ou rosto. Enfim, o caso crítico possui como principais sintomas a sepse, síndrome do desconforto respiratório agudo, insuficiência respiratória grave, disfunção de múltiplos órgãos, pneumonia grave que geram necessidade de suporte respiratório e internações em UTI (Brasil, 2022).

Pode-se observar, ainda, a existência de casos assintomáticos, em que a identificação do vírus ocorre por teste laboratorial positivo para COVID-19. Deve-se salientar a existência de fatores de risco para a agudização dos casos, sendo: doenças cardiovasculares, metabólicas, pulmonares, hepáticas e renais progressivas (Villegas-Chiroque, 2020).

O diagnóstico pode ser feito por investigação clínico-epidemiológica, anamnese e exame físico a partir dos sinais e sintomas característicos da COVID-19, pelo histórico de contato próximo ou domiciliar nos 14 dias com pessoas já confirmadas para COVID-19 e por diagnósticos laboratoriais. Os diagnósticos laboratoriais compreendem: biologia molecular - identifica a presença do material genético Ácido Ribonucleico (RNA) do vírus SARS-CoV-2 em amostras de secreção respiratória, por meio das metodologias de RT-PCR; sorologia detecta anticorpos IgM, IgA e/ou IgG produzidos pela resposta imunológica do indivíduo em relação ao vírus SARS-CoV-2 e os testes rápidos detectam os antígenos virais do SARS-CoV-2 em amostras coletadas de nasal/nasofaringe e devem ser utilizados para a identificação da infecção ativa. Também, pode ser utilizado o diagnóstico por imagem a partir de alterações tomográficas compatíveis com o caso da COVID-19 (Ministério da Saúde, 2021).

O vírus de RNA, o SARS-CoV-2, sofreu diversas mutações desde a sua identificação. Desta forma, o vírus original (ancestral) pode ter inúmeras variantes, cada uma com um grupo distinto de mutações. Rambault *et al.* (2020) foram responsáveis por criar, um sistema de classificação em linhagens, tendo como base grandes ramos que receberam o nome segundo as letras do alfabeto, do vírus ancestral. Assim, à medida que diferenciações genéticas aliadas às evidências epidemiológicas surjam dentro de cada grande ramo, novas linhagens são designadas (Ministério da Saúde, 2021). Após o surgimento do vírus original (ancestral), outras cepas foram identificadas até os dias atuais, com diferentes sintomatologias, fazendo com que a COVID-19 passasse a ser uma doença sazonal, com menor grau de letalidade, quando comparada ao seu aparecimento no mundo.

Em relação ao número de casos notificados e à taxa de mortalidade por COVID-19, até 19/10/2024, o mundo apresentou 270.155.054 casos confirmados e 6.954.353 mortes. No Brasil, na mesma data, 38.973.832 casos foram confirmados e 713.860 óbitos notificados (Ministério da Saúde, 2024).

O Boletim Epidemiológico de 25/10/2024 mostra a situação epidemiológica do Rio de Janeiro, estado onde o estudo foi realizado, que foram confirmados 713.860 casos/100 mil habitantes, e 453/100 mil habitantes de óbitos (Organização Mundial de Saúde, 2024). Cavalcante e Abreu (2020) ressaltam que a cidade do Rio de Janeiro é um dos maiores centros urbanos do país considerada a segunda cidade com maior número de casos da doença, tendo o

primeiro caso registrado em 6 de março de 2020, apenas 11 dias após o primeiro caso do Brasil, sendo o primeiro óbito no dia 20 de março de 2020. Vale destacar que a cidade do Rio de Janeiro possui uma dinâmica econômica e social de alta conectividade com outros centros urbanos, favorecendo sua transformação num polo de disseminação da doença para outros territórios.

É importante pontuar os aspectos relacionados às medidas profiláticas para a prevenção e o controle da velocidade de contágio do novo coronavírus ao nível nacional. As medidas de mitigação são reconhecidas como decisivas para o país ter uma evolução favorável da situação epidemiológica, com desaceleração do quantitativo de casos e óbitos (Cavalcante; Abreu et al., 2021). Diante dos acontecimentos, passou a ser recomendado o distanciamento físico e social, o confinamento domiciliar, a prática de higiene das mãos, o uso de máscaras e a detecção precoce de pessoas infectadas. O Ministério da Saúde atuou imediatamente, acionando o Centro de Operações de Emergência, visando o planejamento e organização de atividades. A partir disso, foram implementadas diversas ações, incluindo o plano de contingência e a disseminação de informações para a população por meio da imprensa. Este disponibilizou também novos meios de atendimento e orientação para a população no sentido de reforçar a importância das medidas de prevenção da transmissão do coronavírus (Oliveira *et al.*, 2020).

As secretarias estaduais de saúde, em parceria com as secretarias municipais de saúde, criaram um guia orientador para enfrentamento da pandemia a fim de sistematizar ações para apoio aos gestores. Esse guia trouxe a descrição da doença, medidas de prevenção, diagnóstico e tratamento, bem como o atendimento, além das campanhas de conscientização da população sobre medidas de prevenção e controle do vírus (Brasil, 2020).

No mundo, houve mudanças drásticas no cotidiano das pessoas, as quais foram acompanhadas por um crescimento vertiginoso de informações, nem sempre precisas, divulgadas diariamente pelos meios de comunicação oficiais ou pelas redes sociais. Em razão disto, houve uma crescente circulação de boatos acerca do contágio, produzindo uma segunda mazela pandêmica: a propagação de notícias falsas relacionadas à COVID-19, cuja veiculação principal se deu nas redes sociais (Calil, 2021).

A política influenciou a mitigação da pandemia de COVID-19. No setor político, governadores brasileiros expressavam posições distintas, mesmo em um contexto em que a pandemia seguia fora de controle. A militarização do Ministério da Saúde logrou oficializar uma política negacionista, que ao longo desse processo repetiu sistematicamente afirmações insustentáveis. O Presidente da República Federativa do Brasil conseguiu eliminar do

horizonte a possibilidade de contenção efetiva da epidemia, apresentando-se e em inúmeras aparições em público sem máscara, estimulando aglomerações, mais preocupado com a economia e atribuindo a responsabilidade pela crise aos defensores do isolamento social, ainda que sua política tenha agravado a crise ao prolongar a vigência da pandemia (Calil, 2021).

No Brasil, as informações oficialmente disseminadas foram, com frequência, contraditórias e antagônicas. Alguns meios de comunicação seguiram a ciência e as orientações da OMS, outros seguiram o posicionamento da Presidência da República, que subestimou a gravidade da pandemia e incentivou aglomerações, numa posição “negacionista”, colocando a população frente a duas posições distintas: uma da OMS e a outra do Presidente da República, sem um plano nacional de enfrentamento da pandemia (Pacheco; Antunes, 2015).

A falta de um comando único e de planejamento com base na ciência para combater a COVID-19, a proliferação de notícias falsas pode ter contribuído para dividir a população que no momento exigia conformidade. O Brasil se transformou no segundo país com maior número de mortes no mundo, ficando atrás somente dos Estados Unidos. Os efeitos da pandemia atingiram toda a sociedade, porém com mais intensidade a população carente, por falta de condições dignas de sobrevivência preexistentes (Gomes; Bentolila, 2021).

Como não havia tratamento para COVID-19, uma vacina eficaz seria crucial para controlar a pandemia e retornar à normalidade. Em 2020, o mundo acompanhava com grandes expectativas o desenvolvimento de estudos científicos com as candidatas às vacinas contra o novo Coronavírus, sendo quatro delas no Brasil (Castro, 2021). Em diferentes países, laboratórios e instituições de pesquisa passaram meses em processo acelerado de estudo, a fim de desenvolver um imunizante apropriado para minimizar o impacto de saúde causado pelo SARS-CoV-2 (Antenor, 2021).

A vacinação contra a COVID-19 foi aprovada no Brasil, para uso emergencial em todo o território nacional, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), no dia 17 de janeiro de 2021. As vacinas autorizadas inicialmente foram duas: (1) Coronavac (Butantan / Sinovac), sendo uma vacina com tecnologia de vírus inativado; (2) Astrazeneca Covishild (Oxford / Fiocruz) o qual é uma vacina com tecnologia biomolecular baseada no chamado “vetor viral”, que consiste na utilização de um vírus modificado, com o passar do tempo outras vacinas foram incorporadas ao sistema de vacina brasileiro (Ministério da saúde, 2021). Essas vacinas tiveram o objetivo principal de evitar internações e óbitos pela doença, principalmente entre os grupos de maior risco para agravamento (Brasil, 2022b).

Conforme a Rede Nacional de Dados de Saúde – RNDS, o Brasil em 25/10/2024, encontrava-se com um total de 522.166.640 doses de pessoas vacinadas (Brasil. Ministério da Saúde, 2024).

Após o início da vacinação, foram registradas quedas das mortes por COVID-19 no Brasil. Conforme o estudo de Araújo e Fernandes (2022, p. 1), realizado no Sul do Brasil, “as populações vacinadas apresentam taxas de mortalidade 40,4% menores do que as não vacinadas”. Com resultados semelhantes, um estudo realizado pelo Instituto Butantan (2021), no interior paulista, constatou que a imunização causou uma redução de 80% no número de casos sintomáticos de COVID-19, de 86% nas internações e de 95% dos óbitos (Brasil, 2022).

O esquema básico de vacinação, definido pelo Ministério da Saúde (2024), estabelece as seguintes diretrizes:

Crianças que iniciaram o esquema vacinal primário, recomendado para a faixa etária de 6 meses a 4 anos, 11 meses e 29 dias, com a vacina 1ª dose de monovalente XBB, Moderna e a 2ª dose após 4 semanas da 1ª dose, com a vacina Monovalente XBB, Moderna. A partir de 5 anos, uma dose da vacina monovalente XBB, Moderna.

Pessoas imunocomprometidas, a partir de 6 meses de idade (grupo prioritário), esquema vacinal de 3 doses: 1ª dose, 2ª dose após quatro semanas da 1ª dose, 3ª dose oito semanas da 2ª dose. Recomendação de doses anuais, grupos prioritários a partir de 5 anos: esquema vacinal uma dose da vacina XBB, intervalo mínimo de 3 meses do recebimento da última dose de qualquer vacina COVID-19.

Pessoas imunocomprometidas a partir de 5 anos, gestantes, puérperas e pessoas com 60 anos ou mais, o esquema vacinal de duas doses anuais da vacina XBB com intervalos de 6 meses entre cada dose.

Segundo o Ministério da Saúde (2024), foram distribuídas cerca de 522.166.640 doses de vacinas de COVID-19 no Brasil até outubro de 2024. A vacinação é a forma mais eficaz de prevenção da COVID-19, pois desde o início de sua aplicação até os dias atuais teve queda no número de casos e, principalmente, de óbitos por COVID-19. Por isso, é de extrema importância a vacinação para o enfrentamento da pandemia, sendo estas completamente seguras, licenciadas e testadas rigorosamente, além do acesso gratuito às doses pelo Sistema Único de Saúde (Ministério da Saúde, 2024).

Ademais, para o combate à pandemia, suscitou-se o desenvolvimento de vacinas seguras e eficazes, em tempo recorde, com o uso de diversas plataformas de pesquisa e diferentes tecnologias para conter o avanço da COVID-19. Em diferentes países, laboratórios e instituições de pesquisa passaram meses em processo acelerado de estudo, a fim de

desenvolver um imunizante apropriado para minimizar o impacto de saúde causado pelo SARS-CoV-2 (Antenor, 2021).

A partir da pandemia de COVID-19 houve um movimento de tentar impedir o avanço do vírus, com a adoção de medidas para o combate à infecção, tratamento da doença e a distribuição de vacinas. Tais medidas, de fato, têm contribuído para a redução progressiva nas taxas de morbimortalidade, como visto nos dados epidemiológicos recentes supracitados (Araújo; Fernandes, 2022).

Araújo e Fernandes (2022) ainda declaram que as vacinas tiveram um papel efetivo na redução global da volatilidade associada aos registros diários de óbitos por COVID-19, acarretando uma previsibilidade e uma diminuição quantitativa dos óbitos. Devido a isto, pode-se afirmar que as vacinas contra o coronavírus integradas no Brasil representaram uma medida de saúde pública altamente eficaz.

A COVID-19 colocou-se como um novo objeto que se produziu socialmente em cada país, constituindo representações sociais, implicando estudá-las como conhecimento técnico-profissional e do senso comum (Oliveira, 2001). As representações sociais de um determinado fenômeno encontram-se ancoradas em processos psicológicos e sociais próprios, enquanto um sistema socialmente aceito de significação. Ela mostra como o conhecimento científico é transformado em conhecimento leigo ou técnico-profissional, e se assume como uma dimensão de conhecimento que permite o consenso, organiza o sentido e o significado sobre uma realidade (Moscovici, 2000).

Além disso, a COVID-19 impôs novas regras sociais, acarretou mortes e efeitos devastadores. Desta forma, a doença não é apenas um objeto médico e científico, mas também social. Nesse entendimento, considera-se que as reações a essa ameaça mostram, não somente as especificidades do vírus e os riscos que ele representa, mas fala sobre as pessoas, seus sistemas de pensamento, as relações com os outros, os valores e princípios que regem o funcionamento social (Apostolidis et al., 2020).

Uma pandemia como a COVID-19 implica, também, em uma perturbação psicossocial que pode ultrapassar a capacidade de enfrentamento da população afetada. Pode-se considerar que a população total do país sofreu um impacto psicossocial em diferentes níveis de intensidade e gravidade. A maioria dos problemas psicossociais são considerados reações e sintomas normais para uma situação anormal, estima-se um aumento da incidência de transtornos psíquicos (entre um terço e metade da população) consoante a magnitude do evento, o grau de vulnerabilidade psicossocial, o tempo e a qualidade das ações psicossociais na primeira fase da resposta à pandemia (Noal *et al.*, 2020).

Nesse contexto, se colocam as *fakes News*, informações falsas que geraram um conjunto de desinformações sobre objetos sociais, como o novo coronavírus e as vacinas, agravando as implicações psicológicas associadas à nova dinâmica social. Consoante a isso, a gravidade e as incertezas relativas a esse fenômeno social provocaram emoções e estados psicológicos como o medo, o desespero e até mesmo o pavor (Do Bú, 2020).

No período da quarentena, com a adoção de isolamento e distanciamento social, as informações equivocadas, a falta de informações consistentes e a insegurança, acarretaram diferentes consequências para a sociedade, incluindo aumento da violência doméstica, perda de empregos, rotinas escolares alteradas, entre outros (Soares *et al.*, 2021). O autor afirma que os fatores de risco psicossociais mais citados nos estudos foram o medo de contrair a doença e a dificuldade financeira. Havendo a necessidade de uma atenção maior aos grupos mais vulneráveis, sendo eles: idosos, crianças e pessoas com doença mental. Diante desta circunstância no país, é conhecido que fatores de estresse referente a danos financeiros que sucedem a riscos psicossociais comumente presentes em momentos de crises econômicas, podem perdurar por meses, durante e após a quarentena, ele se aplica aos casos de desemprego e pobreza (Silva *et al.*, 2021).

Um estudo realizado por Silva *et al.* (2021) quanto às representações do grupo de participantes afetados pela pandemia, aponta o maior peso semântico obtido nas palavras: medo, morte, insegurança, tristeza e cuidado. Outro estímulo apresentado foi o desemprego, para este, a palavra fome aparece com o maior peso semântico. Tal realidade demonstra a existência de um problema social, uma vez que inúmeras famílias enfrentaram dificuldades extremas.

Ribeiro-Silva *et al.* (2020) complementam que, com a pandemia, as famílias que se encontravam em um contexto de vulnerabilidade social, possivelmente apresentaram vulnerabilidade à pandemia da COVID-19, pela desigualdade social em maior escala. Foram mais afetadas as pessoas de menor renda, aqueles que estavam desempregados e os que trabalhavam na informalidade.

A desigualdade social e a ausência de acesso a saneamento básico revelam-se como dos principais problemas enfrentados quando se busca o combate à doença. Sabe-se que a expectativa de vida saudável e as taxas de mortalidade têm sido historicamente desproporcionais entre as populações mais ricas e mais pobres, o que ficou ainda mais evidente com o advento da COVID-19. Considerando que a população mais pobre é mais propensa a doenças crônicas, isto as coloca numa posição de maior risco de mortalidade associada a COVID-19 (Dourado *et al.*, 2021).

Após 40 meses, em 05 de abril de 2023, a OMS decretou o fim da emergência de saúde global da pandemia de COVID-19. A OMS considerou em sua decisão que havia tendência decrescente dos óbitos por COVID-19, declínio nas hospitalizações e internações em unidades de terapia intensiva e altos níveis de imunização da população (Ministério da Saúde, 2023).

Neste contexto, no âmbito do SUS, na Saúde Suplementar e Saúde privada, as estratégias de vigilância estabelecidas e preconizadas no Brasil para a COVID-19 devem continuar sendo desenvolvidas e fortalecidas, principalmente no que se refere à vigilância genômica. Esta é uma estratégia essencial para o país, pois permite identificar oportunamente o surgimento de novas variantes de preocupação ou de interesse, que podem alterar o padrão da transmissão e morbimortalidade da COVID-19 (Ministério da Saúde, 2023).

As orientações, no âmbito da vigilância epidemiológica, frente ao decreto do fim da epidemia, recomendaram a manutenção das ações de vigilância epidemiológica da COVID-19 no Brasil, vigentes desde o fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (Espin) em abril de 2022. Antes de qualquer alteração no modelo de vigilância, é necessário compreender se o perfil da doença se manterá com redução de casos e óbitos e, para tal, faz-se necessário manter a notificação universal da COVID-19 e o modelo de vigilância atual estabelecido (Ministério da Saúde, 2023).

Sabe-se que a principal medida de prevenção contra as formas graves da COVID-19 é a vacina. Desta forma, o MS alertou que é necessário intensificar as estratégias e ou ações para o alcance da meta de 90% de cobertura vacinal da população-alvo (Ministério da Saúde, 2023).

1.1.2 Políticas Públicas de Desenvolvimento da Atenção à COVID-19 no Brasil

Após os rumores sobre a doença emergente, respondendo aos alertas da OMS, o Brasil, por meio da criação do Grupo de Emergência em Saúde Pública que definiu medidas preventivas e de monitoramento dos casos no país, antes mesmo da entidade declarar Emergência em Saúde Pública de Interesse Internacional (Souza et al., 2023).

Em 22 de janeiro de 2020 foi ativado o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública para o novo coronavírus (COE COVID-19), para harmonização, planejamento e organização das atividades e monitoramento da situação epidemiológica, estratégia prevista

no Plano Nacional de Resposta às Emergências em Saúde Pública do MS (Ministério da Saúde, 2020b). O primeiro caso confirmado de pessoa com o novo coronavírus no país ocorreu em 26 de fevereiro de 2020 em São Paulo- SP, tratava-se de um homem idoso, que havia retornado de viagem à Itália.

A partir disso, em 3 de março de 2020, foram publicadas tanto a Portaria no 188/2020 pela Presidência da República, declarando ESPIN, e a Lei no 13.979/2020, recomendando às autoridades imporem o isolamento e a quarentena de casos como ações estratégicas para impedir a propagação do vírus (Souza et al., 2023).

Foi realizado nos dias 10 e 11 de março de 2022, na sede da OPAS/OMS em Brasília, quando estiveram reunidos especialistas nacionais e internacionais para discussão e aprofundamento e recomendações sobre a COVID-19, doença causada pelo novo coronavírus, quando foi caracterizada como uma pandemia (Ministério da Saúde, 2020b).

Mundialmente, os países se empenharam esforços e adotaram várias estratégias para contenção da pandemia, tais como, rastreamento de contato, isolamento e outras medidas de saúde pública e sociais para enfrentar e controlar a pandemia da COVID-19, visando conter o surto e reduzir a letalidade. Após a declaração da OMS da situação pandêmica as respostas foram intensificadas, com a preocupação voltada para o achatamento da curva, o aumento da capacidade do sistema de saúde e a adoção da mitigação, evidenciando ainda mais as divergências então existentes (Cimini; Julião; Souza, 2020).

Com a evolução da pandemia observou-se a incapacidade de detecção e rastreamento da COVID-19 e dos contatos visando a contenção da doença. A vigilância em saúde pública constitui-se uma estratégia para garantir o apoio técnico, operacional e logístico, com a provisão de recursos necessários para a implementação e desenvolvimento de um modo de atuação, favorecendo maior participação social e a otimização do uso de equipamentos social e um processo eficaz de contenção da transmissão comunitária da COVID-19 (Prado *et al.*, 2021).

Segundo Prado *et al.* (2021, p. 2844) “a vigilância em saúde robusta foi fundamental para controlar a disseminação e orientar a implementação contínua de medidas de prevenção”. Tendo essa como função essencial em um sistema de saúde pública, para coleta, análise e interpretação sistemática contínua de dados aos tomadores de decisão, para planejamento e intervenção, em local adequado e tempo oportuno que visava atender às necessidades e às dinâmicas cultural e populacional de cada país.

Diante deste cenário, em março de 2020, sem nenhuma intervenção farmacológica eficaz ou vacinas disponíveis para tratar ou prevenir a COVID-19, começaram a ser adotadas

medidas de saúde pública preventivas não farmacológicas, como isolamento, distanciamento físico e quarentena (Nussbaumer-Streit *et al.*, 2020). Sendo essas as únicas maneiras eficazes de responder a epidemia visando a diminuição do contágio, uma vez que não havia tratamento para a doença (Almeida *et al.*, 2021).

A OMS então, emitiu orientações técnicas relacionadas à resposta à COVID-19, incluindo coordenação, planejamento e monitoramento no âmbito nacional, vigilância, equipes de pronta resposta e investigação de casos, laboratórios nacionais, tratamento de casos (cuidados hospitalares e domiciliares), prevenção e controle de infecções, protocolos de investigação precoce, comunicação de risco e engajamento da comunidade, suporte operacional e logístico, redução da transmissão de animais para seres humanos e pontos de entrada e aglomerações (Organização Pan-americana de Saúde, 2020).

Por se tratar de uma doença nova e desconhecida, a COVID-19 trouxe diversos desafios para os serviços de saúde. Desde o início da pandemia, o esforço da ciência na identificação e desenvolvimento de esquemas terapêuticos e preventivos eficazes e seguros ocorreu numa velocidade e intensidade nunca vistos (Travassos, 2020).

O surgimento da pandemia tornou evidente a fragilidade na qual se encontrava a Saúde Pública Brasileira. Esse sucateamento se deu pela desvalorização e negligência da política brasileira em relação à saúde, prova disso foi a PEC (Proposta de Emenda à Constituição) do Teto que congelou os investimentos em saúde e educação por 20 anos (Silva *et al.*, 2021). Para Nunes (2020) ações e omissões, nas últimas décadas, diminuíram a capacidade do Sistema de Saúde para enfrentar a pandemia de COVID-19. Para o autor, foram feitas escolhas políticas que “acentuaram a desigualdade econômica, a precariedade do trabalho e o enfraquecimento de serviços públicos de assistência” (Nunes, 2020, p. 2). Em vista disso, gerou um crescimento da população em situação de vulnerabilidade às doenças e com incapacidade de lidar com as suas consequências.

O Governo brasileiro, porém, “deu mais importância à redução da tributação dos bancos e a destinação de mais de 1 (um) trilhão de reais ao sistema financeiro, do que para pesquisas e políticas diretas para o combate à COVID-19” (Abrantes, 2020, p. 80). Frente a este cenário:

A evolução da pandemia da COVID-19 gerou um padrão de interação relacional na esfera pública amplamente conflitivo, repercutindo no aumento de tensões internacionais e na ruptura de princípios do multilateralismo da política externa (...) (Senhoras, 2020, p. 108).

Como enfrentamento desse cenário, uma parceria do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), foi criado em maio de 2020, o Guia Orientador para Enfrentamento da Pandemia na Rede de Atenção à Saúde (RAS), a fim de sistematizar ações para apoio aos gestores estaduais, municipais e trabalhadores do SUS no enfrentamento a pandemia de COVID-19. Este discute a importância das redes de atenção à saúde e traz a descrição da doença, medidas de prevenção, diagnóstico e tratamento, bem como roteiro para realização de atendimento virtual (telemedicina) através de veículos de comunicação, tendo sido um importante documento de orientação das ações desenvolvidas a partir daí nos serviços de saúde de todo o Brasil (Ministério da Saúde, 2020b).

Mesmo sendo negadas pelo governo federal, os governos regionais e estaduais avançaram de forma coordenada e, juntamente com os municípios, procurou formas de enfrentamento da pandemia com base no conhecimento científico, investindo em estratégias de vigilância em saúde para identificar e isolar rapidamente sintomáticos e contatos de COVID-19. Além das campanhas de conscientização da população sobre uso de máscaras, evitar aglomerações, distanciamento social e físico (Abrantes, 2020).

O MS, por sua vez, pautado ainda, no fortalecimento da assistência à saúde, direcionou ações para a capacitação de recursos humanos e ampliação da cobertura do SUS, por meio da contratação de profissionais de saúde temporários, especialmente médicos. Onde também propôs que todas as Redes de atenção à saúde, se tornassem responsáveis pelas demandas de atendimento à Síndrome Respiratória, cada uma no seu nível de complexidade com o intuito de atender a demanda que passou a ocorrer nos serviços. A organização da RAS ocorreu com a integração dos diversos pontos de atenção de um território micro e macrorregional de saúde, em todos os níveis de atenção à saúde, incluindo hospitais, ambulatórios, atenção primária e os demais setores envolvidos no cuidado à saúde (Brasil, 2020; Oliveira *et al.*, 2020).

Nos grandes centros foram criados hospitais temporários, denominados hospitais de campanha, e estruturadas unidades sentinela para garantir o acesso à saúde. Com o objetivo de atender exclusivamente pessoas suspeitas ou confirmadas com o SARS-CoV 2, com o intuito de evitar a contaminação de todos os hospitais (Brasil, 2020).

As dificuldades de coordenação no âmbito do governo federal se acentuaram entre áreas da política, a Presidência da república e o MS culminando em duas trocas do titular do MS, com repercussões sobre a composição das equipes técnicas federais. Da mesma forma, foram intensificadas as diferenças de posições entre os governos federal, estaduais e municipais em torno das medidas de enfrentamento, bem como entre governos e grupos da

sociedade (comunidade científica, movimentos sociais), o que dificultou a coordenação de esforços no enfrentamento da pandemia (Lima, 2020).

As divergências entre as ações necessárias e os discursos oficiais levaram o Supremo Tribunal Federal a decidir, por unanimidade, que estados e municípios tivessem autonomia para determinar medidas de isolamento social. Porém, mesmo iniciativas inovadoras como a implantação de um comitê científico de enfrentamento da COVID-19, vinculado ao Consórcio dos Governadores do Nordeste, e a adoção de medidas pelos Conselhos de Representação de Secretarias Estaduais e Municipais para orientar gestores e trabalhadores do SUS, foram insuficientes, sem uma articulação efetiva com o governo federal (Lima, 2020).

Dois argumentos foram usados para explicar a crise do Estado federativo brasileiro, com o intuito de contribuir para a compreensão dos condicionantes e desafios da coordenação de políticas públicas e do SUS no contexto da COVID-19. Primeiramente, foram os fatores que constroem a atuação do estado de origem anterior ao surgimento da pandemia, que embora tenha ocorrido tensões políticas agudizadas com a COVID-19, outros aspectos de natureza político-institucional (características do arranjo federativo) e histórico-estrutural (desigualdades socioespaciais), também limitaram a articulação e o desempenho dos governos. E o segundo relaciona-se com a necessidade de integração entre áreas da política pública e da articulação entre governos para o desenvolvimento de medidas mais efetivas de mitigação dos danos sociais, econômicos e sanitários decorrentes da COVID-19. Que ditou ser essencial, frente à pandemia, estratégias e instrumentos de coordenação, envolvendo múltiplas dimensões, atores e escalas de decisão e ação, para a implantação de políticas e ações mais abrangentes e integradas (Lima, 2020).

Nesse cenário, iniciou-se a busca por vacinas ou tratamentos eficazes contra a COVID-19, com vistas a vencer a pandemia. O MS, governos, cientistas, indústrias farmacêuticas e instituições não governamentais em nível mundial fizeram um movimento de arrecadação de fundos para o desenvolvimento e produção de vacinas para ser disponibilizada à população global (Couto; Barbieri; Matos, 2020). Segundo Serpa *et al.* (2021, p. 127), “diante da pandemia da COVID-19 existia a necessidade de vacinação de toda a população contra o SARS-CoV-2, com vacinas seguras e eficazes. A vacinação é a principal estratégia de saúde pública para conter a propagação da doença”.

Nessa circunstância, foi encorajada uma corrida pelo desenvolvimento de uma vacina e muitos países começaram a se articular em diversos eixos, com uma alternativa para combater a maior propagação da COVID-19. E diversos países realizaram em conjunto com a OMS o financiamento universal da vacina. Esta mobilização existente no mundo em torno do

desenvolvimento de diversas propostas vacinais para combater à COVID-19 possibilitou à humanidade chegar em 2021 com o processo de vacinação iniciado em 50 países, o que não aconteceu no Brasil (Souza et al., 2021).

Chade (2020), indaga que o Brasil não aderiu a essa estratégia de ação global. Mesmo sendo um país com um sistema de saúde que possui o Programa Nacional de Imunização (PNI), com larga trajetória e reconhecido internacional que deveria ter definido uma estratégia nacional prioritária de combate à pandemia através da vacinação de toda a população contra a COVID-19. Todavia, a vacinação contra a COVID-19 foi aprovada no Brasil para uso emergencial em todo o território nacional pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) apenas no dia 17 de janeiro de 2021 (Brasil. Ministério da Saúde, 2021).

O posicionamento do governo brasileiro em relação à imunização da população não foi diferente do adotado em relação às outras medidas de enfrentamento da disseminação da pandemia. O negacionismo, a declaração do presidente de que não tomaria a vacina e não a tornaria obrigatória, contribuiu para a expansão dos movimentos antivacina (Uol, 2020). Esse posicionamento governamental em relação à pandemia fez com que partidos de oposição impetraram ação de obrigatoriedade de apresentação de um Plano Nacional de Vacinação contra a COVID-19 junto ao Supremo Tribunal Federal (STF) (Teixeira, 2020).

Cabe destacar que o Plano Nacional de Vacinação contra a COVID-19 foi apresentado em 16 de dezembro de 2020, e em 17 de janeiro de 2021 foi autorizada a vacinação contra a COVID-19 no Brasil, com o objetivo de evitar internações e óbitos pela doença, principalmente para os grupos de risco (Brasil, 2021). Apesar de todas as dificuldades no processo de fabricação da vacina contra COVID-19 e os posicionamentos e discursos contraditórios do governo brasileiro, a campanha teve êxito e a COVID-19 passou a ser controlada.

Pode-se dizer que a pandemia da COVID-19 explicitou que a forma de enfrentamento de uma situação pandêmica letal não está no mercado, tampouco na saúde privatizada, mas “no fortalecimento de um sistema público e universal, apoiado no pressuposto da saúde como bem comum e na participação social como mecanismo democrático essencial para sua definição e implantação” (Nunes, 2020, p. 3).

1.2 O Cuidado Profissional de Saúde na Pandemia de COVID-19

1.2.1 Concepções de cuidado de saúde

A palavra cuidado provém do latim *coera* com o mesmo sentido de cura. De origem etiológica *cagitatus*, refletido, pensado, imaginado e meditado. Se refere a “dedicação, cujo comportamento, aparência, formação moral e intelectual são primorosas (falando de pessoa); atenção especial, comportamento precavido, zelo, desvelo que se dedica a alguém ou algo” (Houaiss, 2001, p. 885). O cuidado também significa “desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção e se concretiza no contexto da vida em sociedade” (Souza *et al.*, 2005, p. 267). Ele implica em colocar-se no lugar do outro tanto na dimensão pessoal, quanto social em diversas situações, dentre elas no nascimento, no desenvolvimento e na morte (Souza *et al.*, 2005).

Para Boff (1999) o cuidado manifesta-se quando têm existência de alguém de importância para si, frente a isso passamos a nos dedicar ao outro, participando de seu destino, de suas buscas, sofrimentos e sucesso, enfim de sua vida. O autor ainda afirma que o cuidar deve ser entendido não apenas como um ato, mas como uma atitude, abrangendo um momento de atenção, de zelo e desvelo. Representa um posicionamento de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.

O cuidado está na raiz do ser humano, este é indispensável, sendo uma dimensão sempre presente, irredutível, originária, ontológica e impossível de ser completamente desvirtuada. Nesse ínterim:

mitos antigos e pensadores contemporâneos dos mais profundos nos ensinam que a essência humana não se encontra tanto na inteligência, na liberdade ou na criatividade, mas basicamente no cuidado (Boff, 1999, p. 240).

Segundo Zeferino *et al.* (2008) o cuidado surgiu como uma característica humana, comum a todos os povos, como uma prática moral, relativa à dignidade, respeito, afeto, sentimento de compaixão, ou como uma interação interpessoal, na qual a comunicação, confiança, respeito e empenho estão subjacentes, tornando-se um componente primordial do ser humano.

Para Boff:

O cuidado é mais do que um ato singular ou uma virtude ao lado das outras. É um modo de ser, isto é, a forma como a pessoa humana se estrutura e se realiza no

mundo com os outros. Melhor ainda, é um modo de ser-no-mundo que funda as relações que se estabelecem com todas as coisas (Boff, 1999 apud Silva, 2005, p. 473 Este expressa o aqui e agora, retém vivências e se projeta para o futuro, numa relação dinâmica entre os vários atos de cuidar e a atitudes, as quais aparecem permeadas de elementos constitutivos da história da vida, imbuídos do aspecto psicossocial, cultural e até mesmo acadêmico (Boff, 1999 apud Silva, 2005, p. 473).

Durante muito tempo, o cuidado não esteve associado a nenhum ofício ou profissão e sua história se construiu sob duas orientações: cuidar para garantir a vida e cuidar para enfrentar a morte. A primeira estabelece uma relação entre mulheres e o cuidado, ao considerar que elas estão presentes em todas as fases do ciclo de vida dos seres humanos, desde o cuidado com o recém-nascido até com os idosos e indivíduos em estado terminal. A segunda associa-se à época em que as condições de vida dos seres humanos eram precárias e as mortes eram constantes, sendo o cuidado organizado através de rituais confiados ao xamã e ao padre (Coelho; Fonseca, 2005).

Pode-se afirmar que a ação de cuidar existe desde os primórdios da humanidade, em que a figura feminina se apresentava associada às práticas de manutenção da espécie (Pontes, 2016). Nesse contexto, “historiadores e antropólogos consideram que a proteção materna foi a primeira forma de manifestação do cuidado humano” (Pontes, 2016, p. 31). O cuidado se caracterizava por ser realizado baseado nas experiências de forma, embasado nas forças místicas e na ação da natureza, sendo prestado e recebido sem uma estruturação ou um conhecimento prévio do que era realizado (Zeferino *et al.*, 2008).

O cuidado ganhou uma nova conotação no cristianismo e nas instituições religiosas, caracterizando-se por seu sentido religioso de prestar ajuda e oferecer apoio espiritual (Waldow, 2006). Posteriormente, com o surgimento dos hospitais, o cuidado tornou-se institucionalizado e surgiu a necessidade de treinar pessoas para administrar medicamentos, limpar feridas e desempenhar atividades de conforto aos doentes. Com o passar do tempo e a evolução dos seres humanos, o cuidado foi adquirindo novos significados através da transformação do conhecimento empírico em conhecimento embasado em estudos (Zeferino *et al.*, 2008).

Portanto, Souza *et al.* (2005, p. 267) afirma que:

O cuidado possui um conceito mais amplo, que pode incorporar diversos significados, este depende da concepção ética que contempla a vida e o bem de si. Manifesta-se a partir da preservação da saúde dos cidadãos, nos relacionamentos compartilhados, nas circunstâncias, na doutrina e no dever e compromisso social de cada um.

Para Castro (2007, p. 11):

O cuidado é concebido como uma ação integral que se orienta pelas ações dos outros, as quais podem ser diferenciadas entre atividade racional orientada para fins e atividade comunicacional mediada por símbolos, tendo por fundamento a compreensão da saúde como direito de ser, em seus diversos âmbitos (ser social, ser político, ser cultural).

Importante destacar que existem diferentes tipos e maneiras distintas de conceber o cuidado, como cuidado de si, do outro e como cuidado profissional, que dependem da situação e da forma como eles se expressam. Além disso, o cuidado pode ser vislumbrado a partir das relações profissionais, isto é, o cuidado do outro ou das experiências pessoais; o cuidado de si (Waldow, 2011).

Portanto, vale destacar uma outra conotação, além da “existencial” do cuidado, que é o relacional, isto é, o eu com o outro e para o outro. Neste sentido, o cuidado passa a ter uma conotação de “interessar-se pelo outro”, e isto, de certa forma, movimenta ambos, completando-se um no outro (Waldow; Borges, 2011).

Segundo Silva *et al.*, (2005, p. 474):

Saber cuidar implica em aprender a cuidar de si e do outro, tendo sempre a noção da realidade, possibilidades e limitações. Por outro lado, a sociedade possui os valores que se estruturam e se constroem ao redor do cuidado com as pessoas, considerando as diferentes culturas, saberes, ideias e vivemos com as questões que envolvem o viver em relação de cuidado uns com os outros. Assim, o cuidado existe antes do agir humano, estando presente em todas as coisas e situações dos seres humanos. O cuidado é uma atitude que gera múltiplos atos e expressam a atitude de fundo, que é a essência ou cuidado em si.

No que diz respeito ao cuidado do outro, trata-se de um ato humano de fazer e de sentir-se cuidado, portanto para investigá-lo, é preciso compreender os seus múltiplos sentidos na diversidade social das famílias, dos grupos, das culturas, das sociedades, ou seja, no mundo real em que as pessoas vivem (Ferreira, 2013).

Quando uma pessoa se empenha na função de cuidar do outro, mostra a si mesma, satisfazendo uma necessidade sua e do outro, projetando-se para o futuro na perspectiva da qualidade de vida do outro, em um constante movimento em busca da realização existencial que é o exercício do cuidado (Silva, 2005).

Santana (2020) refere que o cuidado do outro sempre esteve presente na vida das pessoas:

O cuidado está presente em nossas vidas desde antes de nascermos, quando nascemos somos cuidados pelos outros, e com o tempo também aprendemos a cuidar. Ao direcionar nossa atenção para cuidar do outro demonstramos nosso afeto e respeito. Nesse sentido, também é importante direcionarmos nossa atenção para nós mesmos colocando em prática o autocuidado (Santana, 2020, p. 10).

Vale ressaltar que “a capacidade que o indivíduo tem para cuidar de si mesmo é chamada de intervenção de autocuidado, e a capacidade de cuidar dos outros é chamada de intervenção de cuidados dependentes” (Pereira *et al.*, 2011, p. 898).

No que se refere ao cuidar do outro pode-se afirmar que:

As ações de cuidado possuem alguns sentimentos fundamentais, tais como: A ternura, que é sinônimo de cuidado essencial e afeto que devotamos às pessoas e o cuidado que aplicamos às situações existenciais, ela emerge do próprio ato de existir no mundo com os outros (Silva *et al.*, 2005, p. 474).

Nesta circunstância, pressupõe-se que o cuidado do outro necessita de relações de troca e diálogo. Torna-se importante refletir sobre o que significa cuidar, não apenas como algo concreto, mas como uma ação composta de emoções, personalidade, autoconhecimento e que necessita de um olhar holístico e escuta qualificada.

Para Boff (1999, p. 6):

Cuidar do outro é zelar para que essa dialogação, esta ação de diálogo eu-tu, seja libertadora, sinérgica e construtora de aliança perene de paz e de amorização. O outro se dá sempre sob a forma de homem e de mulher, são diferentes, mas se encontram no mesmo chão comum da humanidade. Ambos realizam, em seu modo singular, a essência humana, abissal e misteriosa (...).

É necessário considerar que o cuidado de si se estabelece a partir do momento em que paramos e dirigimos o olhar para a nossa vida, permitindo realizar um exame de consciência sobre o que vivemos, com intuito de saber intenções propostas e não alcançadas, sobre como vivemos e administramos nossa existência, a nós mesmos, como um bem a ser preservado (Lunardi, 2004).

Segundo Pereira (2011) o autocuidado é uma capacidade que o indivíduo possui para cuidar de si mesmo. “O autocuidado é definido como um conjunto de atividades que a própria pessoa executa, consciente e deliberadamente, em seu benefício para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar” (Pereira *et al.*, 2011, p. 898). Queirós (2010) acrescenta que o autocuidado se organiza e se estrutura ao longo da vida, e este é universal por abranger todas as vivências, não se restringindo às atividades instrumentais de vida diária.

Para Orem (Queirós, 2014), o autocuidado pode ser definido como prática de atividades que favorecem o aperfeiçoamento e amadurecem as pessoas que o iniciam e desenvolvem dentro de espaços de tempo específicos, cujos objetivos são a preservação da vida e o bem-estar pessoal. E este possui três dos requisitos ou exigências apresentadas pela

autora, sendo eles: universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde. Os universais estão associados aos processos de vida e à manutenção da integridade da estrutura e do funcionamento humano. São comuns a todos os seres humanos durante os estágios do ciclo vital, como, por exemplo, as atividades do cotidiano; os de desenvolvimento são as expressões especializadas dos requisitos universais que foram particularizados por processos de desenvolvimento, associados a algum evento; por exemplo, a adaptação a um novo trabalho ou a mudanças físicas. E o de desvio de saúde é exigido em condições de doença, ferimento ou moléstia, ou pode ser a consequência de medidas médicas exigidas para diagnosticar e corrigir uma condição (Pereira *et al.*, 2011).

No que se refere ao cuidado profissional, pode-se dizer que o cuidado integral precisa ser algo que faça parte do dia a dia de uma unidade de saúde, em um modelo biopsicossocial de cuidados à saúde, ou seja de cuidado profissional.

Dessa forma, Formozo *et al.* (2012, p. 127) definem cuidado de saúde como:

O cuidado em saúde consiste em uma relação estabelecida entre pessoas, tendo em vista o alcance da melhoria do estado de saúde e da qualidade de vida, impingindo os resultados do processo relacional em todos os entes envolvidos. Assim, as práticas profissionais de cuidado não podem se restringir à ação técnica, mas devem ser expressas de forma atitudinal e relacional, devendo ser assumidas como questão complexa e multifacetada a partir de aportes teóricos interdisciplinares.

Segundo Pinheiro *et al.* (2009), cuidado de saúde não é apenas um simples procedimento técnico e nem um nível de atenção do sistema de saúde, mas sim uma ação de caráter integral direcionada para a compreensão da saúde como o direito de ser.

Formozo *et al.*, (2012) afirmam que os elementos envolvidos no relacionamento interpessoal, tais como a empatia e a escuta ativa, influenciam a prática de cuidado, visto que determinam a interação social estabelecida entre o profissional e o indivíduo que recebe o cuidado. Para tal interação, é necessário o engajamento adequado que propicie a efetivação do verdadeiro ato de cuidar. No entanto, geralmente, ao se falar em cuidado de saúde ou cuidado em saúde, atribui-se um sentido limitado que está enraizado no senso comum, que é “o de um conjunto de procedimentos tecnicamente orientados para o bom êxito de um certo tratamento” (Ayres, 2004, p. 74).

Assim, Nightingale (1989) traduz o cuidado de forma mais abrangente do que uma habilidade pessoal, definindo-o como uma atitude que exige conhecimento e comprometimento.

Pontes, a esse respeito, afirma que:

A cada dia tornam-se mais importantes os conhecimentos sobre a saúde, ou seja, o conhecimento da enfermagem, isto é, saber o que deve ser feito a fim de manter o organismo em condições tais que não contraia doenças, ou que possa recuperar-se de qualquer agravo à saúde. Essas noções são reconhecidas como as que todos devem possuir, distintas dos conhecimentos médicos afeitos apenas aos profissionais da medicina (Pontes, 2016, p.128).

Nesse sentido, atualmente, o cuidado de saúde, também denominado de paradigma da produção social de saúde ou paradigma biopsicossocial, visa superar o modelo biomédico ou curativista, focado na doença, refletindo em mudanças no conceito de saúde, nas práticas dos profissionais de saúde, na compreensão do processo saúde-doença e na organização do sistema de saúde pública brasileiro (Augusto; Barros; Pereira, 2011).

Nessa perspectiva, Ferreira (2013, p. 47) define cuidado como “atos/operações que se realizam no campo de ação da disciplina pelas enfermeiras, com fins terapêuticos, de promoção/manutenção da ordem orgânica funcional do corpo, do ambiente, do conforto e bem-estar”.

No que se refere ao cuidado profissional pode-se referir ao cuidado de enfermagem, que se insere no âmbito da intergeracionalidade, pois se revela na prática com um conjunto de ações, procedimentos, propósitos, eventos e valores que transcendem ao tempo da ação (Souza *et al.*, 2005, p. 268)

Pode-se refletir sobre o cuidado de si e do outro, fazendo perceber que cuidar das pessoas implica ter intimidade, senti-las dentro, acolhê-las, respeitá-las, dar-lhes sossego e repouso. Cuidar é entrar em sintonia com escutar o ritmo e afinar-se com ele. Dessa maneira, o ser humano consegue viver a experiência fundamental do valor, daquilo que tem importância e definitivamente conta (Silva *et al.*, 2005).

Portanto, o cuidado é fundamental para a compreensão do ser humano, sendo necessário para a condição de ser humano, pois envolve atenção para com o outro, atitude de desvelo e de solicitude (Boff, 2005).

1.2.2 Proposições teóricas do cuidado de enfermagem

No campo da saúde, o discurso sobre cuidado apresenta-se de forma mais genérica, entretanto, a enfermagem vem, historicamente e de forma sistemática, dando um tratamento

mais específico, buscando definir esse conceito, uma vez que o cuidado é reconhecido como objeto de trabalho próprio da enfermagem. Neste sentido, cabe considerar a exposição de algumas teóricas de enfermagem que contribuíram para a proposição de conceitos de cuidado de enfermagem.

Conforme ressaltado anteriormente, a origem das teorias de enfermagem se deu na metade do século XIX, com a teórica inglesa Nightingale (1989). As convicções religiosas e a sua atuação durante a Guerra da Criméia influenciaram as ações de Florence acerca do cuidado prestado aos doentes (Torres, 1993). A proposição teórica de Nightingale, publicada em 1859, teve como foco central o cuidado de enfermagem direcionado ao ser humano em sua interação com o meio ambiente (Stamm, 2002; Torres, 1993).

O cuidado de enfermagem, de acordo com as proposições de Florence, era fundamentado em conceitos religiosos, como a caridade, o amor ao próximo, a doação e a humildade, além de preceitos de valorização do ambiente adequado para realização do cuidado (Padilha; Mancia, 2005).

A grande teoria de Florence se concentra no ambiente. No entanto, este ambiente possui uma caracterização mais ampla, ou seja, representa todas as condições e influências externas que podem afetar a vida e o desenvolvimento de um organismo. Inclui dentre os elementos que o compõem os aspectos físicos, emocionais e sociais. Apesar de atribuir especial importância aos aspectos físicos do meio ambiente, como ventilação, luz, calor, dieta, higiene e ruído, também destacava a importância dos aspectos psicológicos e sociais no processo de cuidado (Degraaff, 1994).

Florence valorizou a arte através das ações de enfermagem, da estética, da intuição, da educação e da criatividade em defesa da dimensão psicológica e social do ser humano.

Enfatizou conceitos de ser humano, meio ambiente e condições sanitárias, como elementos-chave de saúde e cuidado. Ressaltou a importância do cuidado amoroso, humanizado e honesto. Apresentava ideias referentes à comunicação verbal e não-verbal como um instrumento de cuidado fundamental é a necessidade de ouvir sem pressa (Nightingale, 1989). Desta forma, a intervenção no ambiente não tinha como objetivo único o ordenamento do meio físico, mas sim, suas ações tinham como foco o paciente nas suas múltiplas dimensões.

Assim, Nightingale (1989) traduz o cuidado de forma mais abrangente que uma habilidade pessoal, definindo-o como uma atitude que exige conhecimento e comprometimento:

A cada dia tornam-se mais importantes os conhecimentos sobre a saúde, ou seja, o conhecimento da enfermagem, isto é, saber o que deve ser feito a fim de manter o organismo em condições tais que não contraia doenças, ou que possa recuperar-se de qualquer agravo à saúde. Essas noções são reconhecidas como as que todos devem possuir, distintas dos conhecimentos médicos afeitos apenas aos profissionais da medicina (Nightingale, 1989, p.11).

A enfermagem vem buscando, desde a década de 1950, formas para organizar seus conhecimentos, ou seja, sistematizar o cuidado desenvolvido, voltado para o bem-estar do indivíduo. A partir desse período, observa-se um avanço na construção dos conceitos de enfermagem, fornecendo base para a elaboração das suas teorias. As teorias são ferramentas indispensáveis para direcionar as ações do enfermeiro baseadas em seus próprios valores profissionais além do reconhecimento da enfermagem como profissão independente e como disciplina acadêmica (Leopardi, 2006).

No ano de 1952, Peplau, considerada uma das precursoras das teorias de enfermagem, publicou um livro abordando o relacionamento interpessoal da enfermagem com o sujeito, desenvolvendo, portanto, a Teoria das Relações Interpessoais. A autora não aborda o conceito de cuidado de enfermagem, mas, segundo as ideias propostas de relacionamento interpessoal, percebe-se que o sujeito participa de todas as etapas de elaboração do cuidado de enfermagem proposto (Almeida; Lopes; Damasceno, 2005). Define a enfermagem como um processo interpessoal, significativo e terapêutico, em que os profissionais de enfermagem devem prestar cuidado ao usuário identificando a necessidade de ajuda e agindo sobre esta (Belcher; Fish, 1993).

Em 1959, Dorothea Orem publicou a Teoria do Autocuidado, baseada no conceito de enfermagem como provimento de autocuidado, uma vez que o entende como uma necessidade humana. Esta teoria engloba três teorias relacionadas: teoria do autocuidado; teoria do déficit do autocuidado; e teoria dos sistemas de enfermagem (Eben *et al.*, 1994; George, 2000).

O autocuidado é definido como a prática de atividades iniciadas e executadas pelos indivíduos em seu próprio benefício para a manutenção da vida e do bem-estar. O déficit de autocuidado é caracterizado como uma relação entre a demanda de autocuidado terapêutico e a ação de autocuidado desenvolvida efetivamente. Ocorre quando as habilidades de autocuidado do indivíduo são insuficientes para atender suas demandas terapêuticas de autocuidado (George, 2000).

O sistema de enfermagem é caracterizado, pela mesma autora, por uma série contínua de ações que são produzidas quando as enfermeiras vinculam uma ou várias formas de ajuda a suas próprias ações ou a ações de pessoas que estão assistindo, ou seja, ocorre quando a

pessoa se encontra com déficit de autocuidado e para compensá-lo necessita do cuidado de enfermagem (Eben *et al.*, 1994; George, 2000).

A Teoria de Orem tem sido particularmente importante no contexto do processo de enfermagem para ensinar as pessoas a realizarem suas ações de autocuidado, para avaliar o exercício do profissional de enfermagem e para diferenciar a enfermagem da medicina (Eben *et al.*, 1994).

Em 1960, a Teoria da Enfermagem Humanística foi apresentada por Paterson e Zderad. Nesta teoria, a enfermagem é caracterizada como responsável pelo cuidado ao ser humano em um período de necessidade, é considerada um encontro especial entre pessoas humanas (Leopardi, 1999). Para descrever o fenômeno de enfermagem, as teóricas utilizam os seguintes conceitos: bem-estar e estar-melhor, potencial humano, transação intersubjetiva, ser e fazer. A Enfermagem também é considerada um diálogo vivido entre enfermeira e cliente que envolve os seguintes conceitos: encontro, relação, presença, chamado e resposta. A relação entre enfermeira e cliente tem por objetivo o bem-estar e o estar-melhor do cliente, que participa como sujeito ativo do processo e que vê na enfermeira possibilidades de ajuda e de suporte (Oliveira; Costa; Nóbrega, 2006).

Ainda em 1960, Virginia Henderson publicou “Os princípios básicos dos cuidados de enfermagem”, por meio do International Council of Nurses, dando início, assim, ao Modelo de Cuidado de Virginia Henderson (Demeester *et al.*, 2000).

Virginia Henderson (2007, p. 15) define que “o cuidado de enfermagem se origina nas necessidades humanas fundamentais e é apresentado a contínua aprovação por parte da enfermeira”. Assim, o papel do enfermeiro é definido pela autora como sendo:

Ajudar o indivíduo, doente ou saudável, na realização daquelas atividades que contribuem para a saúde ou para a sua recuperação (ou para uma morte serena), que a pessoa realizaria sem ajuda se tivesse a força, a vontade ou conhecimento necessários. E fazê-lo de tal forma que ajuda os indivíduos a tornarem-se independentes tão rápido quanto possível. (Henderson, 1966, p.15)

Nessa perspectiva de cuidado, fundamentado no atendimento individual, Virginia Henderson sugere quatorze necessidades norteadoras para a prática da enfermagem, baseadas em quatro componentes: biológicos/fisiológicos, psicológicos, espiritual e moral, e social (Demeester *et al.*, 2000; Henderson, 1966). Phaneuf (2001, p. 36) define o modelo conceitual de Virginia Henderson como a “organização conceitual dos cuidados de enfermagem, baseada no conhecimento e na satisfação das necessidades da pessoa em referência ao desenvolvimento ótimo da sua independência.”

A teórica Sister Callista Roy apresentou, em 1964, a Teoria da Adaptação. Roy define que a enfermeira tem como único objetivo ajudar a pessoa em seu esforço adaptativo, com objetivo de conseguir um nível ótimo de bem-estar para a pessoa. Ainda propõe que esta se efetiva por meio dos quatro modelos adaptativos: função fisiológica; autoconceito; função do papel; e interdependência (Leopardi, 1999).

Em 1966, Myra Estrin Levine publicou a Teoria dos Quatro Princípios de Conservação: de energia, da integridade estrutural, da integridade pessoal e da integridade social do paciente. O modelo conceitual de Levine focaliza-se na intervenção da enfermagem, na adaptação e na reação da pessoa à doença. A teórica acredita que por meio destes princípios é possível manter ou recuperar a pessoa para um estado de saúde (Leonard, 1993).

Nesta perspectiva teórica, o enfermeiro deve auxiliar o paciente para transformá-lo na adaptação às mudanças surgidas a partir da doença. Levine caracteriza a enfermagem como uma disciplina, ou seja, um processo no qual as intervenções estão centradas no método científico e promove cuidado integral (Leonard, 1993).

Em 1970, Martha E. Rogers apresenta a Teoria do Modelo Conceitual do Homem. Nesta teoria, pontua que os seres humanos são campos de energia dinâmicos, que se integram com os campos de energia do entorno. O enfermeiro interage com o homem e o auxilia a alcançar o máximo de bem-estar. Define o cuidado de enfermagem como uma ciência humanística, com objetivo de manter e promover a saúde, prevenir doenças e assistir e reabilitar o enfermo, por meio do diagnóstico de enfermagem, a intervenção e a reabilitação (Daile *et al.*, 1994).

Em 1970, Wanda de Aguiar Horta publica a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, propondo que a enfermagem implemente estados de equilíbrio dinâmico, previne e transforme os desequilíbrios por meio do atendimento das necessidades humanas básicas. Neste sentido, aponta que todo cuidado de enfermagem é preventivo, curativo ou de reabilitação, com o objetivo de alcançar o completo estado de bem-estar (Horta, 1979; Leopardi, 1999).

Horta (1979) propôs o Processo de Enfermagem como forma de organizar e direcionar a assistência de enfermagem em seis etapas, quais sejam: histórico, diagnóstico, plano assistencial, plano de cuidados ou prescrição, evolução e o prognóstico de enfermagem. Para esta teórica, o processo de enfermagem é “a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando à assistência ao ser humano”. A teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta é o modelo teórico mais divulgado e utilizado em nosso país.

Em 1979, Madeleine Leininger propõe a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural. Esta teoria é quem define de forma mais explícita o cuidado de enfermagem. Para Leininger (1991, p.46) cuidar “refere-se às ações e atividades com vistas a assistir, apoiar, e capacitar indivíduos ou grupos com necessidades evidentes ou antecipadas, a fim de melhorar a condição ou modo de vida humana ou para se defrontar com a morte”.

Neste sentido, a autora define cuidado como: “fenômeno abstrato e concreto, relacionado aos atos de assistência, de apoio ou de capacitação para ou por outros com necessidades evidentes ou antecipadas, a fim de melhorar a condição ou modo de vida humana ou para se defrontar com a morte” (Leininger, 1991, p.46).

Leininger refere que há possibilidade de cuidado sem cura, porém não existe cura sem cuidado. Enfatiza, de forma complementar, que o cuidado se torna essencial para o total desenvolvimento e manutenção da saúde, sendo o foco central da enfermagem (Leopardi,1999). Nesta perspectiva, o cuidado de enfermagem deve ser fundamentado no contato direto com o sujeito que o recebe, dando-lhe atenção às suas dúvidas e angústias, compondo-se ainda de atenção e afeto (Stamm, 2002). Jean Watson, no ano de 1979, publicou o livro "*Nursing: the philosophy and science of caring*", e apresenta os fundamentos da Teoria Transpessoal do Cuidado Humano. A teoria apresenta um enfoque humanístico do cuidado, ao atender o indivíduo nas dimensões biopsicosocioculturais. Caracteriza como objetivo de a enfermagem ajudar as pessoas a atingir o grau mais alto de harmonização entre mente, corpo e alma (Watson, 2002).

Os pressupostos do cuidado, defendidos por Watson (2002), são: (1) o cuidado pode ser demonstrado e praticado de forma interpessoal somente; (2) o cuidado é constituído por elementos que satisfazem determinadas necessidades humanas; (3) o cuidado efetivo promove saúde e crescimento individual ou familiar; (4) as respostas do cuidado aceitam o indivíduo como é e por aquilo que ele pode vir a ser; (5) o ambiente de cuidado proporciona o desenvolvimento de atitudes, pois permite à pessoa eleger a melhor opção para si em determinado momento; (6) o cuidado promove mais saúde do que cura; (7) a prática do cuidado é a essência e o ideal moral da enfermagem.

Para Watson, o foco da enfermagem reside na moralidade. O cuidado é visto como um compromisso com o outro, a sociedade e o ambiente, e não propriamente com o objetivo de cura (Stamm, 2002).

No ano de 1986, Margaret Newman apresenta a Teoria da Saúde como Consciência Expandida, nela o cuidado de enfermagem não está baseado apenas em promover bem-estar ou prevenir doença, mas auxiliar o ser humano a utilizar o poder próprio através de um alto

nível de consciência, para manter o processo vital (George, 2000; Leopardi, 1999; Leopardi, 2006).

A Teoria Geral de Enfermagem Anne Boykin e Savina Schoenhofer, em 1993, divulgaram a, que apresenta foco no cuidado solidário, voltado para as pessoas que vivem e crescem na solidariedade. A enfermagem é caracterizada como resposta às necessidades do ser humano de ser reconhecido como solidário, e a partir desta proximidade e reconhecimento a enfermeira deve apoiá-lo nesta vivência (George, 2000).

Em 1995, Janet Yonger publica a Teoria do Controle do Estresse, que explica a forma como o sofrimento atinge o indivíduo no meio em que vive e nas suas relações com o entorno e com os demais indivíduos (Leopardi, 2006).

Nas últimas décadas, alguns autores vêm buscando contribuir para a construção de novas bases para o cuidado de enfermagem que permitam, ao mesmo tempo, a consideração das necessidades objetivas e subjetivas implicadas no processo saúde-doença-cuidado.

Para Waldow (2012) o cuidado profissional pode ter vários objetivos, dependendo do momento, da situação e da experiência. Ele é o resultado do processo de cuidar, definido pela forma como ocorre o cuidar entre cuidador e quem está sendo cuidado. Refere-se a um processo intencional, que envolve crescimento e ocorre independentemente da cura. Heidegger (apud Valois, 2012), destaca que o cuidado é sempre anterior a esses dois gestos. Dessa forma, em muitas ocasiões, é no próprio ato de cuidar que pode residir a cura.

Em uma perspectiva transpessoal do Cuidado, Watson considera a Enfermagem como uma ciência humana de pessoas e experiências de saúde-doença, as quais são mediadas por transações profissionais, pessoais, científicas, estéticas e éticas de cuidado humano. O ato de cuidar, nessa profissão, tem como finalidade, prioritariamente aliviar o sofrimento humano, manter a dignidade e facilitar meios para manejar com as crises e com as experiências do viver e do morrer. Para essa autora, o cuidado produz um autoconhecimento, autorrespeito, uma autocura e, conseqüentemente, processos de autocuidado (Neves, 2002).

Na perspectiva da autora, o cuidado é a essência da enfermagem e o foco mais centrado e unificado de sua prática. O cuidado transpessoal manifesta-se no encontro daqueles que estão envolvidos no ato de cuidar. Como um ideal moral da enfermagem, o cuidado humano transcende o ato de cuidar e tem como característica fundamental a preservação da dignidade humana. Compreende dessa forma um valor humano que envolve as ações, o conhecimento dos resultados do cuidado (Neves, 2002). Ferreira (2013, p. 48) define o cuidado como “atos/ operações que se realizam no campo de ação da disciplina pelas

enfermeiras, com fins terapêuticos, de promoção/manutenção da ordem orgânica funcional do corpo, do ambiente, do conforto e bem-estar”.

A autora afirma que a enfermagem, concebida como ciência humana empenhada no cuidar da pessoa, implica em estabelecer interações entre sujeitos que participam do processo de cuidado, e esta interação pode ser concebida como o próprio cuidado (Ferreira, 2006, p. 329). De forma complementar, a interação entre quem cuida e quem é cuidado se estabelece no cuidar e é permeada por três aspectos: a objetividade técnica do cuidado, o conhecimento e a subjetividade dos sujeitos envolvidos na relação (Ferreira, 2006).

Ainda com relação às autoras contemporâneas que buscam contribuir para uma definição do cuidado de saúde e de enfermagem, destacam-se as proposições de Oliveira *et al.*, (2011 p. 842) ao referir que é necessário

pensar o cuidado de enfermagem como uma tecnologia de trabalho com contornos específicos, não ancorada no saber clínico-biomédico, que na interação com os saberes dos outros campos científicos e profissionais, e também com os saberes construídos pelos sujeitos cuidados, vai se transformando, moldando e se reconstruindo, tendo por base as representações sociais constituídas nos diferentes grupos em interação.

Esta mesma autora refere que é necessário deslocar o alvo da intervenção em enfermagem do corpo em desequilíbrio, como concebido por grande parte das construções teóricas do cuidado em enfermagem, para os sujeitos em suas expressões coletivas e individuais. Este deslocamento será possibilitado a partir de uma maior valorização da dimensão psicossocial (Oliveira *et al.*, 2011).

Ainda neste sentido, Baggio (2006, p.268) refere que “na perspectiva da enfermagem, o cuidado do “outro” significa atender às suas necessidades com sensibilidade, presteza e solidariedade, mediante ações e atitudes de cuidado realizadas para promover conforto e o bem-estar. O cuidado manifestado conjuga a integridade física e emocional num processo de troca entre cuidador e ser cuidado”.

Macedo, Sena e Miranda (2013, p. 197) ao refletirem sobre o cuidado de enfermagem referem que:

A enfermagem, ao longo do seu processo histórico, vem construindo diferentes percepções em relação ao processo de cuidar. Assim, destaca-se uma tendência atual direcionada ao estabelecimento de assistência que consiga superar a imagem tradicional, tecnicista e biologicista, para uma visão mais ampla de cuidado, capaz de integrar corpo/mente, objetividade/ subjetividade, de forma a contemplar o sujeito em suas diversas nuances.

Conforme descrito, muitas teorias foram desenvolvidas, apresentando conceitos, definições e diferentes influências no agir dos enfermeiros, que permitiram ultrapassar um modo de cuidar empírico ou apenas tecnicamente determinado, para a aplicação de princípios científicos, filosóficos e referenciais teóricos. Destaca-se que “as teorias, os conceitos e as definições estão em desenvolvimento, porém com nova abordagem, sendo as necessidades do ser humano o ponto central do saber fazer do enfermeiro” (Pires, 2007, p. 20)

1.2.3 O cuidado profissional de saúde na pandemia de COVID-19 em UTI

A COVID-19 representou um forte impacto no cuidado desenvolvido por profissionais de saúde nas UTI. O aparecimento da COVID-19 exigiu a ressignificação do cuidado, além de evidenciar problemas na vida social e nas instituições de saúde já existentes, exigindo mudanças no cotidiano do cuidado à saúde (Oliveira; Santos; Fagundes, 2022).

A OMS reforçou a importância das medidas de cuidado e prevenção da transmissão da COVID-19, disponibilizando recomendações voltadas à prevenção na população geral, como: lavar as mãos com frequência, usando sabão e água ou um gel à base de álcool; manter uma distância segura de qualquer pessoa que estivesse tossindo ou espirrando; evitar tocar nos olhos, no nariz ou na boca; quando tossir ou espirrar, cobrir o nariz e a boca com o cotovelo dobrado ou um tecido; seguir as instruções da autoridade de saúde local. Além disso, recomendou também o uso de máscaras em público para ajudar a impedir a propagação e contaminação pelo coronavírus (Organização Mundial de Saúde, 2020).

No início da pandemia, os casos de COVID-19 eram majoritariamente importados e a estratégia de contenção da doença baseava-se na busca e isolamento dos casos e contatos, visando evitar a transmissão do vírus de pessoa a pessoa, de modo sustentado. Frente a isso, o MS propôs medidas para os casos suspeitos ou confirmados da COVID-19, recomendando o isolamento em casa, com cuidados específicos para evitar o contágio na família, tais como a separação de objetos pessoais, o uso de cômodos diferentes e a limpeza imediata de banheiros após a utilização (Organização Mundial de Saúde, 2022).

Frente a isso, estratégias de mitigação passaram a ser adotadas, com o intuito de achatar a curva pandêmica da COVID-19, buscando impedir um crescimento abrupto do número de casos, diminuindo a demanda por serviços de saúde, buscando impedir a sobrecarga e o colapso do sistema de saúde, uma vez que as medidas preventivas individuais

não estavam sendo suficientes e o sistema de saúde estava ficando comprometido. Algumas mudanças no cotidiano das práticas, novas rotinas e as relações de cuidado também necessitaram ser modificadas e ficaram mais evidentes. Dessa forma, a relevância das práticas de cuidado individual e coletivo se destacou como estratégia importante de enfrentamento da pandemia (Nacoti *et al.*, 2000).

O MS brasileiro e os governos estaduais e municipais se esforçaram para aumentar o acesso aos cuidados de saúde e aprimorá-los, com o aumento do número de leitos hospitalares e de UTI's, disponibilização de EPI, ventiladores e exames (Orellana *et al.*, 2020). Diminuir o ritmo da transmissão, evitar a sobrecarga dos profissionais e dos sistemas de saúde e avançar cientificamente nas possibilidades de cura foram vistos como prioridades para cientistas e gestores que cuidam de populações. Para a população, cuidar de si próprio tornou-se sinônimo de cuidar do outro ou resultando no cuidado com o outro (Giordani; Hoffmann-Horochovski, 2021).

Diante da situação de crise, o cuidado foi intensificado, tornando necessário olhar o grupo social dos profissionais de saúde, em especial os que atuam em UTI, uma vez que o exercício do seu papel no atendimento aos pacientes com a COVID-19 suscitou reflexões sobre os impactos psicossociais que essa doença trouxe para este grupo. Tais reflexões se amparam nos estudos já desenvolvidos sobre a COVID-19 e nas pesquisas com base em experiências anteriores de epidemias e surtos, a exemplo da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS) ou da Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS). No caso dessas epidemias prévias, os efeitos psicossociais se tornaram mais generalizados do que a própria epidemia, se estendendo por longo tempo. No surto de SARS, 18 a 57% dos profissionais enfrentaram problemas emocionais e sintomas psiquiátricos durante e após a epidemia; e no MERS, também se observaram estresse e disforia. Esses efeitos psicossociais resultaram em práticas caracterizadas pela má conduta, atrasos no tratamento por falhas de comunicação, absenteísmo e omissões (Ornell *et al.*, 2020; Medeiros *et al.*, 2020).

Especificamente sobre a COVID-19, os estudos já desenvolvidos sobre os cuidados desenvolvidos pelos profissionais de saúde aos pacientes com a COVID-19 evidenciaram que essa atuação trouxe repercussões psicossociais aos profissionais, que perpassaram a vivência de sentimentos de solidão, desamparo, estresse, irritabilidade, cansaço físico e mental. Tais impactos se refletiram na saúde psicológica, nas relações humanas e nas práticas sociais dos sujeitos, em especial, as de cuidado. Logo, podem ter comprometido a capacidade para tomar decisões, pelo medo, incapacidade de enfrentar o sofrimento e falta de conhecimento (Moreira *et al.*, 2020).

No caso dos pacientes que demandam internação em setores de cuidados intensivos, com a utilização de suporte ventilatório, a equipe de saúde teve um papel primordial na prestação de assistência, o que requer conhecimento técnico-científico, habilidade e experiência dos profissionais para a implementação do modelo assistencial ao paciente crítico com COVID-19. Esse modelo inclui rotinas assistenciais que abarcam: a coleta da história e realização do exame físico na admissão; a avaliação dos riscos assistenciais e aplicação das medidas preventivas, como da lesão por pressão, queda, pneumonia associada à ventilação; identificação dos diagnósticos de enfermagem relacionados com a COVID-19; implementação do plano de cuidados, que envolve o apoio à família, controle da ventilação mecânica, monitoramento respiratório, dentre outros; e realização de procedimentos e registros na Associação de Medicina Intensivista Brasileira (AMIB).

Para a Organização Mundial da Saúde (2020) e Iser et al. (2020), foram definidas três condições clínicas para a COVID-19 que impactam a produção do cuidado: casos leves, casos moderados e casos graves onde estão inclusos os casos críticos. Caracteriza-se como caso leve os sintomas não específicos, como tosse, coriza, dor de garganta, febre, diarreia, calafrios, dor abdominal, fadiga, dores no corpo e/ou cefaleia. Já os casos moderados, além dos sinais leves da doença, podem incluir tosse persistente e febre persistente diária, além da presença de pneumonia sem sinais ou sintomas de gravidade. Nos casos graves e críticos, os principais sintomas são sepse, Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA), insuficiência respiratória grave, pneumonia grave e disfunção de múltiplos órgãos, sendo necessário, em muitos casos, suporte respiratório e internação em UTI.

De acordo com Costa (2021, p. 02) “o principal motivo de mortalidade pela COVID-19 é a insuficiência respiratória causada pela SRAG, no qual os indivíduos podem progredir para choque e falência múltipla dos órgãos”. Assim, os cuidados críticos e complexos devem ser imediatamente prestados ao paciente grave. Dentre os serviços que foram oferecidos pela UTI ao paciente com COVID-19, tem-se a assistência ventilatória mecânica invasiva, drogas vasoativas e de constrição de vaso, Terapias de Substituição Renal (TSR), além da necessidade de utilização de sistemas de oxigenação por membrana extracorpórea (ECMO) (Halacli *et al.*, 2020).

Ainda, como exemplos de cuidados críticos exigidos nas alterações sistêmicas graves causadas pela infecção, Ronco e Reis (2020) afirmam que pacientes críticos podem apresentar tanto distúrbios renais, como cardíacos, necessitando de assistência e monitorização contínuas destas funções, sendo a UTI a melhor forma de manter tais cuidados. A cada cinco pacientes internados com Lesão Renal Aguda (LRA), três necessitaram de hemodiálise. Contudo, tal

tratamento também traz graves consequências para indivíduos que já se encontram hemodinamicamente instáveis devido à infecção pela COVID-19.

Quanto ao comprometimento cardíaco mencionado, de acordo com Cavalcante *et al.* (2021), pacientes com doenças cardiovasculares prévias têm, por vezes, alterações em seu sistema imunológico, o que pode agravar a evolução da doença, além de risco de isquemias oriundas de infartos causados pela produção de trombos originários da ação do agente viral.

Diante do supracitado, verifica-se a necessidade de que pacientes em condições de agravos críticos e com diagnóstico de COVID-19, sejam encaminhados para UTIs. Contudo, um cuidado qualificado exige aperfeiçoamento da equipe, recursos materiais e humanos necessários de acordo com a complexidade do cuidado exigido. Vale salientar que tais pacientes são tidos ainda como recuperáveis, necessitando, portanto, de observação constante com uma centralização do cuidar para suas demandas especializadas (Vila, 2002).

Quanto ao cuidar da equipe de enfermagem na UTI, Vargas (2015) afirma que, o conhecimento necessário para um enfermeiro deste setor vai desde a administração e interação das drogas, até o manuseio de aparelhos e instrumentos complexos, além do gerenciamento de mantimentos, da logística de equipamentos e da manutenção de materiais de uso assistencial e de equipamento de proteção individual e coletiva. Cabe ao profissional, também, a busca de aperfeiçoamento nas áreas afins e o treinamento de sua equipe para as diversas situações, dentre elas, situações ainda desconhecidas e não exploradas como foi o caso da infecção pelo COVID-19.

Na UTI atua uma equipe com variadas profissões e estas interagem de maneira multidisciplinar, porém a equipe de Enfermagem tem destaque, devido a oferta de um cuidado assistencial contínuo e diário, sendo veículo para promoção de tratamentos, agente que identifica e previne agravos, autor de um cuidar imediato, porém humanizado, com vistas a intervenções críticas pautadas no cientificismo e no olhar holístico (Ouchi *et al.*, 2018).

Segundo Cortés *et al.* (2020), pessoas com síndrome do desconforto respiratório agudo grave por COVID-19 que foram internadas na UTI apresentaram alto risco de morte, principalmente pacientes idosos; homens; aqueles com comorbidades cardiovasculares, respiratórias e hipertensão e aqueles que necessitavam de ventilação mecânica. A assistência de enfermagem a esses pacientes críticos teve como foco os cuidados respiratórios e a prevenção das complicações associadas.

A Enfermagem presta cuidados ao paciente de forma contínua, estando presente em cada etapa da doença. Esses cuidados vão desde o primeiro atendimento até a restauração da saúde física e mental, contribuindo com a participação na equipe multiprofissional. O

profissional de saúde desempenha um papel fundamental no combate às pandemias, desde a pandemia de influenza de 1918 até a pandemia de COVID-19. Além da capacidade técnica, os cuidados envolvem uma prática humanizada, pois o enfermeiro é o profissional de saúde que está 24 horas ao lado do paciente, da admissão do paciente no serviço de saúde até o desfecho do caso, seja por alta hospitalar e/ou óbito (Arias, 2022). Estes cuidados de enfermagem a pacientes em estado crítico na UTI são focados na atuação e na prevenção das complicações associadas. Em seu estudo, Cortés (2021) afirma que, essas complicações associadas estão relacionadas a pacientes com comorbidades cardiovasculares, respiratórias, hipertensivas e que, por consequência, requereram com mais frequência, o uso de ventilação mecânica, terapia de pronação, de vasopressores e terapia de substituição renal (TSR). Essas condições agravam o estado do paciente e elevam o risco de morte.

A estratégia de oxigenoterapia padronizada é liderada por profissionais de saúde que iniciam a oxigenoterapia numa fase mais precoce. Essa estratégia não apenas melhora os resultados clínicos de pacientes críticos, mas também reduz efetivamente o risco de infecção da equipe multiprofissional (Pan *et al.*, 2021).

As alterações microcirculatórias, frequentemente observadas em pacientes graves na UTI, são resultado da má distribuição da perfusão de órgãos e indicativa de um estado pró-trombótico. Há estudos que indicam que o COVID-19 representa um risco significativo de tromboembolismo venoso e arterial. As estratégias de prevenção são imprescindíveis nesses casos, pois além de proporcionar um bom prognóstico, podem ser criados protocolos assistenciais de prevenção da Embolia Pulmonar, principal complicação da Trombose Venosa Profunda (TVP) (Dantas, 2020). Para isto, o cuidado com os acessos venosos periféricos, as precauções com o uso indiscriminado de antibioticoterapia e de soluções hipertônicas, além dos rodízios de acesso venosos e protocolos para prevenção de flebites, passam a ser fundamentais.

No que diz respeito às complicações cardiovasculares, Maier (2020) destaca que condições crônicas pré-existentes como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Melito (DM) são fatores de risco para o desenvolvimento de complicações cardíacas em indivíduos com COVID-19. Além disso, pacientes que já apresentam condições obstrutivas como a doença arterial coronariana (DAC) prévia e outros distúrbios de condução ou mecânicos, podem ter a situação agravada, necessitando de cuidados intensivos. O autor ressalta a importância de monitoramento de biomarcadores cardíacos, como a troponina, para antecipar cada vez mais as abordagens terapêuticas, além dos cuidados de enfermagem na realização de balanço hídrico, monitorização cardíaca contínua e equilíbrio hemodinâmico

dos pacientes. Ressalta-se, também, que o controle da temperatura, monitoramento da pressão arterial, da frequência respiratória e cardíaca; eletrocardiogramas seriados e um exame físico com foco na condição cardíaca, são cuidados inerentes ao enfermeiro e sua equipe diante de tais agravos em UTI (Maier, 2020).

Assim, a equipe de Enfermagem atua dirimindo os desafios, buscando uma avaliação integral com vistas às necessidades do paciente, além de embasar o cuidado em intervenções que sejam formuladas a partir de visitas multidisciplinares à beira leito. Quando os profissionais de saúde da UTI discutem casos e situações de gravidade conjuntamente, a possibilidade de êxito em situações de difícil prognóstico, como nas LRA, é mais satisfatória (Silva *et al.*, 2021).

Cabe destaque no componente assistencial as posições pronas e autopronas que são apresentadas em estudos como práticas exitosas no tratamento de COVID-19, por aumentar a complacência pulmonar. Porém, a fim de evitar eventos adversos, como extubação acidental, foram necessárias adaptações nos cuidados, como: a rotina de higiene, nutrição, posicionamento do paciente e prevenção de lesões por pressão. Foi necessário também, um planejamento e uma atuação de cunho multiprofissional para analisar os principais riscos e benefícios destas posições, a fim de garantir a segurança do paciente durante a manobra de pronação (Busanello *et al.*, 2019). A terapia com oxigênio, a partir de dispositivos de oxigenoterapia, como a ventilação mecânica invasiva ou não invasiva, é um dos métodos mais comuns e, ao mesmo tempo, essenciais de suporte para pacientes com COVID-19 devido à sua condição de hipoxemia. A saturação de oxigênio e características basais, como gráficos respiratórios e a interpretação de gasometrias arteriais, são índices fundamentais na observação da enfermagem. Liderado por enfermeiros, a oxigenoterapia se inicia numa fase mais precoce para melhora na condição clínica e para promover uma reabilitação precoce de pacientes críticos (Pan, 2021).

Evidenciou-se que, durante a pandemia do COVID-19, as políticas de visita foram alteradas, proibindo visitantes à UTI. Essa decisão difícil, mas necessária, modificou o conceito de “UTI aberta”, onde fez-se necessário uma adaptação nas rotinas de cuidados intensivos e nas formas de comunicação com a família dos pacientes (Rasheed *et al.*, 2021). O distanciamento gerou nos pacientes uma série de incertezas, angústia e medo de morrer sem ter a chance de ver seus entes queridos. Essa condição originou uma sensação de solidão e depressão, aumentando o risco de uma piora no quadro clínico do paciente devido à fragilidade emocional e psicológica (Bambi *et al.*, 2020).

De acordo com Busanello *et al.* (2019), entende-se que a reflexão sobre as estratégias que melhoram os cuidados intensivos na assistência ao paciente com COVID-19, revelou a necessidade de adequações e isso exige conhecimento, segurança e flexibilidade por parte dos gestores de saúde. Apesar de todas as dificuldades, é possível perceber que, por meio da otimização de cuidados, muitos serviços de saúde se fortalecem para uma assistência de maior excelência no pós-pandemia. Para Rasheed *et al.* (2021), o momento da COVID-19 mostrou uma forma diferenciada de se fazer saúde e, se em um outro momento o mundo se deparar com outra pandemia, a versatilidade no espaço e na tecnologia pode tornar a complexidade dos cuidados intensivos mais fácil e eficaz.

Partindo do entendimento de que o cuidado em UTI envolve aspectos para além das tarefas técnico-especializadas, alguns profissionais se sentiram desafiados pelo desejo de oferecer apoio emocional ao paciente, mas ter que cumprir com as obrigações técnicas da assistência em contexto de estresse e sobrecarga de trabalho. Apesar desse dilema, esses profissionais desdobraram-se em variados papéis nos momentos de angústia, na luta pela manutenção da vida ou nos momentos do último adeus (Pereira, 2023).

A pandemia impôs um importante cuidado além do clínico, da fé e da espiritualidade. De acordo com Rossato, Ribeiro e Scorsolini-Comin (2022), a religiosidade e a espiritualidade foram evidenciadas como uma dimensão que interfere nas condições de saúde da população, sendo um determinante social importante para ser considerado na saúde pública, como também para o enfrentamento de situações de adoecimento que podem comprometer a vida. No que tange à situação pandêmica, este pode ser um recurso utilizado pelas pessoas para seu enfrentamento, pelo fato de oferecer suporte emocional aos sujeitos, dando esperança de melhoria de vida mesmo diante de cenários complexos e levando-os à busca pela manutenção da saúde e para a cura. Um estudo desenvolvido na Polônia demonstrou que parte dos participantes afirma acreditar que a fé os protegerá da infecção pelo Coronavírus, demonstrando, assim, uma percepção relacionada com a imagem de Deus como um pai bom e misericordioso que pode salvá-los do mal e do sofrimento (Kowalczyk *et al.*, 2020).

No âmbito da prestação do cuidado direto em contexto pandêmico, destaca-se que os profissionais de saúde, em geral, e de enfermagem, em particular, se tornam suscetíveis à infecção. No Brasil e em diversos países, milhares de profissionais de saúde que atuavam na linha de frente foram afastados dos serviços e muitos morreram pela COVID-19. O Brasil registrou 65.029 casos de COVID-19 e 872 óbitos em junho de 2023, o equivalente a 2,27%

de taxa de letalidade dos profissionais, uma das mais elevadas do mundo (Conselho Federal de Enfermagem, 2023).

Portanto, Silva *et al.* (2021) relata que a elevada pressão psicológica enfrentada pelos profissionais que cuidam de pacientes críticos demonstra que o cenário de trabalho dentro das UTI-COVID-19 foi desafiador. Ademais, ter que lidar com o número crescente de mortes de pacientes com COVID-19, uma morte sem despedidas, apenas na presença dos profissionais de saúde, trouxe um grande impacto. Isso porque, quando as pessoas com COVID-19 entravam no hospital, elas se afastavam totalmente da vida de suas famílias, sem visitas, cabendo aos profissionais amenizarem a sensação de isolamento e prestar o cuidado humanístico e espiritual ao paciente e à família.

A falta de conhecimento aprofundado sobre a doença, suas formas de tratamento e meios de disseminação; as notícias que circulavam nos meios de comunicação de massa, que retratavam o alto número de mortes das pessoas infectadas, inclusive dos profissionais de saúde; o alto potencial de transmissibilidade da doença atestado pelas pesquisas científicas; o quadro grave que se estabeleceu em uma parcela dos pacientes e a necessidade de prestação do cuidado a esses profissionais de saúde, foram elementos disparadores de respostas emocionais pelos profissionais.

Segundo Soares *et al.* (2021), tal aspecto traz articulada a ansiedade e o medo da contaminação em relação a si, da equipe e dos familiares, sentimentos que se acentuaram quando se considera a disponibilidade dos equipamentos de proteção individual em muitas instituições de saúde, já que em hospitais do Brasil e do mundo se verificou a escassez de tais equipamentos. O autor ainda destaca que, diante da pandemia pela COVID-19, considerou-se que são necessárias medidas protetivas físicas e psicológicas ao profissional, pois a despeito do reconhecimento da sua importância na linha de frente assistencial, as condições de trabalho não acompanharam as medidas de enfrentamento da pandemia, com situações precarizadas de falta de equipamentos de proteção individual, baixos salários, alta carga de trabalho e redução do número de profissionais (Soares *et al.*, 2021).

Todavia, Medeiros (2020) relata que, diante do alto número de profissionais contaminados e afastados do atendimento ao paciente, e até dos casos de morte, observou-se, num segundo momento, em que os profissionais passaram a colocar a sua segurança e proteção em primeiro lugar, o que se refletiu em práticas que valorizavam a paramentação adequada, o treinamento da equipe para procedimentos clínicos, o equilíbrio emocional e a atenção aos protocolos de cuidado, além da contratação de novos profissionais, já que muitos hospitais precisaram contratar um quantitativo grande de profissionais. Percebeu-se que, para

muitos profissionais, esse era o primeiro emprego, outros com experiência em outras áreas, que não a de cuidados intensivos e, ainda, muitas instituições não tiveram tempo hábil para treinamento prolongado.

Algumas equipes foram compostas, quase na sua totalidade, por profissionais inexperientes no cuidado intensivo, aspecto que também repercutiu nas práticas de cuidado, com potenciais influências na qualidade da assistência. Isto porque a experiência é um elemento que incide na construção simbólica dos fenômenos, o que no caso do contexto em análise, traz articulada a construção da novidade do cuidado intensivo, que envolve complexidade, desafio, admiração ou temor, e se expressa nos modos de atuar do profissional.

Após a redução no número de casos graves nos setores críticos, passou-se a observar comportamentos dos profissionais caracterizados pela ausência de utilização de equipamentos de proteção individual, como máscaras durante o trânsito pelas áreas do hospital, bem como situações de aglomerações de profissionais, comportamentos que contrariavam as recomendações das autoridades sanitárias. Algumas instituições, inclusive, emitiram documentos alertando os profissionais sobre o risco de tais ações em relação à proliferação da doença (Soares *et al.*, 2021).

Ao ilustrar esses aspectos das práticas dos profissionais de saúde no cotidiano, é possível refletir sobre os impactos da pandemia de COVID-19 no cuidado de saúde desenvolvido em UTI. A emergência da COVID-19, uma doença que se configurou como um novo fenômeno psicossocial que se introduziu na sociedade, de um modo geral e, em particular, no contexto de trabalho dos profissionais de saúde, repercutiu na expressão da ciência e arte de cuidar, na segurança da assistência prestada ao paciente crítico e na qualidade de vida dos profissionais de saúde.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A Teoria das Representações Sociais

A Teoria das Representações Sociais (TRS) foi escolhida como referencial teórico deste estudo, pelo interesse da autora em conhecer as experiências e o pensamento social dos profissionais de saúde acerca do cuidado desenvolvido durante a pandemia de COVID-19. 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).

A TRS foi desenvolvida por Serge Moscovici em 1961, a partir da obra "A psicanálise, sua imagem e seu público". A TRS rompe com a distinção entre sujeito e objeto, uma vez que não pressupõe separação entre o universo externo e o universo interno do indivíduo. O objeto está inscrito num contexto ativo, sendo concebido pela pessoa ou grupo enquanto houver prolongamento do seu comportamento, da sua atitude e das normas nas quais eles se inserem (Abric, 1998).

Para Moscovici, não existe uma realidade objetiva a priori, mas sim toda realidade é representada, reapropriada pelo indivíduo ou pelo grupo, reconstruída no seu sistema cognitivo, integrada no seu sistema de valores, dependendo de sua história e do seu contexto social e ideológico que o cerca (Abric, 1998). Está relacionada ao “pensamento simbólico e a toda forma de vida mental que pressupõe a linguagem”. O que interessava para Moscovici é o lugar que as representações ocupam em uma sociedade pensante (Moscovici, 2015, p. 307).

Afirma o autor:

Não existe informação que não tenha sido distorcida por representações, “superimposta” aos objetos e as pessoas. Quando contemplamos esses indivíduos e objetos, nossa predisposição genética herdada, as imagens e hábitos que nós já aprendemos, as suas recordações que nós preservamos e nossas categorias culturais, tudo isso se junta para torná-las tais como as vemos, elas são apenas um elemento de uma cadeia de reação de percepções, opiniões, noções, e mesmo vidas, organizadas em uma determinada sequência (Moscovici, 2015, p.33).

Para melhor contextualizar a TRS, faz-se necessário entender que sua proposição partiu dos estudos de Emile Durkheim, que propôs o conceito de representação coletiva, que “procurava dar conta de fenômenos tão amplos como a religião, os mitos, a ciência, as

categorias de espaço e tempo etc. E em termos de conhecimentos inerentes à sociedade” (Sá, 2015, p.185). As representações coletivas foram colocadas como uma alternativa ao individualismo social vigente à sua época. Para o autor, as representações coletivas buscam 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).

Para Durkheim:

As representações coletivas traduzem a maneira como o grupo pensa nas suas relações com os objetos que os afetam. Para compreender como a sociedade se representa a si própria e ao mundo que a rodeia, precisamos considerar a natureza da sociedade e não a dos indivíduos (Moscovici, 1978, p. 70).

Este conceito exhibe uma natureza dicotômica, uma vez que, segundo a visão de Durkheim, as representações coletivas não eram influenciadas por representações individuais. De acordo com o autor, as representações coletivas conduziam os indivíduos a pensarem de maneira uniforme, mantendo-se estáveis durante a transmissão e absorção na consciência.

Moscovici, por sua vez, observou que a sociedade francesa da década de 1950 adotou um tema do conhecimento científico, a psicanálise, e o transformou, tornando-o parte do senso comum, solidificado e compartilhado socialmente. Moscovici identificou que as Representações Sociais (RS) são formadas por meio de um processo criativo, cognitivo e simbólico, sendo ao mesmo tempo compartilhados na esfera social (Nóbrega, 2001; Moscovici, 2012).

Ao estabelecer uma distinção entre as representações sociais (RS) e as representações coletivas, Sá (2015) destaca que a primeira implica a presença de comunicação. As RS surgem dentro do contexto social, enquanto as representações coletivas são estáticas, sendo inculcadas nos indivíduos pelas estruturas sociais e predominantes em sociedades pré-modernas, caracterizadas por uma menor tendência à mudança. Portanto, as RS divergem das representações coletivas, uma vez que, apesar de serem construídas e compartilhadas socialmente, as RS também incorporam uma representação cognitiva resultante da contribuição individual, mental e em sintonia com a realidade de diversos grupos sociais.

Rocha (2014) reporta que, historicamente, a TRS nasceu em um contexto da insatisfação com a 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).

Dessa forma, a partir do desenvolvimento da TRS, desenvolveu-se o aporte teórico e metodológico para a compreensão de diferentes realidades sociais, a fim de evidenciar aspectos sobre como os indivíduos e grupos absorvem e compreendem o mundo à sua volta (Oliveira *et al.*, 2005).

Para Moscovici a RS coloca-se como:

Um sistema de valores, ideias e práticas, com uma dupla função: primeiro estabelecer uma ordem que possibilitará às pessoas orientar-se em seu mundo material e social e controlá-lo; e, em segundo lugar, possibilitar que a comunicação seja possível entre os membros de uma comunidade, fornecendo-lhes um código para nomear e classificar, sem ambiguidade, os vários aspectos de seu mundo e da sua história individual e social (Moscovici, 2003, p. 21).

Moscovici (2005) afirma que as representações sociais deveriam ser reduzidas a uma modalidade específica de conhecimento, que tem como objetivo a produção de comportamentos e a comunicação entre sujeitos, no cenário cotidiano da vida. O termo representação social emergiu através do reconhecimento da existência de uma outra ordem de eventos que exigia um outro tipo de definição, tendo como resultado o afastamento da concepção sociológica da noção original e a construção conceitual de um espaço psicossociológico próprio.

Moscovici (2001) explora como as demandas originadas pelas representações, que dominam as sociedades, têm diversos efeitos sobre os indivíduos, variando de acordo com o contexto em que cada pessoa está inserida. Isso resulta em modificações nas representações, influenciadas pelo ambiente e pelos meios de transformação dos sujeitos.

O conceito de representações sociais para Moscovici é definido como:

um conjunto de conceitos, proposições e explicações originado na vida cotidiana no curso de comunicação interpessoais. Elas são o equivalente, em nossa sociedade, dos

mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais; podem também ser vistas como a versão contemporânea do senso comum (Moscovici, 1981 apud Sá, 2002, p. 31).

Dentro dos estudos de representações sociais, é possível entender os fatores que interligam a adaptação cognitiva e social dos sujeitos frente à realidade do cotidiano e das características sociais e ideológicas (Abric, 2000). E, também, “disponibiliza um quadro de análise e de interpretação que permite a compreensão da interação entre o funcionamento individual e as condições sociais nas quais os atores sociais evoluem” (Abric, 2000, p. 35).

Portanto, a representação social é identificada como opiniões distintas de diversos grupos segmentados, sendo assim denominadas por se tratar de uma forma de conhecimento gerada no dia a dia dos grupos. Esse conceito visa compreender as maneiras pelas quais esses grupos se comunicam, além dos conhecimentos gerados nas suas rotinas cotidianas (Moscovici, 1978).

Moscovici (1978) afasta-se da perspectiva sociológica de Durkheim e considera as representações como algo compartilhado por diferentes grupos sociais. Desta forma, o autor retorna ao conceito de representação social no contexto da Psicologia Social, onde há uma diversidade de assuntos que demandam compreensão.

Segundo Moscovici (1978), as RS se constituem como uma série de opiniões, explicações e afirmações que são produzidas a partir do cotidiano dos grupos, sendo a comunicação interpessoal importante neste processo. São consideradas como “teorias do senso comum, criadas pelos grupos como forma de explicação da realidade. Elas se parecem com os mitos e crenças das sociedades tradicionais. A representação social é uma (...) modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos” (Moscovici, 1978, p. 26).

As RS têm como ponto de partida a diversidade dos indivíduos, atitudes e fenômenos. Têm como objetivo descobrir como os grupos e os indivíduos constroem um mundo estável, previsível, a partir de tal diversidade. Assim, as representações sociais, como teorias científicas, religiões ou mitologias, são representações de alguma coisa ou de alguém. Ao dizer que as representações são sociais, afirma-se que elas são simbólicas e possuem tantos elementos perceptuais quanto os assim chamados cognitivos (Moscovici, 2012).

A proposta de Moscovici, ao longo do tempo, passou a ser discutida e abordada em pesquisas, ganhando novos desdobramentos por autores que complementaram a teoria, com abordagens distintas, mas que possuem raízes nas ideias advindas da grande teoria (Sá, 2007).

Nesse contexto, diversos autores, ao utilizarem a TRS, construíram desdobramentos da proposição original que ficou conhecida como a “grande teoria”.

Segundo Sá (2002, p.23),

Moscovici teve certa resistência em proporcionar uma definição precisa de seus termos teórico-conceituais, com o intuito de impedir a cristalização prematura de conceitos, hipóteses e técnicas de pesquisa. Permitiu, dessa forma, que outros estudiosos fizessem contribuições posteriores à “grande teoria”.

A proposta teórica de Moscovici destaca a dificuldade de se obter um conceito de representações sociais ao admitir que, por um ponto de vista, o fenômeno é suscetível de observação, por outro lado, o conceito, em sua profundidade, demanda um maior discernimento e desenvolvimento do próprio pressuposto teórico das representações sociais para que exista uma definição do mesmo (Moscovici, 1978).

A Teoria das Representações Sociais (TRS) trouxe uma transformação na percepção anterior do pensamento coletivo, também conhecido como "senso comum". Havia uma noção de que o senso comum consistia em um conjunto de conhecimentos fragmentados e inconsistentes. No entanto, a TRS alterou esse paradigma à medida que Moscovici identificou os modos de composição e características desse conhecimento (Nóbrega, 2001). Moscovici afirma que o senso comum, longe de ser apenas uma "imagem" sem função, desempenha um papel fundamental ao influenciar os tipos de argumentos e incentivos que aceitamos (Moscovici, 1989, p. 14). A TRS possibilita a identificação do conhecimento do senso comum como genuíno, relevante é fruto de um processo lógico de desenvolvimento e compartilhamento de ideias.

Para Moscovici (2005), existem dois tipos de universos existentes nas sociedades contemporâneas. Os universos reificados e os universos consensuais. Os universos reificados, que são compreendidos como mundos restritos onde, são produzidas as ciências e o pensamento erudito em geral, com seu rigor lógico e metodológico, sua compartimentalização em especialidades e estratificação hierárquica. Os universos consensuais são onde se constituem as interações sociais cotidianas de cada sujeito, pelas quais são reproduzidas e circulam as representações sociais. Ambos os universos atuam em sincronia para criar a realidade que vivemos. No universo reificado, a sociedade é vista como um sistema de diferentes papéis e classes, cujos membros são desiguais, enquanto no universo consensual, ela é percebida como um grupo de pessoas iguais e livres, cada um com possibilidade de falar em nome do grupo.

Oliveira (2019) aborda que a TRS ganhou espaço na área da saúde coletiva e da enfermagem, o que exigiu algumas especificações e acarretou um processo de mudança na incorporação da teoria. Essas mudanças trouxeram uma articulação para a TRS, apresentando paradigmas para a saúde e por meio da interdisciplinaridade foi possível ter múltiplas visões sobre os objetos estudados. A reestruturação do campo do conhecimento social nos trabalhos de TRS, proporcionou trabalhos e pesquisas científicas no país, que acompanharam os paradigmas científicos da época orientados pelo positivismo e permitiu evidenciar as questões relacionadas ao processo saúde-doença envolvendo aspectos históricos e sociais (Oliveira, 2019). O campo de pesquisa em representações sociais é marcado por três particularidades: vitalidade, transversalidade e complexidade.

A vitalidade se deve ao fato de que a noção de RS tem sido empregada em várias correntes de pesquisa. Já a transversalidade se dá conforme à posição em que se encontra o conceito de representação social. E a complexidade, na qual a representação social apresenta-se como fenômenos que permitem abordar uma certa complexidade na sua definição e em seu tratamento (Jodelet, 2001).

Para Jodelet a representação social pode ser definida como:

Uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social. Igualmente designada como saber de senso comum ou ainda saber ingênuo, natural, esta forma de conhecimento é diferenciada, entre outras, do conhecimento científico (Jodelet, 2001, p. 22).

A autora salienta que as RS guiam o nosso relacionamento com os outros e com o mundo, contribuindo para a elaboração de uma mesma realidade a um dado conjunto social, além de organizarem e orientarem as comunicações sociais e as condutas (Jodelet, 2001). Jodelet (2001, p. 27) enfatiza que as representações sociais sempre se referem a "alguma coisa" (um objeto) e "alguém" (um sujeito), com as características tanto do sujeito quanto do objeto manifestando-se dentro dela.

Jodelet ressalta, ainda, a utilização das representações sociais em diversas áreas do conhecimento e declara que: "sempre precisamos entender nossa relação com o mundo que nos cerca, nos ajustar, nos orientar, nos localizar, nos identificar e resolver os problemas que ele nos apresenta" (Jodelet, 2001, p. 1).

As representações sociais possuem símbolos na vida cotidiana, pois elas permitem explorar diferentes facetas da realidade. A autora destaca que as RS direcionam nossa interação com os outros e o mundo, confiantes na construção de uma realidade compartilhada

dentro de um determinado grupo social. Além disso, elas organizam e orientam as comunicações sociais e os comportamentos (Jodelet, 2001).

Sá (1998) evidencia a existência de três abordagens complementares da TRS: uma abordagem relacional, desenvolvida por Willem Doise; uma abordagem processual, representada por Denise Jodelet; e uma abordagem estrutural, proposta por Jean-Claude Abric (Sá, 1998).

Uma primeira vertente de compreensão da TRS é a abordagem relacional, desenvolvida por Willem Doise. Nessa perspectiva, a análise das representações sociais é feita em quatro níveis, baseando-se na noção de representações sociais como princípios que dão origem à tomada de posição e possibilitam a organização dos processos simbólicos, de modo que interferem nas relações sociais. O conteúdo das representações é dependente das relações entre os grupos para justificar o encadeamento das relações, permanecendo a especificidade e a identidade de cada grupo. A abordagem tridimensional utilizada nos estudos das representações sociais na abordagem societal apresenta três fases: 1) Partilha de crenças comuns entre os diferentes membros de uma população acerca de um objeto social. O estudo das representações nessa fase refere-se ao campo comum das representações sociais; 2) Natureza das diferenças: explica por que os indivíduos se diferenciam entre si nas relações com objetos de representação e identifica os princípios organizadores das variações individuais; 3) Consenso entre indivíduos caracterizados por ancoragens das tomadas de posição em outras realidades simbólicas coletivas, ou seja, ancoragem das diferenças individuais (Almeida, 2009).

Uma segunda vertente é proposta por Abric, que define que as RS são determinadas pelo próprio indivíduo com sua história e vivência, de acordo com o sistema ideológico e social no qual está inserido, pela natureza dos vínculos que se mantém com o sistema. Dessa forma, compreende-se que a representação social depende de fatores contingentes, como limites e finalidades da situação, natureza, condição imediata e de fatores globais, como determinantes sociais, lugar do sujeito na organização social, contexto ideológico e social, história do grupo e do sujeito e sistemas de valores (Abric, 2000).

De acordo com Abric (2000, p. 28), uma RS expressa “uma visão funcional do mundo, que, por sua vez, permite ao indivíduo ou ao grupo dar um sentido às suas condutas e compreender a realidade através de seu próprio sistema de referências, permitindo assim ao indivíduo se adaptar e encontrar um lugar nesta realidade”.

A RS reorganiza a realidade, permitindo a união das características factuais do objeto, das experiências prévias do indivíduo e do seu conjunto de valores e atitudes (Abric, 2000).

Nessa perspectiva, a RS é definida como “um conjunto organizado e estruturado de informações, crenças, opiniões e atitudes, ele constitui um sistema sociocognitivo particular, composto de dois subsistemas: um sistema central (ou núcleo central) e um sistema periférico. (Abric, 2003, p. 38)”.

De acordo com Abric (2000, p. 57), a abordagem estrutural

permite propor e tentar analisar os principais processos que funcionam nas representações sociais, que tratam da sua organização, do seu funcionamento, evolução e sua inserção no pensamento e nas práticas sociais. Através do duplo sistema da abordagem estrutural, é possível compreender uma das características básicas das representações, elas são estáveis e rígidas, devido ao núcleo central se ancorar no sistema de valores partilhados pelos sujeitos do grupo, e ao mesmo tempo, são móveis e flexíveis, por abranger a evolução das práticas sociais e das relações dos grupos e sujeitos.

A abordagem estrutural propõe que a representação social é constituída por um núcleo central e um sistema periférico. Para o autor:

O núcleo central é constituído de um ou alguns elementos, sempre em quantidade limitada, trata-se de uma parte resistente à mudança, toda modificação no núcleo provoca uma transformação completa da representação. O sistema periférico é menos limitante, mais flexível para mudança, é a parte mais acessível e viva da representação, uma de suas principais funções é proteger o núcleo e suas alterações não causam mudança na representação (Abric, 2003, p. 38-39).

Esse núcleo central é mais resistente a mudanças ou interferências, uma vez que está vinculado à história do indivíduo ou grupo, garantindo assim a sua continuidade (Sá, 2002). O núcleo central constitui a base comum e consensual de uma representação social, que provém da memória coletiva e do sistema de normas do grupo. O núcleo central de uma representação social é exatamente formado pelos valores associados ao objeto representado.

O núcleo central é formado por dois elementos, os normativos e os elementos funcionais. Segundo Abric,

Os elementos normativos são diretamente originados do sistema de valores dos indivíduos. Constituem a dimensão fundamentalmente social do núcleo e da representação, pois está ligada à história e à ideologia do grupo. São eles que determinam os julgamentos e as tomadas de posição relativas ao objeto. Os elementos funcionais são associados às características descritivas e à inserção do objeto nas práticas sociais ou operatórias. São eles que determinam as condutas relativas ao objeto (Abric, 2003, p. 41).

De acordo com o autor, a existência conjunta destes dois elementos permite que o núcleo tenha um papel duplo, sendo um pragmático, que está relacionado às práticas específicas, e um avaliativo, quando se justificam os julgamentos de valor. (Abric, 2003)

O núcleo central tem três funções essenciais, sendo uma delas a geradora, que cria ou transforma o significado de outros elementos que fazem parte da representação, dando um sentido a eles; a organizadora, que determina a organização interna, unifica os elementos da representação entre si; e a estabilizadora, que determina a estabilidade da representação. Dito isso, observa-se que o núcleo central é o fundamento social da representação que se destaca e se individualiza no sistema periférico (Abric, 2000, 2003).

O sistema periférico contempla o principal significado da representação, ele compreende as variações individuais relacionadas à história do sujeito e suas próprias vivências. Ele dispõe de novas informações ou eventos suscetíveis que colocam em questão o núcleo central. Dessa forma, produz as representações sociais privilegiadas ao redor de um núcleo central. O referido sistema é essencial para o conteúdo de representação, tendo em vista sua característica funcional que resulta na ancoragem da representação na realidade instantânea. Dessa forma, ele contextualiza e atualiza as normas consensuais do núcleo central, tendo assim como resultado expressões individualizadas, flexibilidade e mobilidade que caracterizam as representações sociais (Sá, 1996, 2002). São funções do sistema periférico: a regulação, a concretização, proteção do núcleo central, prescrição de comportamentos e personalização. Seus componentes são mais acessíveis, objetivos, concretos e mais vivos, o que constitui o conteúdo essencial da representação (Sá, 1996, 2002).

As funções dos elementos periféricos são referidas por Abric, da seguinte forma:

Sua primeira função é a concretização do sistema central em termos de tomadas de posições ou de condutas. Contrariamente ao sistema central ele é mais sensível e determinado pelas características do contexto imediato. Sendo mais flexível que os elementos centrais, assegura assim uma segunda função, a de regulação e adaptação do sistema central aos constrangimentos e às características da situação concreta à qual o grupo se encontra confrontado. A função de defesa, a transformação de uma representação se opera, na maior parte dos casos, através da transformação de seus elementos periféricos (Abric, 1994 apud Sá, 2002 p. 74).

Conforme Flament (1994 apud Oliveira, 2019), os elementos periféricos representam esquemas organizados pelos núcleos centrais. A semelhança desses esquemas se reflete em três atributos: eles orientam comportamentos específicos por meio das escolhas feitas pelo indivíduo. Além disso, eles possibilitam uma adaptação personalizada das representações e

das ações a elas associadas. Por fim, os esquemas periféricos funcionam como um mecanismo de proteção para o núcleo central quando necessário.

Uma terceira vertente de compreensão das RS é a abordagem processual, proposta por Denise Jodelet. Nessa concepção, a autora compreende as RS como o estudo dos processos e dos produtos pelos quais os indivíduos e os grupos edificam e compreendem o mundo, agregando as dimensões sociais e culturais com a história (Félix *et al.*, 2016).

A abordagem processual confirma as propostas de Moscovici, ao afirmar a necessidade de uma base descritiva etológica dos fenômenos das RS. Além disso, Jodelet destaca os modos pelos quais as representações são disseminadas no cotidiano, abrangendo os discursos de indivíduos e grupos, comportamentais e práticas sociais, bem como os documentos e os registros que fixam esses discursos e práticas. Isso, juntamente com a indução pelas mídias de massa, conduz à transformação ou persistência das representações (Sá, 1998).

Banchs define essa abordagem como:

A abordagem processual é caracterizada por considerar que para acessar conhecimento das representações sociais deve-se partir de uma abordagem hermenêutica, compreender o ser humano como produtor de significados e focar na análise das produções simbólicas, dos sentidos e da linguagem por meio das quais o ser humano constrói o mundo em que vive (Banchs, 2004, p. 47).

Nessa abordagem, para compreensão das representações sociais de um grupo, é necessário investigar os discursos e os comportamentos, as emoções e sentimentos expressos, os conteúdos cognitivos construídos, a cultura e as relações sociais entre os grupos, pois estes são os elementos principais no processo de construção de uma RS. Ou seja, basicamente deve-se considerar todo o contexto cognitivo, social e cultural dos indivíduos, para apreender os mecanismos de produção das representações (Félix, 2016; Sousa; Souza, 2021).

Este estudo utilizou a abordagem processual de Denise Jodelet, uma vez que pretendeu compreender as experiências e os conteúdos das representações sociais do cuidado profissional prestado aos pacientes internados em UTI durante a pandemia de COVID-19. Essa opção pela abordagem processual se deu por entender que ela proporciona subsídios para a compreensão dos elementos constitutivos das representações sociais, a partir de sua elaboração enquanto construção social e com impacto nas práticas individuais e coletivas, além de permitir observar os seus processos de constituição.

Jodelet (2001) defende que o processo para construção das representações sociais embasa os comportamentos e a tomada de decisões, frisando o processo de construção da

representação social, contudo sem ignorar a relevância dos resultados. Dentro dos estudos da TRS pautados na abordagem processual, busca-se compreender como os diversos conteúdos que compõem a representação social agem sobre os outros. Para este entendimento, é necessária a observação de alguns aspectos: como ocorreu a formação da representação social; a compreensão do contexto social de inserção dessas representações sociais; a identificação dos elementos constituintes das representações sociais; a busca pela dinâmica entre os elementos que compõem as redes de significados. (Banchs, 2000).

Jodelet (2001) reforça a importância da comunicação para o compartilhamento e interação essenciais para a elaboração de um universo consensual e nos fenômenos de influência e de pertença social. A comunicação é o meio por onde ocorre a linguagem, imbuída do teor das representações, com atuação sobre os aspectos de construção do pensamento social e na elaboração das representações sociais, pertinentes aos diversos aspectos que envolvem a vida dos indivíduos e coletivos. Para que um determinado objeto componha a representação social de um determinado grupo, faz-se necessário que este objeto seja de interesse para aquele grupo, o que propiciará as trocas através da conversação e comunicação. Dessa forma, esse pensamento será construído de forma social (Sá, 2015).

O que está de acordo com os pressupostos estabelecidos nesta abordagem, como afirma Machado (2021, p. 83), “estudos que utilizem a abordagem processual possuem duas características principais: a busca pelo processo de construção das representações sociais, através da objetivação e ancoragem; e a relação do objeto de representação com as práticas sociais”.

A formação de uma representação social se dá por dois processos que se interligam: a ancoragem e a objetivação. O primeiro mecanismo tenta ancorar ideias estranhas para reduzi-las às categorias e às imagens comuns e colocá-las em um contexto familiar, o segundo é objetivá-los, isto é, transformar algo abstrato em algo quase concreto, transferir o que está na mente em algo que existe no mundo físico. A ancoragem se dá através da integração cognitiva do objeto representado a um sistema de pensamento social pré-existente e nas transformações implicadas: “Ancorar é classificar e denominar: coisas que não são classificadas nem denominadas são estranhas, não existentes e ao mesmo tempo ameaçadoras” (Moscovici, 1984 apud Sá, 2002 p. 46-47).

Dessa forma, a ancoragem possibilita a assimilação do novo e sua conversão em conhecimento já conhecido, por meio de um procedimento que será avaliado com valor positivo ou negativo, usando conhecimentos que já existem (Moscovici, 1984).

A ancoragem é definida pelo autor como:

o processo que transforma algo estranho e perturbador, que intriga, no sistema particular de categorias e o compara com um paradigma de uma categoria que o indivíduo pensa ser apropriadas”. No momento em que determinado objeto ou ideia é comparado ao paradigma de uma categoria, adquire características dessa categoria e é reajustado para que se enquadre nela. Se a classificação, assim obtida, é geralmente aceita, então qualquer opinião que se relacione com a categoria irá se relacionar também com o objeto ou com a ideia (Moscovici, 2015, p. 61).

Ancorar é classificar e dar nome a alguma coisa, uma vez que “coisas que não são classificadas e que não possuem nome são estranhas, não existentes e ao mesmo tempo ameaçadoras” (Moscovici, 2015, p. 61).

Afirma o autor:

Nós experimentamos uma resistência, um distanciamento, quando não somos capazes de avaliar algo, de descrevê-lo a nós mesmos ou a outras pessoas. Pela classificação do que é inclassificável, pelo fato de se dar um nome ao que não tinha nome, nós somos capazes de imaginá-lo, de representá-lo. De fato, representação é, fundamentalmente, um sistema de classificação e denotação, de alocação de categorias e nomes. A neutralidade é proibida, pela lógica mesma do sistema, cada objeto e ser devem possuir um valor positivo ou negativo e assumir um determinado lugar em uma clara escala hierárquica (Moscovici, 2015, p.62).

A objetivação, um outro processo de formação das representações sociais, consiste em uma “operação imaginante e estruturante, pela qual se dá uma forma específica ao conhecimento acerca do objeto, tornando algo concreto, materializando a palavra” (Jodelet, 1984 apud Sá, 2002 p. 47). Para Moscovici (1984 apud Sá, 2002, p. 46-47) “objetivar é descobrir a qualidade icônica de uma ideia ou ser imprecisos, reproduzir um conceito em uma imagem”. Sá (2015, p. 201) também destaca que a realidade social “se forma somente quando o novo, ou seja, o não familiar, é integrado aos universos consensuais”.

Pode-se considerar que a COVID-19 desencadeou um processo de ancoragem social, tendo em vista que foi um objeto apresentado à sociedade, classificado e denominado, a partir de uma posição de objeto sem significado, estranho e ameaçador. Após ser reconhecido pela sociedade como uma infecção, passou a ser conhecido e a desencadear o processo de formação de uma representação social, que foi uma das motivações para esta pesquisa.

A transformação do domínio do conhecimento social nos estudos de TRS deu origem a trabalhos e pensamentos científicos que refletiram os paradigmas científicos da época, permitindo a exploração de questões relacionadas à interação entre saúde e doença, incluindo elementos históricos e sociais (Oliveira, 2019).

Oliveira (2019) aborda que a TRS ganhou espaço na área da saúde coletiva e da enfermagem, o que exigiu algumas especificações e acarretou um processo de mudança na

incorporação da teoria. Essas mudanças trouxeram uma articulação para a TRS com paradigmas da saúde e da interdisciplinaridade, permitindo múltiplas visões sobre os objetos estudados.

Compreender a complexidade que envolve o processo de constituição das práticas de cuidado profissional aos pacientes internados com COVID-19 poderá contribuir para a construção de ações mais efetivas e ampliadas, orientadas pelos objetivos e pelas diretrizes do sistema de saúde atual, atendendo à inserção do indivíduo em uma rede de cuidados capaz de atender às suas demandas e necessidades. Sendo assim, considera-se relevante a escolha da teoria de representações sociais para análise e discussão do objeto de estudo, pois possibilitará conhecer os significados construídos pelos profissionais de saúde sobre a sua prática. Desta forma torna-se possível considerar as relações existentes entre as representações sociais e as práticas do cuidado destinadas a paciente com COVID-19, a partir das transformações percebidas na pandemia.

Em vista disso, se faz importante o estudo das experiências e das representações sociais, pois a RS da COVID-19 pode ter motivado a constituição e adoção de práticas profissionais específicas durante a pandemia.

2.2 Experiência vivida e práticas de cuidado profissional de saúde

Este estudo adotou o conceito de experiência vivida de cuidado, conforme proposto por Jodelet (2005), tendo como um dos objetivos específicos descrever a experiência vivida de cuidado profissional aos pacientes internados em UTI com COVID-19.

Denise Jodelet, discute na sua obra a relação estabelecida entre experiência e representações sociais, considerando que esse é um campo pouco explorado. Reitera que representações sociais são formas de conhecimento do senso comum, difundidas através da comunicação e das pertencas sociais e culturais. Nessa perspectiva, a autora procura relacionar as representações sociais e a noção de experiência enquanto fenômeno e conceito. A experiência implica que pensar nos modos de vida e na motivação pragmática exige pensar na observação, descrição, visibilidade, narrabilidade das ações, o que resulta numa realidade prática, naquilo que a autora coloca como “descridibilidade”.

Jodelet propõe a utilidade de recorrer à análise da experiência, acreditando que ela pode assumir uma função reveladora na análise de novas representações.

Dentre os vários desdobramentos teóricos que complementam a TRS, Denise Jodelet colabora com abordagem culturalista. Dentre seus diversos trabalhos, especificamente com a pesquisa realizada em hospitais parisienses, contemplando a experiência vivida dos funcionários que cuidam de doentes terminais com AIDS (Jodelet *et al.*, 1998), mostra que, ao serem expressados os problemas do meio hospitalar pela equipe que cuida de doentes terminais com AIDS, a experiência vivida apareceu como uma estrutura, ou seja, como um suporte que permite aos membros da equipe adotarem determinadas posições frente às dificuldades enfrentadas pelos seus papéis e, também, aparece como estruturando as relações estabelecidas com os pacientes e com a equipe do hospital (Jodelet *et al.*, 1998).

O estudo envolvendo a experiência vivida de determinado fenômeno por um grupo mostra que o relato de quem tem experiência vivida de determinado fenômeno pode fornecer informações importantes que ajudam a compreender o funcionamento de determinados serviços, como se estabelecem as relações entre os membros do grupo e ainda revelar como os sentimentos influenciam nas posturas dos membros do grupo.

No tocante à dimensão da experiência, Jodelet (2005) defende que ela deve ser situada no campo do senso comum, se estabelecendo-se com o conhecimento de maneira didática e se articulando com as representações sociais.

Segundo Jodelet (2005), a experiência comporta: “Uma dimensão cognitiva na medida em que ela favorece uma experimentação do mundo e sobre o mundo e contribui para a construção da realidade segundo categorias ou formas socialmente dadas”.

Assim, a noção de experiência para Jodelet (2005), parte de situações concretas com as quais os sujeitos se deparam no cotidiano. A autora reivindica que:

A experiência é social e socialmente construída, pois a forma e o conteúdo que a experiência terá serão pautados nas pré-construções culturais e no estoque comum de saberes, e ela própria ainda constituirá os sentidos que o sujeito dará aos acontecimentos e às pessoas de sua vida, além de dar origem à novas significações (Jodelet, 2005, p. 32).

Jodelet chama atenção para a inexistência de estudos sobre a experiência vivida nas pesquisas sobre representações sociais. Para ela, estudos como estes são importantes, pois as pessoas com a experiência vivida têm um saber próprio, um saber vivencial sobre o objeto de investigação, como no presente estudo. A experiência vivida implica em uma vivência e não só envolve a cognição, como também os sentimentos de quem a vivência. Daí resulta que quem não tem a experiência vivencial pode reportar-se ao assunto, mas com um

conhecimento que não lhe é próprio, seria a experiência fenomenológica comum e geral a toda e qualquer pessoa que não tenha a experiência vivida.

Para Jodelet (2005), a experiência é um enriquecimento ou um alargamento da relação do sujeito com o mundo; ela é construída em meio a situações concretas com as quais o sujeito se depara. A experiência comporta duas dimensões: uma dimensão de conhecimento (sobre o mundo) e uma dimensão da ordem do experimentado (experiência vivida).

Jodelet (2005) entende que a experiência, na dimensão do experimentado, tem implicações psicológicas para o sujeito, e se refere à consciência que o sujeito tem do mundo onde ele vive. A experiência dá sentido ao vivido e é constituída da relação direta, concreta entre o sujeito e a situação. Assim, a experiência vivida é uma forma de apreender o mundo através de significações; ela comporta elementos emocionais que remetem às subjetividades particulares; ela é elaborada em sua expressão e sua conscientização através de códigos e categorias de natureza social; ela é frequentemente analisada a partir do reencontro intersubjetivo, implicando uma base de saberes e de significações comuns; ela demanda a autenticação pelos outros e tem funções práticas na vida cotidiana, remetendo ao mundo de existência dos sujeitos em sua realidade concreta e viva (Jodelet, 2005).

Ou seja, os termos nos quais a experiência vai ser formulada serão “emprestados”, fornecidos das pré-construções culturais e de um estoque comum de saberes que vão dar forma e conteúdo a essa experiência. Essa experiência é, portanto, constitutiva de sentidos que o sujeito dá aos acontecimentos, situações, objetos e pessoas ocupantes de seu meio próximo e do seu mundo. É, pois nesse sentido, que a experiência vivida é também uma experiência socialmente construída. Para Jodelet “A experiência vivida liga o subjetivo ao coletivo, do individual ao social, nos permite passar do coletivo ao singular, do social ao individual, sem perder de vista o lugar que cabe às representações sociais” (Jodelet, 2005, p. 22).

A experiência só existe na medida em que ela é reconhecida, compartilhada e confirmada pelos outros, portanto, ela é marcada pelos aspectos sociais de sua enunciação e de sua comunicação; ela permite, igualmente, o encontro com as representações sociais (Jodelet, 2005).

Nesse sentido, os elementos teóricos de ancoragem e objetivação de Moscovici (2001) e de experiência de Jodelet (2005) estão inter-relacionados, na medida em que as representações sociais são constituídas pelos processos de ancoragem e objetivação e pelas influências das experiências vivenciadas pelos indivíduos.

Colocado de outra forma, a TRS se ocupa da compreensão da construção do pensamento e do conhecimento do senso comum na vida cotidiana, em especial na sua gênese

e no seu uso nas interações sociais que se desenvolvem nos contextos contemporâneos (Sá, 1998; Almeida, 2009). Jodelet (2005) complementa que a TRS tem como questão compreender as normas, crenças, valores, sentidos, pensamentos, comportamentos e ideologias que atravessam o pensamento social e individual.

Neste estudo, consideramos a constituição das experiências vivenciadas pelos profissionais atuantes em UTI durante a pandemia de COVID-19, incorporando não apenas as RS, mas também as práticas associadas a essas representações. Dessa forma, propomos uma articulação entre os conceitos de experiência e o de práticas profissionais em saúde.

As relações estabelecidas entre as representações sociais e as práticas sociais desenvolvidas pelos grupos são complexas e pouco estudadas. Neste trabalho, concebe-se a relação entre representações sociais e práticas como fundamental para a aplicação da TRS ao objeto de estudo, pois a representação exerce influência sobre os comportamentos e as práticas dos indivíduos no dia a dia, a partir das vivências e dos entendimentos sobre determinada realidade. Já as práticas atuam como “agentes de transformação” das representações (Rouquette, 2000, p. 43).

A relação entre as práticas sociais por um determinado grupo social e seus pensamentos coletivos, se tornou uma questão importante no campo da TRS, pois implica na assimilação de dados de natureza cognitiva e de natureza comportamental com foco na modificação de condutas ou comportamentos (Campos, 2003). Segundo Oliveira (2004), a TRS permite analisar como o conhecimento do senso comum impacta nas práticas sociais, ou seja, como as pessoas transformam suas ideias em práticas e como o fenômeno constrói a identidade de um grupo, a partir de um dado objeto social. Desta forma, abordar as práticas sociais se faz necessário, também para compreender a construção das experiências de cuidado enquanto realidade social durante a pandemia da COVID-19. A pandemia da COVID-19 influenciou as práticas cotidianas individuais e as relações familiares, constituindo experiências particulares de cuidado.

Vale ressaltar que a representação é uma construção da realidade que visa agir sobre a realidade. Já as práticas seriam componentes de uma situação, com o intuito de construir objetos. Estudar as reais situações sociais define as práticas sociais e as coloca em sistemas complexos de ação. Desta forma, a prática tem como referência a ação, o agir dos grupos e possui dois componentes, sendo eles o vivido e o cognitivo, que permite estudar certas ações (Campos, 2003).

A noção de práticas sociais vincula-se a discursos e atos, mas também à inserção do ato em um sistema socialmente organizado, dinâmico, referenciado nos papéis socialmente desempenhados por cada indivíduo (Abric, 1994 apud Oliveira, 1996).

Oliveira (2001) considera que a existência de relações entre representações e práticas sociais é indiscutível para os autores que trabalham com tal conceito. Para a autora:

A análise das práticas sociais implica que sejam considerados pelo menos dois elementos essenciais: às condições sociais, históricas e materiais nas quais essa se inscreve, e o modo de sua apropriação pelo indivíduo ou grupo em questão, no qual os aspectos cognitivos, simbólicos e representacionais têm também um papel determinante. Para que uma prática social, mesmo que imposta, se mantenha, deve ser passível de apropriação, ou seja, de integração ao sistema de valores, crenças e normas, seja através de um processo de adaptação, seja por transformação. As contradições entre representações sociais e práticas expressam-se por uma relação tensional, podendo gerar a transformação de uma ou de outra (Oliveira, 2001, p.42).

Diante disso, para melhor compreender a natureza dessa relação entre práticas e representações, Abric (1994 apud Oliveira, 1996) demonstrou ser importante considerar a perspectiva da abordagem estrutural e duas dentre quatro funções da representação, que são: a de orientação e a justificadora, que estão ligadas ao universo das condutas e comportamentos, enfim, das práticas.

O objeto das representações sociais é sempre um objeto implicado em práticas, especialmente em práticas de comunicação (Rouquette, 2005). O critério de prática aponta que uma representação existe se é acompanhada por correspondência nas práticas realizadas por uma quantidade razoável de pessoas, num grupo reflexivo (Wachelke, 2007).

Oliveira (2005) destaca três tendências principais dessas relações: as representações sociais determinam as práticas; as práticas determinam as representações; ou ambas estabelecem uma relação dialética de co-determinação.

No primeiro tipo de relação, a autora aborda que as representações sociais determinam as práticas e, a partir disso, formula três hipóteses. São elas:

1) nas situações em que a carga afetiva é forte e onde a referência, explícita ou não, a memória coletiva é necessária para manter ou justificar a identidade, a existência ou as práticas do grupo; 2) nas situações em que o ator dispõe de autonomia, mesmo que relativa, em relação às pressões da situação ou resultantes das relações de poder; 3) nas situações com forte constrangimento - social ou material - as práticas sociais e as representações estão em interação. Nessas situações, a implantação de certas práticas pode provocar a transformação completa das representações (Oliveira, 1996, p. 231).

No segundo tipo de relação, Oliveira (1996) aponta que as práticas determinam as representações, tratando-se de situações nas quais as práticas são resultantes de características do ambiente, do tipo de relação ou de poder social. Para compreender essa relação, questionam-se os processos passíveis de gerar ou transformar uma representação.

No que se refere às possibilidades de transformação de uma representação social, 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).

Para o autor, quando ocorre desacordo entre práticas e representações são as representações, que se transformam (Rouquette, 2000).

Flament (1994) desenvolveu a noção utilizada por Abric de “reversibilidade da situação”. Nas situações reversíveis, só os elementos periféricos serão transformados, a modificação da representação será perceptível, porém superficial, onde os elementos do núcleo central não são questionados. Já na situação irreversível, vai ocorrer de forma diferente, de acordo com a natureza das práticas novas e suas relações com a representação. Novas práticas causam uma transformação direta e completa do núcleo central e, portanto, de toda a representação.

Oliveira (2001), estudando Flament (1987), afirma que o autor aponta a existência de três tipos importantes de transformação: 1) Transformação progressiva da representação, quando as práticas novas não são totalmente contraditórias com o núcleo central da representação. A transformação efetua-se sem ruptura, ou seja, sem explosão do núcleo central. 2) Transformação resistente da representação, quando as práticas novas são contraditórias, mas permitem ainda a implantação dos mecanismos de defesa da representação, tais como a interpretação e justificação. 3) Transformação brutal que ocorre quando as novas práticas colocam em xeque diretamente o significado central da representação sem que esta possa recorrer aos mecanismos.

A terceira proposição de Oliveira (1996) é a interação entre representações e práticas sociais ou co-determinação. Nesse tipo de relação, três fatores são fundamentais: fatores culturais, ligados à história do grupo e à sua memória coletiva; fatores ligados ao sistema de normas e valores; fatores ligados à atividade do indivíduo. Posto que esses demonstram a

participação de aspectos individuais e coletivos nas relações entre representações e práticas, em especial a interdependência dos dois processos. Segundo Oliveira:

Enfatiza-se que a análise de qualquer prática social supõe, portanto, que sejam considerados, pelo menos, dois elementos essenciais, às condições sociais, históricas e materiais nas quais está se inscrevendo; e o modo de sua apropriação pelo indivíduo ou grupo em questão, no qual os aspectos cognitivos, simbólicos e representacionais têm também um papel determinante (Oliveira, 2001, p. 17).

As representações, segundo Jodelet (2001), são determinadas por normas e valores, pela história do grupo e sua memória coletiva, pelas “matrizes culturais de interpretação”, ou seja, pelo real socialmente construído onde são considerados um conjunto das condutas passadas ou atuais dos atores sociais.

Oliveira (1996) considera que a compreensão das relações entre representações e práticas sociais supõe, portanto, um duplo trabalho de análise e de conhecimento de cada um dos dois termos presentes: análise da natureza da representação e da sua estrutura. Pergunta-se se a representação em questão é autônoma ou não, a que tipos de crenças está ligada, quais são seus elementos centrais. Pois, é a natureza da representação que determina seu significado e seu papel na interação social.

E na análise das práticas sociais deve-se questionar se são impostas ou mesmo que parcialmente escolhidas; decorrem de circunstâncias reversíveis ou não, estão de acordo ou em contradição com os elementos centrais das representações; podem ser integradas nas representações; qual o preço de sua integração ao universo simbólico pré-existente; quais suas finalidades (operatória, social, ideológica); qual é o tipo de engajamento do ator social nessas práticas.

Concordando com essa posição sobre as relações entre RS e práticas, Martin e Royer Rastoll (apud Oliveira, 1996, p. 38) refletem que

Não há representação que precede ou que sucede, mas práticas conjuntas com as representações individuais e coletivas; a legitimação é muito ambígua, permitindo muitos vieses de sentidos - legitimar uma ação é também criá-la, fundamentá-la ou justificá-la, objetiva ou subjetivamente - no direito, na razão, ideologicamente, cientificamente. Além do mais, aceitar uma explicação única significa aceitar uma causalidade simples, uma última determinação, enquanto somos confrontados com uma relação dialética entre representações e práticas.

Segundo Almeida, Santos e Trindade (2000), as práticas sociais não são de interesse apenas da TRS, mas sua relação com as representações se configura como um dos pontos centrais da teoria. Para as autoras, atualmente há um predomínio da ideia de que

representações regulam as práticas sociais dos sujeitos, ao mesmo tempo em que emergem das diferentes práticas sociais do cotidiano.

A proposição de Abric (1994, apud Campos, 2017, p. 44) que afirma que as práticas sociais são sistemas de ação socialmente estruturados e instituídos em relação com os papéis, que faz referência à noção de prática, que compreende os componentes comportamentais, afetivos e cognitivos e que permitiria o estudo da ação a partir de instrumentos cognitivos, permite aproximar os três conceitos, quais sejam, o de RS, práticas e experiência.

A partir do exposto, considera-se que as representações, as práticas e as experiências se influenciam mutuamente, porém, cabe considerar as especificidades desta influência, conforme exposto por Rouquette (2000), não considerando apenas a relação de reciprocidade. Assim, o conhecimento e as construções simbólicas dos profissionais de saúde a respeito do cuidado aos pacientes internados com COVID-19 são condições fundamentais para a execução das ações de cuidado, enquanto sujeitos integrantes e atuantes na equipe multidisciplinar. Ao passo que, as novas práticas construídas e experimentadas atuam como agentes de transformação das representações existentes.

2.3 Representações sociais da COVID-19 e sua relação com as práticas e experiências de cuidado às pessoas com a doença

A pandemia de COVID-19 significou mudanças na vida cotidiana das pessoas e da sociedade. Esse novo cenário gerou uma cadeia de mudanças nas ações, pensamentos e percepções das pessoas de maneira geral. (Matta *et al.*, 2021). Dessa forma, a compreensão das experiências, ações e representações do cuidado de saúde no contexto da pandemia de COVID-19 implicam compreender as formas de representar a própria doença.

A pandemia da COVID-19 tem causado impactos sociais, repercutidos tanto de modo coletivo como individual na vida da população. Esse contexto é de extrema importância, visto que se refletem em diversos aspectos e propicia o desenvolvimento de efeitos à saúde. Diante disso, entender as representações sociais da COVID-19 pode auxiliar na melhor compreensão do cuidado e do enfrentamento deste (Silva, 2023).

Em um estudo de Do Bú (2020) identificou-se a gênese das representações sociais da COVID-19, sendo marcada por preocupações relativas à sua disseminação e implicações psicossociais e afetivas. Com relação ao campo representacional do tratamento, o autor

ênfatisa a remissão ou a amenização dos sintomas causados pela COVID-19. Os participantes do estudo de Do Bú (2020) trazem duas diferentes definições referentes ao SARS-CoV-2, uma a define como um vírus de rápido alastramento pelo mundo (pandemia), com sintomas e formas de contágio característicos de uma gripe (espirro). E a outra como sendo responsável por uma doença perigosa, que foi veiculada na mídia. Neste estudo também foram destacadas estratégias de enfrentamento da COVID-19 e canais de informação. Para os participantes a utilização de álcool, sabão e máscaras, bem como o isolamento, evitar aglomerações e a quarentena, mostram-se como fatores de prevenção e proteção frente à propagação do vírus. O autor afirma que “percebe-se que a preocupação coletiva com a prevenção da COVID-19 é para além de uma necessidade pessoal” (Do Bú, 2020, p. 9).

No que se refere ao tratamento de pessoas com coronavírus, nota-se no mesmo estudo de Do Bú (2020) que o campo representacional é constituído, majoritariamente, por elementos que remetem a indicações feitas para a remissão ou a amenização dos sintomas causados pela COVID-19, além das estratégias de prevenção que devem ser adotadas frente à doença. Salienta-se que as estratégias de cuidado e prevenção frente a COVID-19 se ancoram em termos que indicam a necessidade de ações mais amplas, com ênfase no bem-estar coletivo. E as ancoragens sociais permitem observar que determinadas ações de cuidado estão restritas ao imaginário social daqueles que têm acesso a condições para realizar tratamentos específicos e obter determinados produtos.

A maioria dos estudos publicados acerca dos cuidados voltados aos pacientes acometidos pela COVID-19 estão direcionados à parte clínica, fisiológica e biológica. Existe, ainda, outros voltados para os impactos sociais e econômicos acerca do processo de acometimento pela COVID-19. Mesmo reconhecendo a importância desses estudos, destaca-se a necessidade de conhecer o objeto em uma perspectiva psicossocial, para compreensão deste novo fenômeno de representação social.

A COVID-19 é um fenômeno de representação social, uma vez que atende aos critérios de relevância, de prática, de consenso e de 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. Existe uma construção imagética e simbólica da COVID-19 nos grupos sociais, uma divulgação rotineira e persistente nos meios de comunicação, informações científicas, engajamento das pessoas nas redes sociais, dentre outras formas de comunicação. Os diferentes comportamentos observados no dia a dia são indicativos de uma

lógica "sócio simbólica" que guia as práticas sociais e as experiências, sendo essa determinante da observação ou não das medidas recomendadas de controle (Almeida *et al.*, 2021).

Fernandes (2020), no início da pandemia e da disseminação dos casos, constatou que os elementos estruturantes da representação da COVID-19 foram: medo, vírus, contágio e isolamento. Verificou-se que a tendência da representação se refere às consequências e não às causas da doença, não sendo apreciado a parte sintomática da COVID-19, mas sendo exposta a preocupação econômica e social.

O convívio social foi o aspecto mais afetado entre pessoas com maior escolaridade e renda. E no que se refere às pessoas de baixa renda e escolaridade, os problemas financeiros provocaram maior impacto. No que tange às pessoas que mencionaram residir em piores condições de habitabilidade, estas informaram disposição em permanecer menos tempo isoladas. Dentre as pessoas que estavam isoladas, estas acreditavam que o isolamento social reduziria o número de vítimas da COVID-19 (Bezerra *et al.*, 2020).

Diante disto, Bezerra chega à seguinte conclusão:

a percepção das pessoas quanto ao isolamento social como medida de mitigação da pandemia, varia conforme a renda, escolaridade, idade e sexo, porém a maior parte acredita que se trata da medida de controle mais indicada e estão dispostas a esperar o tempo que for necessário para contribuir com o enfrentamento à COVID-19 (Bezerra *et al.*, 2020, p. 2411).

O estudo também menciona que os impactos ocasionados no convívio social tiveram relação direta com a saúde mental das pessoas, todavia o impacto na renda teve repercussão direta na sobrevivência. Constatou-se que, especialmente nos segmentos mais pobres, o impacto na renda foi maior, e que o impacto no convívio social se destacou no grupo de maior renda (Bezerra *et al.*, 2020).

Como consequência desse processo, o estresse tende a aumentar na população, pois apesar de um tempo relativamente curto já ser capaz de causar impactos à saúde mental, evidências mostram que os impactos psicológicos negativos são maiores se as autoridades determinarem um período previsto mais curto de isolamento e depois aumentarem esse período. Assim, seria menos estressante se as mesmas autoridades estabelecessem um período maior de isolamento, e caso houvesse melhora, fosse posteriormente reduzido (Bezerra *et al.*, 2020).

Outro dado relevante mostrou que as pessoas com menor renda e em habitações precárias estão realizando menos atividades físicas que as do grupo de pessoas de maior renda

e melhores condições habitacionais. Isso resulta do fato de que as pessoas de menor renda, além de mais expostas aos problemas financeiros ocasionados pela pandemia da COVID-19, também estão mais vulneráveis a serem afetadas por problemas de saúde física e psicológica associados à reclusão no período de isolamento social (Bezerra *et al.*, 2020).

Castro *et al.* (2020), ao estudar a RS da quarentena construída por idosos, descobriu que as desigualdades sociais podem implicar no processo de isolamento social durante a pandemia do novo coronavírus. Os autores constataram que:

As condições de desigualdade social podem implicar na vivência da quarentena, pois se deduz que aquelas idosas de menor renda apresentam mais preocupações econômicas relacionadas à quarentena, bem como menor tolerância a ficarem sozinhas em casa, o que pode aumentar as chances de descumprimento do isolamento social (Castro *et al.*, 2020, p. 153).

Nesta perspectiva, o autor constatou que as RS ancoradas no isolamento social geraram consequências psicossociais para as idosas “como o fato de ficarem sozinhas e, com isso, aumentar o sentimento de solidão” (Castro *et al.*, 2020, p.154).

Ao analisar a relação entre os elementos periféricos com os centrais, o autor deduz que:

Para essas idosas ao ancorarem no isolamento social decorrente da quarentena, há uma objetivação em elementos psicoemocionais, como o medo e a tristeza, os quais podem estar relacionados ao distanciamento em relação à família, ou seja, infere-se que, possivelmente, essas idosas sentem medo e tristeza devido à perda do apoio social. Todavia, as mesmas compreendem que é uma medida preventiva/protetiva no combate ao novo coronavírus (Castro *et al.*, 2020, p. 156).

Não obstante, essas idosas ancoram atitudes negativas frente à quarentena, visto que se sentem presas em casa por terem que ficar em um ambiente fechado durante o isolamento social (Castro *et al.*, 2020). Em um cenário da pandemia COVID-19 aparecem incertezas, imprecisões e debates políticos controversos quanto à condução do enfrentamento da doença, das adversidades econômicas e da disponibilidade de recursos humanos e de infraestrutura para o acolhimento e tratamento de pessoas infectadas. Os debates e controvérsias, na maioria das vezes, convergiram para os idosos (Silva, 2023).

Vale ressaltar que o estudo de Oliveira *et al.* (2020), comparando a população brasileira que reside no Brasil a que reside nos Estados Unidos, percebeu diferentes compreensões sobre a COVID-19, visto que não há a mesma resposta para a doença, nem a mesma compreensão acerca das consequências da doença, assim como não se sentem da mesma forma frente às consequências que a doença repercutiu. O mesmo estudo evidenciou

que, para os brasileiros residentes no Brasil, a pandemia representa, sobretudo, risco de morte (10,58%), causando medo (5,53%) na população. No que se refere ao isolamento, este representa como o único procedimento de proteção existente até o momento para se proteger do contágio, atitude mais compreendida pela população, representada como a única forma de conter o avanço dos casos de COVID-19, ou seja, a única forma de conter o contágio, sobretudo na camada enorme da população subempregada, sem renda, em atividade informal, sem acesso às políticas públicas de saúde e de renda, consiste no isolamento social.

Assim, o isolamento que salvou vidas, inibindo o contágio e reduzindo a curva de contaminação, também provoca mortes. Diante disto, reside o sentimento e a crença de que a COVID-19 é representada pela expressão “morte” em duas dimensões: morte pelo contágio quando não se isola; morte pelo não contágio, quando se isola e deixa de ter as necessidades básicas atendidas, como, por exemplo, a alimentação (Oliveira *et al.*, 2020).

Oliveira *et al.* (2020), indicam, também, aspectos da vivência cotidiana da população em relação à pandemia, ou seja, os termos evocados expressam o dia a dia, a rotina, os diálogos existentes. E, neste sentido, pode-se afirmar que provavelmente a população investigada de modo particular, e a população em geral, alimentam o sentimento de medo da morte em decorrência da pandemia pelo novo coronavírus. Nessa perspectiva, termos como sofrimento, morte, preocupação, dor e praga corporificam a dimensão memorial e afetiva, ao passo que aprendizado, isolamento, cura, cuidado, prevenção, vacina e vírus traduzem, respectivamente as dimensões religiosa, prática e imagética da representação.

De acordo com uma pesquisa realizada por Spezani *et al.* (2020), a dimensão afetiva pode ser constatada por meio dos termos preocupação e sofrimento, além da tristeza, que afetam a esfera psíquica dos participantes. Já a dimensão prática traduz-se pelos termos isolamento, prevenção e cura. Ratificando a consciência existente entre os participantes do estudo de que a pandemia exige um novo reordenamento coletivo no espaço social, implicando mudanças de comportamentos, atitudes e práticas entre as pessoas.

Uma pesquisa realizada por Coelho *et al.* (2021) revela que o elemento central na representação social sobre a COVID-19 entre os enfermeiros se concentra no medo e no isolamento. No entanto, é necessário reconhecer que o termo morte está presente na primeira periferia, sendo significativamente mencionado pelos participantes. Além disso, há aspectos afetivos e comportamentais relacionados à pandemia, juntamente com a concretude da finitude humana, evidenciada pelo registro de mais de 140 mil mortes no Brasil.

A literatura destaca que ao cuidar de pacientes com doenças infecciosas, a presença do medo de contrair a infecção é uma realidade entre os profissionais de saúde, sendo

identificado como um fator estressante que desencadeia atitudes negativas. Isso, por sua vez, impacta diretamente na qualidade da assistência prestada, gerando sintomas e resultando em danos à saúde desses profissionais. Além disso, o medo de infectar seus familiares foi um sentimento revelado por profissionais de saúde durante os estágios iniciais de atendimento na pandemia (Coelho *et al.*, 2021).

Os resultados do estudo realizado por Coelho *et al.* (2021), indicam que os profissionais de saúde que atuaram na linha de frente no contexto da COVID-19 podem ter enfrentado desafios ao lidar com o processo de adoecimento e morte, bem como ao prestar cuidados a pacientes afetados pela doença. Essa dificuldade pode ser percebida considerando que as representações sociais desempenham um papel significativo na estruturação das práticas sociais e na dinâmica das relações entre as pessoas e o objeto COVID-19 (Moscovici, 2012; Do Bú, 2020).

Um estudo realizado com profissionais da área de saúde evidencia que a referência a termos como medo, insegurança e isolamento, associados a outros sentimentos negativos, torna-se evidente que as representações sociais do processo de trabalho estão intimamente conectadas à esfera pessoal desses profissionais. A fronteira frágil e imaginária que separa o trabalho da vida pessoal desaparece, uma vez que os riscos inerentes ao processo de trabalho se tornam mais concretos devido à transmissão da doença, exercendo uma influência significativa tanto no contexto profissional quanto na rotina diária (Sanchez *et al.*, 2022).

Ressaltando o contexto profissional, o estudo de Cercilier (2024) afirma que a pandemia de COVID-19 trouxe repercussões sobretudo para os profissionais da saúde, que tiveram que atuar na linha de frente, quando toda a população estava em isolamento social. Essas circunstâncias causaram dúvidas, incertezas e medo. Neste contexto, os profissionais precisaram buscar informações para adquirir conhecimento sobre o vírus e sobre a doença, bem como para o domínio das práticas de proteção e para o desempenho dos cuidados de saúde.

Os resultados do estudo de Silva (2021) também apresentam que a pandemia possui representações negativas, tanto na vida financeira quanto na saúde mental de muitos brasileiros, gerando diversos sentimentos, dentre eles, o medo, a tristeza e a insegurança em relação ao futuro.

No estudo de Fernandes (2020), também apareceram como elementos estruturantes o medo, o vírus, o contágio e o isolamento. Importa salientar que o “medo”, elemento nuclear da estrutura representativa, e a “ansiedade”, enquanto elemento da zona de contraste, são mais

expressivas no sexo feminino. Outro aspecto que apareceu foi o uso das máscaras, que hoje fazem parte da indumentária, sendo a mesma uma obrigação nos espaços públicos e que, na data da investigação, teve pouco significado no campo representacional. Assim, a pandemia da COVID-19 causou impactos sociais, repercutidos tanto de modo coletivo como individual na vida da população.

No estudo de Oliveira *et al.* (2024), os elementos periféricos reafirmam as dimensões afetiva, de prevenção e de enfrentamento, e revelam as dimensões de educação em saúde, política e religiosa, demonstrando a preocupação não somente com a própria saúde, mas também com a do outro. A dimensão educativa aponta a importância do acesso a informações corretas, associadas a uma política para o enfrentamento da pandemia. Em relação à zona de contraste, observaram-se conteúdos relacionados às dimensões já descritas da COVID-19, como doença individual e coletiva, a dimensão de prevenção, reforçando o provável núcleo central e o sistema periférico, mas também revelando uma dimensão específica relativa ao sofrimento vivenciado em função da crise econômica que se desenvolveu no país.

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 nos 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 costumes, culturas e modos de vida fatores indispensáveis para essa construção.

Diante dos estudos já desenvolvidos, considera-se que entender as representações sociais da COVID-19 pode auxiliar na melhor compreensão do cuidado desenvolvido durante a pandemia e suas modulações em função das características próprias da doença e seu impacto social. A RS do cuidado profissional exige a sua maior exploração e conhecimento, como forma de informar a organização do cuidado em futuras pandemias ou emergências de saúde pública.

3 METODOLOGIA

Este estudo faz parte do projeto integrado de pesquisa intitulado “A construção social do Coronavírus e da COVID-19 e suas lições para as práticas de cuidado pessoal, profissional e social”, coordenado pela orientadora Prof.^a Dr.^a Denize Cristina de Oliveira.

3.1 Tipo de estudo

Refere-se a um estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa, que adotou como aporte teórico a TRS, em sua abordagem processual. A pesquisa qualitativa possui como interesse o aprofundamento da compreensão de um grupo, indivíduo, organização e busca trazer à tona a subjetividade que é expressa através das ideias e pensamentos (Gerhardt; Silveira, 2009). A abordagem qualitativa visa analisar e interpretar informações que estejam intrínsecas ou entre linhas de entendimento subjetivo. Ela permite trazer uma análise mais detalhada sobre os hábitos, atitudes, tendências de comportamento etc. Diferentemente da abordagem quantitativa, a qualitativa não emprega apenas dados estatísticos ou numéricos, porém aspectos mais profundos, além de analisar a complexidade do comportamento humano (Lakatos; Marconi, 2010).

As características da pesquisa qualitativa são descritas a seguir:

Objetivação do fenômeno; hierarquização das ações de descrever, compreender, explicar, precisão das relações entre o global e o local em determinado fenômeno; observância das diferenças entre o mundo social e o mundo natural; respeito ao caráter interativo entre os objetivos buscados pelos investigadores, suas orientações teóricas e seus dados empíricos; busca de resultados os mais fidedignos possíveis; oposição ao pressuposto que defende um modelo único de pesquisa para todas as ciências. (Gerhardt; Silveira, 2009, p. 32)

A pesquisa qualitativa tem como objeto de trabalho as significações, aspirações, crenças, que estão relacionadas a uma área mais profunda das relações, dos processos e dos fenômenos. Desta forma, não podem ser meramente expressas por variáveis numéricas, mas sim por significados mais profundos (Minayo, 2001).

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 o

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).

A partir do conteúdo supracitado, a pesquisa qualitativa torna-se importante para este estudo, à medida que não se restringe a uma área do conhecimento, permitindo o acesso às experiências dos indivíduos e, conseqüentemente, permite compreender valores culturais e representações de determinado grupo sobre temas específicos, bem como a avaliação das políticas públicas e sociais, tanto do ponto de vista de sua formulação, quanto de aplicação técnica (Minayo, 2014). Além de permitir também o acesso à subjetividade presente na fala dos participantes para compreender os fenômenos estudados inseridos no contexto social de cada indivíduo ou grupo.

O estudo descritivo, por sua vez, objetiva descrever as características de uma população ou identificar relações entre variáveis. No estudo de RS, esse tipo de pesquisa objetiva descrever uma RS sobre um determinado objeto, fazendo uso de técnicas quantitativas e/ou qualitativas (Oliveira, 2005).

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 o objetivo de analisar e explorar elementos, comportamentos e práticas sociais do dia a dia dos profissionais.

A pesquisa exploratória possibilita maior familiaridade com o problema e a construção de hipóteses (Marconi; Lakatos, 2017). Esta tem como objetivo proporcionar uma visão geral e aproximativa sobre um determinado fato, sendo utilizada, especialmente, quando o tema escolhido ainda não foi muito explorado. Além do mais, desenvolve, esclarece e modifica ideias e conceitos, visando à formulação de problemas mais precisos ou hipóteses possíveis para futuras pesquisas (Gil, 2014).

Desta forma, Gil (2014) evidencia que as pesquisas descritivas, junto com as exploratórias, são frequentemente realizadas por pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática, sendo as mais solicitadas em instituições educacionais e empresas comerciais, por exemplo. Elas proporcionam o aumento da familiaridade do pesquisador com um fato, fenômeno ou com um ambiente, desenvolvendo hipóteses para realizar uma pesquisa futura

com maior precisão, além de permitir descrever em profundidade determinado fenômeno (Lakatos; Marconi, 2017).

3.2 Cenário do estudo

O estudo foi realizado em uma UTI, localizada no terceiro andar de um Hospital Universitário de referência de grande porte, localizado na região metropolitana do Rio de Janeiro. A UTI, à época, era composta por 10 leitos individuais completos com monitor, respirador, material individual para cada paciente (estetoscópio, material de higiene e capote). Os leitos eram centralizados em dois espaços e entre eles ficava o posto de enfermagem; no lado de fora estava localizada uma sala para alimentação e um dormitório para descanso dos profissionais.

Os critérios adotados para a escolha do cenário foram os seguintes: ter atendido pacientes com COVID-19 durante a pandemia; disponibilizar espaço físico para a realização da coleta de dados; e ter equipe multiprofissional; ter quantitativo de profissionais de saúde de várias especialidades e facilidade de captação dos profissionais.

A justificativa da escolha desse cenário fundamenta-se por ter sido um local de referência do Estado para internação de pacientes graves com COVID-19 durante a pandemia. Além disso, também a experiência pessoal da autora por ter passado dois anos neste cenário, vivenciando a pandemia de COVID-19, junto com os demais profissionais de saúde.

Nesse serviço atuam profissionais de saúde distribuídos em escala de plantão de 24/120hs, onde em 24hs tinha 2 médicas, 2 enfermeiros, 2 fisioterapeutas e uma rotina de cada especialidade citada, a enfermagem ainda contava com a chefe da UTI. Os outros profissionais eram: assistente social, psicóloga e nutricionista não fixas do setor que faziam parte da instituição hospitalar e outras profissões das áreas da saúde, composta por especialistas médicos, como cardiologistas, neurologistas, nefrologistas, psiquiatras, pneumologistas, reumatologistas, otorrinolaringologistas, infectologistas, que eram acionados através de parecer.

O fluxo de atendimento na pandemia de COVID-19 foi organizado da seguinte forma: todos os pacientes vinham encaminhados do núcleo interno de regulação do Estado do Rio de Janeiro (NIR-RJ), que segundo MS (Portaria de Consolidação n.º 2, de 28 de setembro de

2017) tem como objetivo otimizar o acesso e giro dos leitos hospitalares para atender a um maior número de pacientes.

3.3 Participantes do estudo

Os participantes do estudo foram 23 profissionais de saúde, de diferentes formações profissionais que realizaram assistência de saúde às pessoas com COVID-19 em UTI, acumulando uma experiência em cenário real durante a pandemia. A amostra foi constituída por 23 profissionais de saúde, escolhidos intencionalmente, mediante convite dentre o total de profissionais atuando na unidade escolhida para o estudo e que atenderam aos critérios de inclusão. Para a seleção dos participantes foi levado em consideração os seguintes critérios de inclusão: pessoas de 18 a 75 anos, que atuaram na UTI escolhida para o estudo durante a pandemia.

O quantitativo total de participantes deste estudo foi definido de acordo com o quantitativo mínimo para a obtenção de uma amostragem qualitativa para a técnica de entrevista que possibilitasse a sua análise, conforme definido em Oliveira *et al.* (2005).

3.4 Aspectos éticos da pesquisa

Em cumprimento aos aspectos éticos e legais da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012), que normatiza a pesquisa com seres humanos, o projeto de pesquisa foi apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UERJ, recebendo aprovação por meio do protocolo nº 6.687.680.

Para a obtenção dos dados foi enviada à coordenação do Departamento de Enfermagem da UERJ da instituição uma cópia do projeto de pesquisa e a carta de aprovação emitida pelo Comitê de Ética. Antes do início da coleta de dados, cada participante recebeu uma apresentação dos objetivos e da metodologia do estudo. Além disso, foi fornecido a eles o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) para assinatura.

Foi assegurado e garantido o direito ao sigilo e anonimato, a desistência em qualquer momento da pesquisa e a ausência de ônus ou bônus. Foram expostos os possíveis riscos da

participação neste estudo, tais como, gerar sensação de desconforto e sentimentos desagradáveis, a partir do acesso a memórias da assistência durante o período da pandemia da COVID-19.

3.5 Coleta de dados

Como técnicas e instrumentos de coleta de dados foram utilizados: um questionário de caracterização socioeconômica e profissional (Apêndice B); e um roteiro de entrevista semiestruturada (Apêndice C).

A coleta de dados ocorreu durante os meses de abril e julho de 2024. Os participantes que se enquadraram nos critérios de inclusão estabelecidos foram convidados a responder os instrumentos, após aceite e assinatura do TCLE. A coleta de dados ocorreu em um ambiente reservado dentro do UTI, em uma área de descanso e convivência dos profissionais de saúde, para que eles se sentissem confortáveis em dar a entrevista.

3.5.1 Dados socioeconômicos e profissional

Para a obtenção dos dados foi, inicialmente, aplicado um questionário abrangendo aspectos socioeconômicos e profissionais. Esse instrumento abrange diversas variáveis relacionadas à identificação dos participantes, incluindo sexo, idade, nível de escolaridade, renda pessoal mensal aproximada e informações profissionais e clínicas, como o fato de já ter tido COVID-19. A obtenção dessas informações é essencial para a categorização de subgrupos, levando em consideração as diferenças de representação (Oliveira *et al.*, 2005).

No contexto do estudo das representações sociais, o questionário se destaca como a técnica que tem a capacidade de incorporar elementos quantitativos na análise de conteúdo, abrangendo o caráter social de uma representação. Isso possibilita diversas abordagens, como a organização das respostas, a identificação de elementos explicativos ou discriminantes dentro de uma população ou entre diferentes populações, além de permitir a identificação e o

posicionamento dos grupos estudados em relação aos fatores explicativos (Gomes; Oliveira, 2015).

3.5.2 Entrevista semiestruturada

Neste estudo foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 23 participantes que haviam respondido ao questionário de dados socioeconômicos e clínicos. Essa abordagem permitiu uma compreensão mais aprofundada dos conteúdos representacionais relacionados às experiências de cuidado de saúde aos pacientes com COVID-19.

A entrevista semiestruturada, de acordo com Gerhardt (2009), se faz essencial na medida em que possibilita que o pesquisador organize um conjunto de perguntas sobre um tema específico a ser estudado, possibilitando, inclusive como consequência desse tipo de técnica, a fala livre sobre o tema.

Minayo (2014, p. 267) discorre que a entrevista semiestruturada:

obedece a um roteiro que é apropriado fisicamente e utilizado pelo pesquisador. Por ter um apoio claro na sequência das questões, a entrevista semiaberta facilita a abordagem e assegura, sobretudo aos investigadores menos experientes, que suas hipóteses ou pressupostos serão cobertos na conversa [...].

Este tipo de entrevista é definido, também, como sendo uma estratégia “onde o pesquisador tem a liberdade para desenvolver o tema de interação em qualquer direção que considera adequada, sendo uma forma de explorar mais amplamente a questão” (Marconi; Lakatos, 2017, p. 321).

Diante disso, um roteiro de entrevista foi desenvolvido com base no objeto e objetivos deste estudo, bem como nas informações disponíveis na literatura científica sobre o tema. Esse roteiro abordou diversas perspectivas relacionadas ao COVID-19 e às experiências de cuidado de saúde aos pacientes com COVID-19. Os tópicos abordados no roteiro incluíram: 1 - Como foi a sua experiência profissional durante a pandemia de COVID-19; 2 - Fale sobre o que você pensa sobre a COVID-19; 3 - Fale sobre os contatos que teve com pacientes com COVID-19; 4 - Fale sobre os contatos que teve com os pacientes com COVID-19; 5 - Formas de prevenção e de proteção pessoal e do outro e autoproteção profissional utilizadas; 6 -

Vivências da pandemia na família e na sociedade; 7 - O que você pensa sobre a vacina de COVID-19; 8 - Qual a lição que ficou de todo esse momento.

As entrevistas foram realizadas em espaços reservados na UTI, com privacidade e sem interferências externas que pudessem atrapalhar o desenvolvimento e a gravação das entrevistas. Os conteúdos foram gravados em aparelho digital e logo após transcritos. As entrevistas tiveram uma média de duração de 20 minutos, sendo realizadas conforme disponibilidade dos participantes.

3.6 Análise de dados

3.6.1 Análise dos dados socioeconômicos e profissionais

Os dados do questionário de identificação dos participantes, que abrange os dados socioeconômicos, foram organizados numa planilha do software Excel, constituindo o banco de dados, e analisados por meio do mesmo software, posteriormente foram organizados em tabelas contendo frequências absolutas e relativas.

3.6.2 Análise das entrevistas

A pesquisa qualitativa na esfera da saúde tem fortalecido sua posição e sua disseminação tem se ampliado, especialmente no campo da enfermagem. Aqueles que adotam essa abordagem na pesquisa buscam compreender a visão dos envolvidos, sendo essa compreensão moldada através das vivências do próprio pesquisador (Creswell, 2010).

Para conduzir estudos nas RS que visem a compreensão dos processos subjacentes à manutenção de representações por meio de interações sociais, ancorados em um contexto histórico e cultural, é crucial escolher abordagens metodológicas capazes de abarcar sua natureza processual (Nascimento-Schulze; Camargo, 2000).

Nesse sentido, optou-se por analisar as entrevistas semiestruturadas empregando uma técnica de análise informatizada de tipo lexical. Para a análise dos dados foi utilizado um

software denominado IRAMUTEQ, (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*). Esse software oferece suporte a uma variedade de análises de dados textuais, abrangendo desde os mais simples, como a lexicografia básica que calcula a frequência das palavras, até análises mais complexas, como classificação hierárquica descendente e análises de similitude. Ele estrutura a distribuição do vocabulário de maneira intuitiva e visualmente acessível, permitindo a interpretação visual clara por meio de recursos como análise de similitude e representações gráficas de nuvens de palavras (Camargo; Justo, 2013).

O software IRAMUTEQ é de acesso aberto e foi desenvolvido por Pierre Ratinaud. Ele permite realizar análises estatísticas de textos de diferentes fontes, como entrevistas e documentos, oferecendo uma gama variada de abordagens de análise (Camargo; Justo, 2013).

O método da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), base da análise lexical desenvolvida pelo software IRAMUTEQ, foi proposto por Reinert (1990) e utilizado inicialmente pelo software ALCESTE. Ele tem a finalidade de classificar os trechos de texto com base em seus respectivos vocabulários. O conjunto de trechos de texto é dividido com base na frequência das formas reduzidas (palavras já lematizadas). A intenção desta análise é criar classes de Unidades de Contexto Elementares (UCE), que compartilhem vocabulário semelhante entre si, mas que também tenham um vocabulário distinto de UCE das outras classes.

A interface dos softwares citados possibilita a recuperação dos trechos de texto associados a cada classe no corpus original. Isso permite obter o contexto das palavras estatisticamente significativas, o que viabiliza uma análise mais aprofundada e qualitativa dos dados. A análise lexical foca as palavras encontradas no texto, por meio de inferência estatística, elas são agrupadas, com base nos índices de associação a uma determinada classe, expressando significados comuns relacionados a um determinado objeto de estudo. Assim, os dados são primeiramente organizados para, posteriormente, serem compreendidos e interpretados (Camargo; Justo, 2013).

Neste estudo, para o tratamento dos dados com o software, foi necessário preparar o corpus de análise através da correção de pontuação e de digitação, padronização de termos similares (conforme Apêndice D) para, posteriormente, submeter o corpus à análise lexical. Foram inseridas as variáveis idade, religião, política, profissão e tempo de trabalho no corpus de análise de forma a permitir identificar a incidência dessas variáveis nos perfis temáticos específicos identificados pelo software.

As análises e realizadas através do IRAMUTEQ foram a análise hierárquica descendente (CHD) do corpus total e a análise de similitude por concorrência de palavras, cujos resultados serão apresentados no capítulo específico.

4 RESULTADOS

4.1 Caracterização sociodemográfica do grupo estudado

Para descrever o grupo social estudado nesta pesquisa será apresentado um conjunto de variáveis que estão relacionadas à caracterização e compreensão do mesmo. Esses dados serão apresentados em tabelas que foram criadas após a análise do questionário de dados socioeconômicos e profissionais. Essas variáveis são cruciais para entender o contexto social das representações sociais e experiências de cuidado de saúde aos pacientes com COVID-19 em unidade de terapia intensiva.

Esta pesquisa contou com 23 profissionais de saúde que atuaram com pacientes com COVID-19 em unidade de terapia intensiva, escolhidos de forma intencional atendendo aos critérios de inclusão para a composição da amostra.

Tabela 1- Distribuição dos participantes de acordo com a idade. Rio de Janeiro, 2025

Idade	f	%
menor ou igual a 29	2	8,7
30 a 39 anos	11	47,8
40 a 49 anos	7	30,5
maior ou igual a 50	3	13,0
Total	23	100

Fonte: A autora, 2025.

No que se refere à variável idade, observa-se na Tabela 1 que a faixa etária predominante é de 30-39 anos, representando 47,8% dos participantes (f=11), seguido dos participantes com idade entre 40-49 anos, os quais compuseram 30,5% da amostra (f=7). As faixas etárias entre menor ou igual a 29 anos e maior ou igual a 50 anos foram menos expressivas, representando 8,7% (f=2) e 13,0% (f=3).

Segundo Oliveira *et al.* (2020, p. 3) “no Brasil, a força de trabalho pode ser considerada jovem, com aproximadamente 35% dos profissionais com menos de 35 anos e 9% acima dos 55 anos”. No entanto, deve-se considerar as variações de acordo com cada região do país. 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 da pandemia de COVID-19 encontra-se entre 35 e 49 anos, com 44% do total de profissionais, seguido pela faixa etária de até 35 anos, compondo 38,4% dos participantes.

A faixa etária relativa aos profissionais da linha de frente mais comum é entre 35 e 50 anos (44%). Trabalhadores jovens, de até 35 anos (38,4%), também possuem grande representatividade na assistência (Leonel, 2021).

Neste estudo, a distribuição dos participantes por idade está dentro das características do relatório final da pesquisa de perfil de profissionais de saúde no Brasil. A equipe de profissionais de saúde foi composta por 40% de profissionais com idade entre 35-49 anos (Machado *et al.*, 2017).

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).

No estudo de Moura (2022), a idade entre 50 e 60 anos dos participantes esteve associada à percepção de risco de infecção pela COVID-19. Esta variável também foi retratada na literatura como fator considerado à percepção de risco para essa população sobre a COVID-19.

Um outro aspecto a considerar foram as contratações emergenciais de profissionais de saúde para suprirem a necessidade da nova demanda, na sua maioria recém-formados e jovens.

Tabela 2 - Distribuição dos participantes de acordo com a religião. Rio de Janeiro, 2025

Religião	f	%
Católica	11	47,9
Evangélica, Protestante	5	21,9
Espírita kardecista, Espiritualista, Umbandista, Candomblé	4	17,2
Sem religião	3	13,0
TOTAL	23	100

Fonte: A autora, 2025.

Em relação à distribuição dos participantes por religião referida (Tabela 2), destaca-se que 47,9% (f=11) declararam-se católicos, seguidos de evangélicos ou protestantes que

representaram 21,9% (f=5), e espíritas, Kardecista e outras religiões afro-brasileiras foram mencionadas por 17,2% (f=4) dos participantes.

Uma pesquisa realizada em 2023 refere que entre os brasileiros que se identificaram como ‘religiosos’, 70% afirmaram ser seguidores do cristianismo, englobando católicos, evangélicos e outras denominações, enquanto 5% professavam outras religiões. Por outro lado, 20% declararam não ter filiação religiosa e 5% optaram por não responder (BBC Brasil, 2023).

Corroborando os achados da presente pesquisa, o estudo de Lopes (2021) com pessoas da sociedade em geral, teve a maioria dos participantes do sexo feminino 64,6%, 71,1% com ensino superior completo e 66,1% da região Sudeste e ainda revelou que, majoritariamente, os participantes declararam ser da religião católica (47,1%). Além disso, 47,1% dos participantes declararam a importância da religião como suporte psicológico e emocional no enfrentamento da pandemia, que proporcionou conforto, esperança e equilíbrio.

Desse modo, a religião trouxe calma e preparo espiritual para o que estava por vir, esperança de que a situação pandêmica melhoraria e que proporcionaria uma evolução espiritual, trazendo paz de espírito nos momentos difíceis (Lopes, 2021). A espiritualidade e religiosidade forneceram subsídios para o enfrentamento da pandemia de COVID-19, sendo importante essa dimensão do cuidado ser incorporada pelos profissionais da saúde, abarcando o cuidado religioso-espiritual, principalmente em um cenário de incerteza e que envolve maior proximidade com temas que evocam o transcendente, como a morte e o morrer (Rossato; Ribeiro; Comin, 2022).

Tabela 3 - Distribuição dos participantes de acordo com a orientação política. Rio de Janeiro, 2025

Orientação política	f	%
Esquerda ou Centro Esquerda	9	39,4
Não tenho orientação política	8	34,8
Direta ou Centro Direita	2	8,6
Centro	2	8,6
Não Resposta	2	8,6
Total	23	100

Fonte: A autora, 2025.

Em relação à orientação política (Tabela 3), a maioria dos participantes, 39,4% (f=9) afirmaram ser de esquerda ou de centro esquerda, já 34,8% (f=8) afirmaram não ter orientação política e 8,6% (f=2) declararam-se de direita ou de centro-direita.

Nos últimos anos as questões relacionadas à orientação política têm se tornado cada vez mais proeminentes, tanto no Brasil como no mundo, com o aumento da polarização político-ideológica.

Colvero (2022) afirma que a realidade brasileira, durante a pandemia, apresentou-se dicotômica e polarizada, assim como as animosidades entre os ditos “bolsonaristas” e os supostos “de esquerda”. Segundo Hur, Sabucedo e Alzante (2021), no Brasil as práticas governamentais adotadas pelo Poder Executivo foram bastante controversas, principalmente no que tange aos posicionamentos e falas do Presidente da República que adotou um discurso polêmico, tentando diminuir os riscos da pandemia, sendo de posição contrária ao isolamento social e a favor de uma volta à 'normalidade' sem que houvesse condições seguras para isso. Esse posicionamento se tornou alvo de críticas de diversos setores da sociedade, como a comunidade científica, os meios de comunicação e os gestores de saúde, além de parcela importante da população.

Os defensores de uma abordagem de esquerda buscam, frequentemente, políticas públicas que garantam acesso igualitário aos recursos de saúde, educação e assistência social, envolvendo a proteção dos mais vulneráveis. A ausência de orientação política, por outro lado, pode refletir uma falta de direção definida, permitindo uma abordagem mais flexível para lidar com desafios como a pandemia, embora também possa resultar em falta de diretrizes claras para abordar questões críticas (Freitas *et al.*, 2022; Pereira *et al.*, 2020).

De acordo com Colvero (2022), o caráter extraordinário da pandemia levantou ainda mais o caráter dualista dos discursos. De um lado, colocaram-se os que minimizavam os danos causados pela crise sanitária, não renunciando aos direitos individuais, como liberdade de ir e vir, corroborando com uma espécie de negacionismo da situação presente. De outro lado, se colocaram aqueles que se colocaram favoráveis ao condicionamento do ir e vir e de valorização das medidas de proteção, pautadas em procedimentos técnicos e científicos e na análise de dados em relação aos danos da pandemia, esses últimos considerados “de esquerda”.

Destaca-se que as políticas de saúde no Brasil foram descoordenadas dentro do governo federal da época com os estados e em relação ao que era definido dentro do próprio Ministério da Saúde, criando uma barreira para a tomada de decisões baseadas em evidências

científicas. A exemplo disso, destacam-se as interferências do governo nas decisões técnicas do Ministério da Saúde (Lima; Cardim, 2021).

Tabela 4 - Distribuição dos participantes por profissão. Rio de Janeiro, 2025

Profissionais de Saúde	f	%
Enfermeiro	10	44,0
Fisioterapeuta	4	17,3
Assistente Social	4	17,3
Médico	2	8,5
Psicólogo	2	8,5
Nutrição	1	4,4
Total	23	100

Fonte: A autora, 2025

Em relação à profissão (Tabela 4), a maioria dos participantes 44,0% (f=10) eram enfermeiros, já 17,3% (f=4) eram fisioterapeutas e assistentes sociais, 17,3% (f=4), médicos, psicólogos 8,5% (f=2) e 4,4% (f=1) nutricionistas. O pequeno quantitativo de médicos participantes está associado ao fato de que houve muita dificuldade de acessar esse profissional para as entrevistas, apesar das várias tentativas.

Os resultados do estudo realizado por Leonel (2021) revelam que a força de trabalho durante a pandemia foi majoritariamente feminina (77,6%); a maior parte da equipe era formada por enfermeiros (58,8%), seguida pelos médicos (22,6%), fisioterapeutas (5,7%), odontólogos (5,4%) e farmacêuticos (1,6%), com as demais profissões correspondendo a 5,7%, sendo que cerca de 25% deles foram infectados pela COVID-19.

A pandemia tem provocado mudanças estruturais nos modos de pensar e agir da população mundial. No que diz respeito aos profissionais que estão na linha de frente da atenção à saúde, torna-se importante compilar informações relacionadas à caracterização do perfil deles. Essas questões dialogam com investigações sobre atividades produtivas na esfera pública, associadas às condições de trabalho e situações de riscos à saúde quando estão envolvidos diretamente no atendimento à saúde de pessoas adoecidas pela infecção provocada pela COVID-19, ou ainda em atividades reprodutivas, como a manutenção do cuidado da família e a dinâmica da vida privada (Pereira *et al.*, 2023).

Tabela 5 - Distribuição dos participantes por tempo de trabalho na Instituição. Rio de Janeiro, 2025

Tempo de trabalho	f	%
2 anos - 4 anos	9	39,8
5 anos - 7 anos	6	25,8
8 anos – 10 anos	2	8,7
11 anos - 13 anos	2	8,7
> = 14 anos	4	17,0
Total	23	100

Fonte: A autora, 2025.

Em relação ao tempo de trabalho na instituição (Tabela 5), a maioria dos participantes 39,8% (f=9) atuava entre de 2 e 4 anos; 25,8% (f=6); de 5 a 7 anos e 34,4% (f=8) entre 8 e 13 anos e maior ou igual a 14 anos. Os perfis de tempo de atuação identificados nesta pesquisa são praticamente iguais, mostrando que os profissionais de saúde possuíam uma média entre pouca e média experiência de atuação profissional.

De acordo com Machado (2022), ser profissional da saúde significa, antes de tudo, ser um profissional com vocação e missão especiais. O enfrentamento da crise sanitária com a COVID-19 foi possível em função do SUS e de seus trabalhadores. Fernandez *et al.* (2021) observam que, apesar da longa experiência profissional, apenas 32% sentiam-se preparados para atuar na pandemia. Esse dado demonstra o desafio enfrentado, não somente por profissionais inexperientes, mas também pelos experientes.

Oliveira *et al.* (2021) afirmam que durante a pandemia, as condições de trabalho foram precárias e a luta pela valorização elevou a insatisfação dos profissionais de saúde. A exposição causada pela sobrecarga de trabalho e a precarização das condições trabalhistas gerou conflitos interpessoais entre os profissionais (Backes *et al.*, 2021). Trabalhar em precárias condições, em ambientes desfavoráveis e sem valorização podem ser fatores geradores de impactos diretos na assistência prestada aos pacientes (Pereira *et al.*, 2020).

4.2 Experiências e representações sociais do cuidado de saúde aos pacientes com COVID-19 em UTI

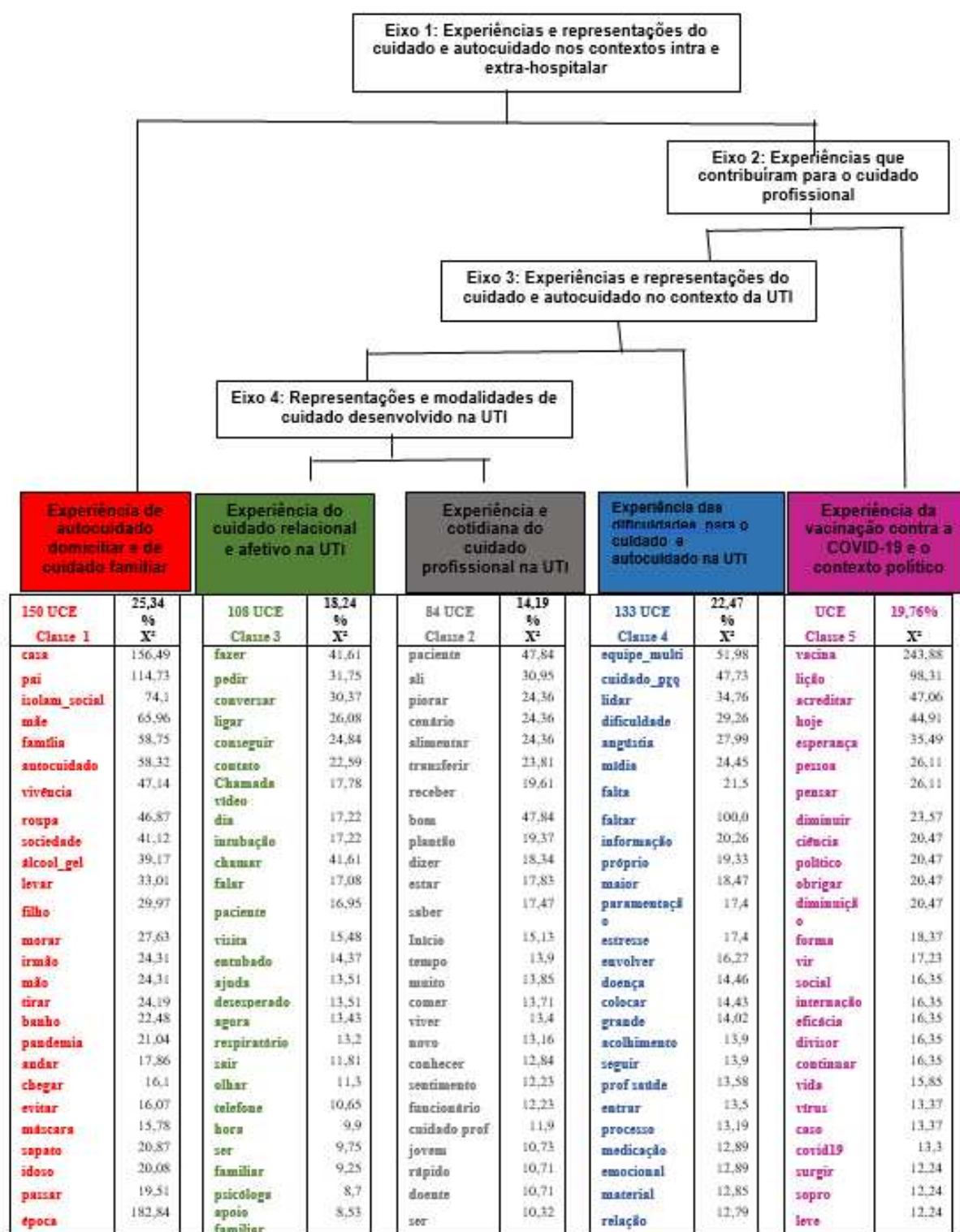
Com o propósito de analisar as representações sociais e experiências de profissionais de saúde sobre o cuidado de saúde aos pacientes com COVID-19, internados em unidade de terapia intensiva, adotou-se a TRS de acordo com a abordagem processual.

A análise realizada foi a estatística textual, que resultou na divisão dos 23 textos (entrevistas) em 740 segmentos de texto (ST). Nesse processo, também foram fornecidos os seguintes resultados: frequência total das palavras na análise de 2.994; número de ocorrências de 26.373; formas de palavras ativas de 1.798 e formas suplementares 89.

O programa indicou que 80,00% dos ST foram utilizados na análise, o que equivale a 592 ST. Esse resultado é considerado adequado, uma vez que Camargo e Justo (2016) recomendam um aproveitamento mínimo de 75% dos ST para análises de Classificação Hierárquica Descendente (CHD). A CHD é a técnica estatística principal utilizada pelo software Iramuteq para a análise lexical, que resulta na divisão do corpus textual em classes ou categorias temáticas estruturadoras do corpus analisado.

A CHD resultou na criação de 5 classes, como ilustrado na Figura 1. No dendrograma apresentado observa-se o detalhamento das classes, com as palavras associadas estatisticamente as mesmas (maiores valores de χ^2), o que demonstra o contexto semântico característico de cada classe. Apresenta-se, ainda, a nomeação dos eixos temáticos resultantes das iterações de cada conjunto discursivo.

Figura 1 – Dendrograma da distribuição das classes com a nomeação dos eixos temáticos. Rio de Janeiro, RJ, 2025



A classe 1 originou-se na primeira iteração do corpus, selecionando os conteúdos relacionados ao processo do autocuidado e ao cuidado familiar desenvolvido no domicílio. Na segunda iteração originou-se a classe 5, composta pelas representações sobre a vacina da COVID-19 e o contexto político no qual essa representação se constituiu durante a pandemia. A classe 4 surgiu da terceira iteração definindo as experiências no seu polo de dificuldades enfrentadas para o cuidado pelos profissionais. As classes 3 e 2 emergiram após a última iteração do corpus e ficaram próximas entre si, tratando das representações, das experiências e das práticas de cuidado desenvolvidas no contexto da UTI durante a pandemia (Figuras 1). A proximidade entre as classes e o momento em que foram geradas demonstra as relações de proximidade e de diferenciação temática entre elas.

As classes observadas foram nomeadas a partir dos seus conteúdos lexicais, informadas segundo a ordem de formação das iterações, conforme abaixo:

Classe 1 – Experiência de autocuidado domiciliar e de cuidado familiar

Classe 5 – Experiência de vacinação contra a COVID-19 e o contexto político

Classe 4 – Experiência das dificuldades para o cuidado e autocuidado na UTI

Classe 2 – Experiência e cotidiano do cuidado profissional na UTI

Classe 3 – Experiência do cuidado relacional e afetivo na UTI

As classes serão descritas a seguir considerando o conceito de experiência como balizador dos resultados. Retomando o conceito, entende-se como experiência o enriquecimento ou o alargamento da relação do sujeito com o mundo, construída em meio a situações concretas do cotidiano do sujeito, comportando uma dimensão de conhecimento e uma dimensão da experiência vivida. (Jodelet, 2005) Por outro lado, o acesso às representações e as experiências vivenciadas pelos profissionais atuantes em UTI durante a pandemia de COVID-19, poderá revelar aspectos sensíveis das práticas de cuidado profissional desenvolvidas, tanto na sua faceta cognitiva (de representações sociais), quanto de experiência vivida (práticas de cuidado).

Para cada classe serão apresentados os seguintes dados: as palavras e variáveis com maiores valores de associação estatística à classe, seguidas dos ST associados à classe. Os ST serão acompanhados das variáveis codificadas que os caracterizam, cujo dicionário de variáveis pode ser consultado no Apêndice E

4.2.1 Classe 1- Experiência de autocuidado domiciliar e do cuidado familiar

A classe 1 foi a que mais se distanciou das demais, sendo e surgiu após a primeira partição do corpus analisado, portanto a mais específica. A classe 1 foi a maior gerada pela análise com 150 ST, representando 25,34% do total das ST do corpus analisado.

Os significados predominantes na classe apontam para a especificidade do autocuidado desenvolvido no domicílio e para o cuidado dirigido à família durante a pandemia. Nesta classe são relatadas as definições e significados referentes ao cuidado e ao autocuidado, com destaque particular para a sua aplicação em rotinas desenvolvidas no cotidiano das residências, entre o lar e o espaço de trabalho.

A rede de apoio foi muito importante durante a pandemia, pois foi uma forma de amenizar as emoções negativas e manter o pensamento positivo frente ao sofrimento psíquico decorrente do período vivenciado, o qual foi marcado não só pelas notícias diárias de número de óbitos e pessoas próximas doentes e que faleceram, bem como pelo afastamento do convívio com as pessoas devido ao isolamento social.

As relações interpessoais e familiares se apresentaram como um suporte psicológico e meio de obter segurança emocional, através da possibilidade de expressão dos sentimentos e acolhimento diante do período de isolamento social (Domingues, 2024).

No entanto, o contexto da pandemia de COVID-19 fez com que fossem elaboradas e publicadas diversas recomendações relativas aos cuidados recomendados, visando direcionar, apoiar e, principalmente, orientar a população. Essas destacaram-se como um motivador para a adoção de adaptações da vida cotidiana, a partir das novas necessidades de autoproteção e de proteção do outro (Silva, 2023). Essas recomendações mudaram comportamentos e moldaram vivências na população em geral e, especialmente entre os profissionais de saúde.

Do Bú (2020) observou que as estratégias de cuidado e prevenção para os participantes se ancoraram em termos que indicam a necessidade de ações mais amplas, com ênfase no bem-estar coletivo, destacando os elementos responsabilidade, cuidados, atenção, proteção, respeito, coletividade e prevenção.

O quadro descritivo dos principais vocábulos com associação estatística (χ^2) com a classe será apresentado a seguir (Quadro 1).

Quadro 1 – Descrição dos termos com maior associação com a classe 1. Rio de Janeiro – RJ, 2025

Palavras	f	x ²	Palavras	f	x ²
casa	71	156,49	irmão	15	24,31
pai	46	114,73	mão	17	24,31
isolamento_social	50	74,1	tirar	10	24,19
mãe	31	65,96	banho	10	22,48
família	80	58,75	pandemia	66	21,04
autocuidado	68	58,32	sapato	7	20,87
vivência	27	47,14	idoso	67	20,08
roupa	18	46,87	passar	9	19,51
sociedade	27	41,12	andar	6	17,86
álcool_gel	13	39,17	chegar	14	16,1
levar	18	33,01	evitar	10	16,07
filho	10	29,97	máscara	49	15,78
morar	14	27,63			

Fonte: A autora, 2025.

As variáveis com associação estatística à classe 1 e seus respectivos valores de x² são destacados no Quadro 2.

Quadro 2 – Categorias de variáveis associadas à classe 1. Rio de Janeiro, 2025

Variável	Categoria	x ²
Orientação política	Centro	5.38
Tempo de trabalho	6 anos	5.1
Idade	Entre 30 e 39 anos	2.13

Fonte: A autora, 2025.

As categorias de variáveis associadas à classe 1 são: orientação política centro, tempo de trabalho 6 anos e idade entre 30 e 39 anos. Estas possibilitam uma compreensão do perfil social do grupo associado à classe, com destaque para uma posição política fora do contexto

de polarização vivenciado durante a pandemia, pessoas em uma faixa etária de adulto jovem e com tempo de trabalho que permitiu o acúmulo de experiência profissional, mas não muito longo.

Os vocábulos com maior associação à classe são “casa”, “pai”, “mãe”, “irmão”, “levar”, “filho”, “morar”, “isolamento_social”, “família”, “autocuidado”, “vivência”. Neste contexto, os participantes relataram a importância e a preocupação com o autocuidado e com o cuidado com a família, tendo por motivação o sentimento de medo de levar a contaminação e a doença para o domicílio e para os familiares.

A seguir são destacados alguns ST das entrevistas referentes à classe 1 que demonstram o contexto semântico no qual as palavras se colocam. Os ST associados à classe 1 são acompanhados das variáveis que os caracterizam.

e como tinha muito autocuidado justamente com meus pais que são idosos, tinha medo de me contaminar e levar nas minhas coisas nas minhas roupas, aprendemos o máximo de autocuidado e viramos dependentes do álcool_gel. (ent_0001 *id_02 *rel_01 * pol_03 *prof_01 *tt_10)

Fiquei em isolamento_social em casa, morava aqui no Rio, resolvi ir para casa dos meus pais apoio_familiar. Fiquei isolamento_social com eles. (ent_0002 *id_02 *rel_01 * pol_03 *prof_01 *tt_07)

considerando minha mãe idosa, em algumas situações tentava evitar o contato direto com ela, ou quando tinha necessidades, antes de chegar em casa ia tomar banho, tinha preocupação com a questão da higienização para tentar não levar para casa e não levar contaminação para ela. (ent_0003 *id_02 *rel_01 * pol_02 *prof_04 *tt_14)

...eu lembro que todo tempo que fiquei em casa isolamento_social separada da minha família, porque tinha criança pequena em casa, então fiquei separado deles, então foi super difícil, acho que sempre tive o receio de contaminação pela COVID19. (ent_0009 *id_01 *rel_03 * pol_02 *prof_05 *tt_06)

Eu chegava em casa e orientava toda minha família, que tinha que respeitar o isolamento_social, que naquele momento era o melhor era cada um, ficar na sua casa, evitar visita e quando fosse muito necessário, seria usando máscara e tendo todos os cuidados. Acho que por isso não perdi nenhum familiar. (ent_0010 *id_02 *rel_03 * pol_02 *prof_04 *tt_03)

O termo isolamento social é específico da classe 1, uma vez que foi marcante no decorrer da pandemia e envolveu diversos sentimentos e posicionamentos sociais. O isolamento social representou uma medida essencial para conter a propagação do vírus, no entanto, essa estratégia também teve um impacto profundo nas experiências das pessoas e dos profissionais. Embora necessária para proteger a saúde pública, muitas vezes essa estratégia resultou em sentimentos de solidão, ansiedade e frustração (Domingues, 2024).

Assim, o autocuidado e o cuidado familiar foram associados, principalmente, à medida preventiva de isolamento social, considerada a mais segura na prevenção da disseminação da doença adotada pelos profissionais de saúde. De acordo com a Nota Pública do CNS, de 13 de abril de 2020, o isolamento social foi o método mais eficaz na prevenção da disseminação da infecção pelo novo coronavírus e preservação da vida. Além de ser recomendado por contribuir para o achatamento da curva de propagação do vírus (Conselho Nacional de Saúde, 2020).

O estudo de Silva *et al.* (2020) evidenciou que as RS de idosos sobre o isolamento social durante a pandemia da COVID-19 foram sustentadas por dois tipos de posicionamento social. O primeiro deles foi baseado na compreensão do momento vivenciado que exigia a adoção de medidas de prevenção, sendo a adesão ao isolamento uma medida impositiva, considerando o pertencimento dos participantes ao grupo de risco. Já o segundo direcionou-se para a não aceitação do distanciamento social como uma ação preventiva e a negação da doença, indicando a não adesão a esta medida. Tais resultados evidenciam a atitude negativa assumida pelas pessoas frente ao isolamento social, que, apesar de necessário para a mitigação e controle da doença, é uma medida restritiva que priva as pessoas do convívio social e da vivência das atividades cotidianas.

O termo autocuidado também se destacou como específico da classe 1, revelando que para cuidar da pessoa com COVID-19, é necessário, primeiramente, que o indivíduo que cuida tenha cuidado consigo, pois para cuidar do outro é necessário estar bem, exigindo a adoção de autocuidado, conforme observado nesta classe. Assim, o autocuidado tem a finalidade de evitar a própria contaminação durante a prática de cuidado do outro, indivíduo acometido pela doença, nas seguintes situações: em casos de prestação de cuidados a um familiar ou pessoa próxima, assim como o cuidado desempenhado pelos profissionais de saúde que estavam na linha de frente da pandemia (Teixeira *et al.*, 2020).

As medidas de autocuidado incluem cuidados físico-corporais, espirituais e com a saúde mental, sendo uma das mais valorizadas durante a pandemia de COVID-19, conforme observado neste estudo. De acordo com Machado (2021) para cuidar do outro é necessário assumir a responsabilidade de cuidar de si, uma vez a necessidade de um conjunto de atitudes e práticas a fim de gerar resultados conscientes, saudáveis visto a qualidade de vida de quem cuida e de quem é cuidado. O cuidado de si sempre foi considerado importante, porém diante do momento pandêmico, tornou-se fundamental para a própria sobrevivência dos profissionais e dos familiares.

Outros vocábulos como “álcool_gel”, “máscara”, “banho”, “sapato”, “tirar”, “roupa”, “evitar”, “mão” estão interligados com o autocuidado domiciliar e o cuidado familiar, mostrando algumas estratégias de cuidado e de autocuidado desenvolvidas no domicílio. Essas estratégias instituídas durante a pandemia implicaram em uma rotina de entrada e de saída da residência como técnicas de barreira, de forma a permitir a proteção da família. Essas visam a menor exposição possível dos familiares a uma possível contaminação trazida pelo profissional de saúde do ambiente hospitalar, após um dia de trabalho.

Desta forma, pode-se afirmar que, mesmo diante do medo de se contaminar, o amor pelo próximo auxiliou em todo o processo de cuidado, conforme proposto por Freitas (2022) que afirma que no cuidado frente ao fenômeno da COVID-19, o sentimento de amor pode ser considerado como uma intervenção assertiva no combate à doença.

A noção de higiene está contida em diversas estratégias adotadas pelos profissionais. A definição de higiene é ampla e engloba aspectos relacionados à pessoa e ao ambiente. Define-se como higiene “um conjunto de hábitos e condutas que auxiliam na prevenção de doenças, manutenção da saúde e bem-estar, tanto individual quanto coletivo” (Mascaretti, 2020). Nesse contexto, cuidados de higiene são fundamentais no cotidiano da vida dos seres humanos, porque é parte fundamental do processo de manutenção da saúde. Assim, os profissionais ressaltam a relevância das práticas de cuidados de higiene pessoal e do ambiente como mecanismo de autoproteção pessoal, mas sobretudo de proteção da família.

Assim, pode-se afirmar que esta classe abarca medidas de autocuidado como atividades que, em um contexto normal, as pessoas desenvolviam em sua rotina diária, e que foram incorporadas pelos profissionais no período da pandemia visando a prevenção da COVID-19, estando presentes, portanto, em todos os momentos do cotidiano.

Tais medidas, além de visar o autocuidado, visavam o cuidado do outro, e algumas foram lavar sempre as mãos com água e sabão, aplicar álcool em gel nas mãos, higienizar as roupas após idas à rua e não entrar com sapatos em casa.

A seguir, são destacados alguns ST das entrevistas referentes à classe 1 que demonstram o contexto semântico no qual as palavras se colocam.

Autocuidado da lavagem das mãos, do epi, da máscara, de tudo. Então acabou fortalecendo e resolvendo mais essa questão do nosso cuidado_profissional relacionado ao ter_cuidado, olhávamos com medo dos pacientes, do que ia acontecer com eles, medo do que ia acontecer com a gente. (ent_0002 *id_02 *rel_01 * pol_03 *prof_01 *tt_07)

Pensando assim como profissional_saúde, que estava na linha_frente e estava em casa vivendo isso com a família a questão da minha autocuidado, de estar usando

máscara, o álcool gel e até mesmo um pouco mais distante. (ent_0003 *id_02 *rel_01 * pol_02 *prof_04 *tt_14)

por exemplo o álcool gel, passou a ser mais utilizado por mim para higienizar as mãos pessoalmente já fazia, mas se tornou um hábito maior autocuidado em higienizar as compras que trazia para casa a roupa que trazia do trabalho após um plantão isolamento_social da minha família. (ent_0004 *id_01 *rel_01 * pol_02 *prof_02 *tt_04)

naquela época o autocuidado era chegar de roupa, botar na máquina, já tomar um banho direto, para poder evitar essa contaminação cruzada. Com eles não cheguei a contaminar ninguém em casa, mas era o medo constante de passar para uma pessoa de mais idade. (ent_0019 *id_01 *rel_01 * pol_03 *prof_01 *tt_10)

O cuidar em tempos de pandemia de COVID-19 traduziu-se em proporcionar espaços de diálogo, construção de conhecimentos focados na prevenção e promoção da saúde, o que representa uma postura ética e o compromisso com o futuro dos que viveram a pandemia, logo, evidencia a preocupação com o cuidado do outro. Assim, para promover a saúde é necessário promover mutuamente um cuidado empoderador e o bem-estar que vise contribuir para a sobrevivência e o florescimento de quem cuida e de quem recebe o cuidado, e para o reconhecimento da interdependência como condição de uma vida digna (Souza *et al.*, 2020).

Para Ana, Silva e Vasconcelos (2020) a pandemia da COVID-19 foi uma das mais importantes crises já vivenciadas no mundo, que atingiu famílias de diferentes formas e acarretou diversas mudanças de rotina de convívio, de maneira que os seus impactos foram diferentes para cada cidadão. Apesar da manifestação da individualidade na forma de perceber-se diante da pandemia, a vivência do sofrimento foi generalizada, uma vez que se tratou de uma crise universal. Para a população e para os profissionais de saúde, o sofrimento foi causado pelo medo de adoecer e morrer, da preocupação acerca do futuro e das incertezas atuais, das mudanças na rotina e na forma de se relacionar com outras pessoas.

Conforme exposto por Lopes *et al.* (2023), as práticas de prevenção realizadas durante o período da pandemia estiveram ancoradas nas orientações recebidas nos meios de comunicação, que incluíram rádio, televisão, internet e telefone celular, o que reflete a influência das mídias nas práticas de saúde. Dentre essas práticas, destacaram-se a vacinação, higienização das mãos, o uso de máscara e distanciamento social.

As mudanças das práticas cotidianas também foram identificadas em pesquisa realizada com profissionais de saúde sobre as mudanças pessoais e profissionais a partir da pandemia. Identificou-se que as mudanças de hábitos pelos profissionais no ambiente domiciliar corresponderam a hábitos de limpeza das mãos, roupas e objetos. As roupas eram

lavadas separadamente dos demais familiares, acompanhadas de troca de calçados antes de entrar em casa, como forma de proteger os familiares (Fraga *et al.*, 2022).

Em estudo realizado com profissionais de saúde sobre o uso de máscaras na pandemia da COVID-19 apontou que a autoproteção, para os profissionais, está relacionada ao uso desse EPI, tanto nos ambientes de trabalho, como em ambientes públicos e/ou em casa. Essa prática é reconhecida como mecanismo fundamental para controlar a propagação do vírus, tratando-se de um EPI indispensável para a autoproteção e para a proteção do outro. Ainda, de acordo com o autor, identificou-se que os trabalhadores que tiveram contato com pacientes com COVID-19 apresentaram um índice de adesão à utilização de máscaras melhor, quando comparados aos profissionais que não tiveram contato com pacientes acometidos (Pereira *et al.*, 2021).

De acordo com os resultados do presente estudo, os profissionais de saúde relataram sempre ter tido cuidado com a COVID-19, fazendo o uso de máscara, realizando o isolamento, a lavagem das mãos, das roupas, dos alimentos comprados no mercado, usando luvas e trocando roupas ao chegar em casa. Os participantes relataram que as medidas de autocuidado se revelaram de extrema importância para evitar a COVID-19.

Observa-se, ainda, os vocábulos “vivência”, “idoso”, “sociedade” nas falas dos participantes, apontando a consciência da vulnerabilidade desse grupo à COVID-19 e a adoção de estratégias específicas de proteção.

As ST abaixo demonstram essas estratégias:

Os dois trabalhavam dentro do uti covid19 e tentava não levar isso para nossa casa e principalmente não levar para os nossos pais para outros familiares então a gente passou meses sem visitar os novos pais. (ent_0005 *id_01 *rel_01 * pol_03 *prof_01 *tt_02)

Sou da geração de uma família de pessoas mais idosas tinha muito medo de levar essa doença para eles e ser a portadora do mal maior que estava cometendo então foi bem difícil ficar isolamento_social da minha família principalmente da minha mãe. (ent_0021 *id_01 *rel_03 * pol_02 *prof_03 *tt_10)

então assim a minha mãe não podia nem vim aqui nem na casa da minha irmã então lembro que deu muita pena porque tadinha ela ficou mais na casa dela tentava fazer com que ela não saísse. (ent_0026 *id_01 *rel_02 * pol_01 *prof_01 *tt_04)

a pandemia teve muito esse impacto nas pessoas idosas também tive muito receio muito medo das crianças também de contaminar. (ent_0026 *id_01 *rel_02 * pol_01 *prof_01 *tt_04)

Os grupos de maior risco para o desenvolvimento da forma grave da doença foram populações idosas, com doenças pulmonares e sistemas imunológicos debilitados e grupos

populacionais que vivem de maneira adensada. No período da pandemia da COVID-19, a composição domiciliar dos idosos representava risco, independentemente da conformação. Idosos morando sozinhos poderiam precisar de ajuda para adquirir alimentos, suporte afetivo, econômico, cuidados de saúde e outros, e idosos que moram com outras pessoas corriam risco de serem contaminados por integrantes da casa que mantinham contato com o exterior (Armitage, 2020).

Deve-se considerar que o perfil de saúde da população idosa brasileira a tornou de alto risco à gravidade da COVID-19, já que a prevalência de doenças crônicas é alta. Com isso, a proteção socioeconômica dos idosos, especialmente com fatores de risco, doenças e comorbidades, colocou-se como imperativa para todos os países (ONU, Organização das Nações Unidas, 2020).

Morar sozinho e envelhecer são considerados fenômenos demográficos relevantes das últimas décadas (Kinenberg, 2016). A pandemia e as recomendações de distanciamento aumentaram a consciência pública sobre os impactos psicológicos das medidas de distanciamento social e da solidão, que muitas pessoas experimentaram (Wu B., 2020). Na vida cotidiana de muitos idosos esse sentimento foi comum, entretanto, silenciado pela sociedade (Azevedo, 2016). Assim, identificar e atender, o mais cedo possível, os idosos que moravam sozinhos foi uma das recomendações da Organização das Nações Unidas durante a pandemia.

A fragilidade da condição laboral e econômica dos idosos brasileiro é evidenciada “Representações do trabalho informal e dos riscos à saúde entre trabalhadoras domésticas e trabalhadores da construção civil” ao identificar alta proporção de idosos que ainda se encontrava trabalhando, sendo grande parte em atividade informal (sem carteira assinada ou trabalhando por conta própria). Além disso, verificou-se diminuição acentuada da renda entre os idosos de pior nível socioeconômico durante a pandemia (Iriart, 2021).

Conforme observado nesta classe, o grupo estudado compreende que o cuidado é uma palavra que se refere, não somente ao cuidado do outro, mas também ao autocuidado, especialmente no contexto domiciliar e familiar. Este vai além de cuidar de si próprio e se estende àqueles que são ou estão mais vulneráveis (Paixão *et al.*, 2021). O autocuidado é compreendido como a realização de práticas de saúde no cotidiano, como um meio para obtenção de bem-estar e de promoção da própria saúde e da saúde do outro (Domingues, 2024).

Essa representação do autocuidado e do cuidado do outro evidencia o sujeito como protagonista do seu autocuidado, a partir da reflexão dos cuidados necessários para a

promoção da saúde, do bem-estar e das singularidades de cada um. O cuidado profilático não se limita a uma ação voltada apenas para o indivíduo, mas também busca a proteção do coletivo. Do Bú (2020) destaca que a preocupação coletiva está intrinsecamente ligada à prevenção da COVID-19, transcendendo a necessidade pessoal, refletida no conceito de empatia. Portanto, o cuidado é percebido como uma ação que visa à proteção da comunidade. Especialmente durante a pandemia, o autor ressalta que cuidar de si mesmo se traduz em proteção para todos.

As representações sociais são fenômenos cognitivos, que envolvem a pertença social dos indivíduos considerando as experiências, práticas, modelos de conduta e pensamentos, transmitidos pela sociedade, bem como suas implicações afetivas e normativas (Jodelet, 2001). Desse modo, a preocupação em implementar as práticas de saúde mais adequadas para cada realidade de vida e momento de saúde, o que também se observou durante a pandemia de COVID-19.

O cuidado, nesta classe, revelou-se como representação e experiência direcionada a si mesmo - autocuidado – e ao outro - cuidado familiar – na especificidade que esse cuidado assumiu fora do hospital, no domicílio, considerando a vulnerabilidade dos familiares à infecção e o profissional de saúde como possível agente de transmissão do coronavírus.

4.2.2 Classe 5 – Experiência de vacinação contra a COVID-19 e o contexto político

A classe 5 foi gerada a partir da primeira divisão do corpus, foi a que mais se distanciou das demais, surgiu após a segunda interação do corpus analisado, portanto a mais específica. A classe 5 foi gerada pela análise com 117 ST, representando 19,76% do total das ST do corpus analisado. Esta classe aponta para os desafios do processo de imunização da população pelas representações sobre a vacina da COVID-19 e ao contexto político que pautou esse processo, com destaque para as representações balizadoras desse processo.

A seguir, o quadro descritivo dos principais vocábulos com associação (χ^2) com a classe 5 (Quadro 3).

Quadro 3 – Descrição dos termos com maior associação com a classe 5. Rio de Janeiro – RJ, 2025

Palavras	f	X ²	Palavras	f	X ²
vacina	92	79,35	vir	409	45
lição	30	90,01	social	4	100
acreditar	25	72,0	internação	4	100
hoje	17	76,92	eficácia	4	100
esperança	13	35,49	divisor	4	100
pessoa	74	41,89	continuar	4	100
pensar	48	47,92	vida	23	52,17
diminuir	12	75,0	vírus	19	52,63
ciência	5	100	caso	19	52,63
político	5	100	covid19	136	29,45
obrigar	5	100	surgir	3	100
diminuição	5	1007	sopro	3	100
forma	27	51,85	leve	3	100

Fonte: A autora, 2025

As categorias de variáveis com associação estatística à classe 5 e seus respectivos valores de x^2 são destacados no Quadro 4.

Quadro 4– Categorias de variáveis associadas à classe 5. Rio de Janeiro, 2025

Variável	Categoria	x ²
Orientação política	Direita ou centro direita	2,25
Tempo de trabalho	14 anos	7,66

Fonte: A autora, 2025

As categorias de variáveis associadas à classe 5 são: orientação política direita ou centro direita, tempo de trabalho 14 anos. Estas possibilitam uma compreensão do perfil social do grupo que está associado à classe, com destaque para uma posição política fora do contexto de polarização política vivenciado durante a pandemia, profissionais com um tempo de trabalho que permitiu o acúmulo de experiência profissional, mais longo.

As palavras com maior x^2 foram “vacina”, “lição”, “ciência”, “político”, “obrigar”. Cabe considerar que a vacina foi instituída no país como de uso obrigatório, sendo recomendada pela OMS, e esta obrigatoriedade gerou posicionamentos e sentimentos positivos e negativos na sociedade, em uma demonstração de atitudes positivas e negativas frente à vacina.

De acordo com um estudo realizado pela Fiocruz (2022) a maioria dos brasileiros tinham percepções e atitudes positivas sobre a vacinação, em particular em torno dos imunizantes contra a COVID-19, que consideravam seguros, eficazes e importantes para proteger a saúde pública e acabar com a pandemia.

A vacinação confere o benefício direto da prevenção de doenças, mais os benefícios indiretos, incluindo a proteção da comunidade, porém o tempo de desenvolvimento e fabricação e as diversas informações distorcidas transmitidas durante o período da pandemia, despertaram alguns sentimentos negativos na população.

A seguir, alguns relatos dos participantes referentes a este tema.

teve muitos profissionais_saúde que negaram a vacina, não tomaram a vacina, já vi alguns companheiros falando que não tomariam porque tinham aquelas pessoas que não concordavam não acreditavam que não confiavam na vacina (ent_0002 *id_02 *rel_01 * pol_03 *prof_01 *tt_07)

porque tudo foi muito rápido como que uma vacina foi desenvolvida tão rápido em poucos meses, mas é isso é acreditar na ciência é acreditar no poder da ciência nesse poder de autocuidado de ter cuidado de tantos anos (ent_0011 *id_01 *rel_03 * pol_04 *prof_01 *tt_05)

eu acho que a vacina até mesmo o cuidado profissional a mudança nesse cuidado_profissional é fruto da conquista do que conseguiu atingir com a vacina e os profissionais_saúde que estavam na linha_frente era visível que a vacina foi o grande sucesso da covid19 da pandemia (ent_0003 *id_02 *rel_01 * pol_02 *prof_04 *tt_14)

sou super a favor da vacina foi um divisor de águas uma ação mundial de grande importância para sociedade, apesar de um movimento contra a vacina e muitos profissionais_saúde não querendo se vacinar, mas foi um marco onde tudo mudou (ent_0004 *id_01 *rel_01 * pol_02 *prof_02 *tt_04)

Outras palavras nesta classe foram aquelas ligadas aos sentimentos vivenciados durante a vacinação, como “acreditar”, “esperança” e “diminuir”. Os posicionamentos dos participantes revelaram a crença na vacina, e sua representação como esperança e capaz de reduzir as mortes e a gravidade do adoecimento observado no início da pandemia em uma demonstração de atitudes positivas frente a vacina.

Soeiro *et al.* (2023) afirmam a segurança, eficácia e capacidade imunológica dessas vacinas, ressaltando que eventos adversos são infrequentes e de intensidade leve, mas os benefícios superam os riscos.

Um estudo sobre o impacto da vacinação contra a COVID-19, realizado em grupos etários prioritários no período logo após a vacinação, em quatro países das Américas, revelou que as primeiras fases dos programas de vacinação contra a COVID-19 resultaram em reduções consideráveis nos casos confirmados de COVID-19 e nas mortes entre os adultos mais velhos que foram priorizados na vacinação (Jarquin, 2021).

A seguir, alguns relatos dos participantes referentes a este tema.

que a vacina estava sendo elaborada e já estava quase pronta acho que dava esperança para o mundo voltar a vida normal porque muitas vezes me assustou a maioria das pessoas era a incerteza se poderia conviver e ter a nossa vida normal novamente (ent_0002 *id_02 *rel_01 * pol_03 *prof_01 *tt_07)

conseguimos ultrapassar esse momento de pandemia e a vacina é a responsável por isso uma valorização da vacina acredito que o pós_covid19 também teve esse olhar a importância da caderneta de vacina de manter a vacina em dia a pandemia da covid19 também trouxe essa contribuição (ent_0003 *id_02 *rel_01 * pol_02 *prof_04 *tt_14)

então se pegar a linha do tempo e observar a diminuição do número de casos a diminuição do número de casos graves de morrer enfim vê a diferença que a vacina fez na sociedade (ent_0011 *id_01 *rel_03 * pol_04 *prof_01 *tt_05)

acredito que por tudo que a gente ouve de coisas negativas não deixo de tomar a vacina prefiro acreditar que ela existe por algum motivo bom que vai diminuir realmente a mortalidade dessa doença (ent_0027 *id_02 *rel_03 * pol_03 *prof_04 *tt_26)

Nesta classe se identificou, também, o contexto político vivido naquele momento, através das palavras “ciência”, “político”, “vida”. No contexto político, o governo brasileiro adotou uma postura política em relação à imunização da população que não difere das posturas adotadas em relação a outras estratégias para conter a propagação da pandemia. A atitude de negação, bem como a declaração do Presidente da República de que não importaria a vacina e que ela não seria obrigatória, teve um papel no estímulo aos movimentos antivacina.

Conforme Willrich et al. (2022) a análise da gestão durante a pandemia de COVID-19 apontou para um (des)governo, ou seja, ausência de ações baseadas em princípios, táticas, cálculos e saberes específicos que possibilitaram ao Estado brasileiro gerenciar a situação de pandemia de maneira racional e refletida. A opção política e ideológica por processos de

privatização e desmantelamento dos sistemas nacionais de cuidado e atenção à saúde produziu mortes e potencializou o sofrimento da população (Casara, 2021).

Esse posicionamento oficial de negação da gravidade da pandemia, politizando uma questão que deveria ser tratada no seu aspecto técnico, levou os partidos políticos de oposição a tomar medidas legais para exigir a implementação de um Plano Nacional de Vacinação contra a COVID-19, apresentando essa solicitação ao Supremo Tribunal Federal (STF).

Segundo Giovanella *et al.* (2020), observou-se um governo que desgovernou, que sonegou dados e informações, que tripudiou sobre o sofrimento e a morte de dezenas de milhares de brasileiros, que promoveu uma necropolítica e se aproveitou da pandemia para extinguir direitos, acentuar privilégios, destruir o meio ambiente, afrontar a democracia.

A seguir, alguns relatos dos participantes referentes a este tema.

a vacina trouxe uma nova esperança que a pandemia poderia acabar, mas tiveram algumas falhas de informação e envolvimento do governo da época tirando a credibilidade da vacina, porém houve uma grande melhora da chegada dos pacientes ao hospital após a vacina (ent_0008 *id_02 *rel_01 * pol_02 *prof_04 *tt_04)

e assim pensando no governo estado e autoridades competentes na época também não tinha como não olhar para essa situação o momento da doença fez com que tudo fosse pensado em função daquele momento da covid19 (ent_0003 *id_02 *rel_01 * pol_02 *prof_04 *tt_14)

mas o brasil é muito despreparado para muitas coisas e considerando as políticas sociais pensar na saúde a partir dos determinantes sociais acho que fica uma lição que precisamos de um país melhor de políticas públicas (ent_0003 *id_02 *rel_01 * pol_02 *prof_04 *tt_14)

mas vê isso por conta de uma doença e depois que soube as histórias todas relacionadas ao atraso da vacina e imaginar quantas vidas poderia não ter perdido se essa vacina tivesse chegado antes (ent_0023 *id_02 *rel_03 * pol_02 *prof_03 *tt_04)

No continente africano, vários estudos abordaram o histórico de resistência à vacinação e a crescente disseminação da desinformação, amplamente promovida por meios de comunicação social, líderes e grupos religiosos, não apenas sobre vacinas em geral, mas também em relação às vacinas que visam prevenir a COVID-19. Alguns estudos identificaram que a falta de informações claras sobre a doença e as vacinas contribuíram para a hesitação vacinal, especialmente na Etiópia e na República Democrática do Congo. Na República Democrática do Congo, houve até mesmo desconfiança por parte da população em relação à participação em testes de vacinas contra o coronavírus (Gonçalves *et al.*, 2023).

Dois estudos conduzidos no Brasil revelaram um nível de hesitação em relação às vacinas contra a COVID-19 de 36,61%, com uma taxa de aceitação maior entre os

entrevistados. No entanto, ao pensar que 1/3 dos pesquisados não se sentiam seguros em tomar a vacina, parece preocupante em um país com tradição de vacinação em massa. Esses estudos sugerem que esse resultado pode ter sido motivado pelas elevadas taxas de transmissão e mortalidade associadas à COVID-19 no país (Bono *et al.*, Bagateli *et al.*, 2021). Entretanto, uma outra publicação aponta que os participantes hesitantes em relação à vacinação podem não ter compreendido ou não foram adequadamente informados sobre o elevado risco representado pela COVID-19 no Brasil, além de terem se associado a politização da vacina. (Macinko *et al.*, 2021).

Na revisão de Bono *et al.* (2021) foi observado que muitos estudos destacaram as altas taxas de aceitação das vacinas no Brasil, estabelecendo essa associação. É importante ressaltar que o Brasil é amplamente reconhecido mundialmente pelo seu Programa Nacional de Imunizações, que contribuiu para a construção de uma cultura de imunização coletiva no país (Chaves *et al.*, 2021).

Além disso, também se observou evidências de que a vacinação pode reduzir a probabilidade de contrair a infecção e de transmitir o vírus para outras pessoas, impactando o número de casos e o alastramento ainda maior da pandemia. 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 em massa, o quadro epidemiológico geral da doença sofreu uma modificação importante, sendo a assistência pautada na orientação e testagem, diferentemente do que acontecia no início da pandemia (Organização Mundial de Saúde, 2023).

As experiências vividas no processo de vacinação contra a COVID-19 no Brasil revelam a formação de representações e, especialmente, de atitudes positivas e negativas frente a um objeto social novo – a COVID-19 e a vacina específica.

O cuidado, nessa classe, revelou-se como representação e experiências de vacinação e o contexto político, mostram que, apesar da mobilização política e social contra a vacina, a maior parte dos profissionais cumpriu o seu papel de disseminadores de informação científica, reforçando a importância da vacinação em massa. No entanto, os impactos das *fake news* e da desinformação em torno do processo vacinal ainda são sentidos até os dias atuais, inclusive entre os profissionais.

4.2.3 Classe 4 – Experiência das dificuldades para o cuidado e autocuidado na UTI

A classe 4 foi a que mais se distanciou das demais, sendo e surgiu após a terceira partição do corpus analisado. A classe 4 foi gerada a partir da segunda divisão, apresentou 133 STs que correspondem a 22,47% do corpus. A classe remete às experiências das dificuldades para o cuidado e autocuidado, destacando as dificuldades vivenciadas durante a pandemia pela equipe multiprofissional no contexto da UTI. Destaca-se que as dificuldades enfrentadas circunscrevem uma classe específica que foi gerada antes das classes relativas ao cuidado desenvolvido na UTI propriamente, revelando o seu grau de especificidade e a importância que esse tema assumiu no pensamento social do grupo.

As circunstâncias geradoras de medo deram-se pelo risco de exposição ao vírus, bem como às condições de trabalho inadequadas. Essas condições de trabalho foram afetadas pela dimensão da pandemia e pela rapidez da sua disseminação, portanto expressam a incapacidade do sistema de saúde para enfrentar situações que exigem rápida resposta a um contingente grande de acessos ao sistema. As principais dificuldades destacadas foram: infraestrutura física deficiente, dificuldade de acesso a equipamentos de biossegurança, recursos humanos reduzidos, deficiência de treinamentos e capacitações (Nóbrega *et al.*, 2022).

A seguir, o quadro descritivo dos principais vocábulos com associação (χ^2) com a classe 4 (Quadro 5).

Quadro 5 – Descrição dos termos com maior associação com a classe 4. Rio de Janeiro – RJ, 2025

Palavras	f	X ²	Palavras	f	X ²
faltar	6	100	envolver	7	85,71
equipe_multi	51	62,75	doença	47	44,68
cuidado_pro	110	47,27	colocar	24	54,17
lidar	28	67,86	grande	27	51,85
dificuldade	38	57,89	acolhimento	4	100
angústia	7	100	seguir	4	100
mídia	8	100	prof saúde	48	43,75
falta	20	65	entrar	22	54,55
informação	23	60,87	processo	10	70

próprio	10	80	medicação	6	83,33
maior	24	58,33	emocional	6	83,33
paramentação	5	100	material	8	75
estresse	5	100	relação	28	50

Fonte: A autora, 2025

As categorias de variáveis com associação estatística à classe 4 e seus respectivos valores de x^2 são destacados no Quadro 6.

Quadro 6 – Categorias de variáveis associadas à classe 4. Rio de Janeiro, 2025.

Variável	Categoria	x^2
Orientação política	Esquerda ou centro esquerda	3,99
Tempo de trabalho	7 anos	2,94
	14 anos	2,94
Idade	Menor ou igual a 29 anos	3,82

Fonte: A autora, 2025

As categorias de variáveis associadas à classe 4 são: orientação política esquerda ou centro-esquerda, tempo de trabalho de 7 anos e 14 anos e idade menor ou igual a 29 anos. Estas possibilitam uma compreensão do perfil social do grupo que está associado à classe, com destaque para uma posição política fora do contexto de polarização vivenciado durante a pandemia, pessoas em uma faixa etária de adultos jovens e com tempo de trabalho que permitiu o acúmulo de experiência profissional médio ou longo.

Algumas palavras com maior x^2 foram “equipe_multiprofissional”, “profissionais da saúde”, “cuidado_profissional”, “informação”, “falta”, “mídia”. O trabalho em equipe é favorável quando os profissionais trocam conhecimentos e se relacionam, colaborando de maneira interdisciplinar para oferecer um serviço eficaz ao usuário. Isso significa considerar diferentes pontos de vista das áreas profissionais que compõem a equipe de saúde (Anjos; Souza, 2016).

O cenário de crise global provocado pela Covid-19 trouxe sérios desafios para a efetividade do acesso aos cuidados intensivos, tensionando o trabalho em saúde na alta complexidade. Observaram-se verdadeiros desdobramentos para responder à sobrecarga da

infraestrutura de saúde, decorrente do importante fluxo de pessoas que ficaram gravemente doentes e que demandaram por cuidados intensivos (Rosenbaum, 2020; Griffi et al., 2020).

Conforme Travassos (2020), a pandemia fez com que os sistemas de saúde passassem, de um momento para o outro, a ter de lidar com uma demanda crescente, em alguns casos extremamente alta. Conforme Ezekiel *et al.* (2020), o curso incerto acerca da doença pode causar dano suficiente para sobrecarregar a infraestrutura de serviços de saúde, criando demandas extraordinárias e sustentadas somente nos sistemas de saúde e nos prestadores de serviços.

Cabe destacar que, durante a pandemia de COVID-19 os serviços de saúde enfrentaram diversas dificuldades, como a superlotação dos hospitais, infraestrutura defasada, falta de profissionais, demora para o diagnóstico, problemas no hospital, falta de materiais e estrutura, entre outros desafios.

De acordo com estudo realizado com profissionais de saúde no estado de Santa Catarina, a falta de conhecimento e treinamento das equipes foi uma das maiores dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde. Esta deficiência representou uma considerável carga física e emocional para os profissionais, prejudicando a assistência ao paciente (Martins et al., 2022). Esse esforço para estruturar o ambiente laboral sobrepunha, de algum modo, a capacidade de resiliência desses profissionais (Wang et al., 2020).

De acordo com Lima *et al.* (2021), os profissionais de saúde foram submetidos a muitos desafios na pandemia da COVID-19, pois estiveram em contato direto com os pacientes acometidos pela doença e com os casos suspeitos. Dentre as dificuldades, destaca-se a falta de recursos necessários à assistência nas instituições de saúde, trazendo prejuízos para a prestação do cuidado e gerando desgaste físico, mental e emocional nos profissionais.

Em paralelo a esse contexto, a rápida evolução na gravidade dos pacientes com Covid-19 exigia cuidado intenso que sobrecarregava os profissionais disponíveis e ocorria em um momento em que o curso da doença e o tratamento adequado não eram bem compreendidos ou eram desconhecidos.

Em consonância com a literatura (Rosenbaum; Facing, 2020; Huh, 2020; Bergman *et al.*, 2021), entre os desafios relatados pelos profissionais de saúde, estavam o desconhecimento da doença e da respectiva evolução, o maior tempo para prestar assistência a cada um dos pacientes, o número reduzido de profissionais para responder à excepcionalidade da situação e o aumento substancial da carga de trabalho.

A seguir, alguns relatos dos participantes referentes a este tema.

acho que a principal dificuldade para todos os equipe multiprofissional foi a falta de experiência de informação como já tinha comentado falta de experiência porque muitos profissionais_saúde eram recém-formados e mesmo os que já eram formados há muito tempo nunca tiveram experiência cuidado_profissional com aquela patologia (ent_0005 *id_01 *rel_01 * pol_03 *prof_01 *tt_02)

onde estava morria muita gente com complicações respiratórias e outras complicações tivemos que aprender a lidar e cuidado_profissional com essa nova doença muitos profissionais_saúde não tinham experiência e tínhamos muitas dúvidas a respeito da doença dava medo insegurança (ent_0004 *id_01 *rel_01 * pol_02 *prof_02 *tt_04)

a informação da covid19 chegou através da mídia mesmo principalmente mídia televisionada tínhamos informação do que estava acontecendo pelo mundo que era uma doença altamente contaminante que precisávamos nos proteger autocuidado principalmente quem estava na linha_frente (ent_0004 *id_01 *rel_01 * pol_02 *prof_02 *tt_04)

então esse cuidado_profissional humano esse cuidado_profissional de estar passando algumas informações e como isso aliviava essas famílias e isso foi muito importante a principal dificuldade nesse processo cuidado_profissional em lidar com o paciente e os familiares e por escassez de profissionais_saúde muitos por cansaço físico e emocional (ent_0008 *id_02 *rel_01 * pol_02 *prof_04 *tt_04)

então tivemos problemas de infraestrutura cuidado_profissional e isso causava muito receio porque uma equipe_multiprofissional que não estava preparada que se preparou durante o momento que estava acontecendo a pandemia muitos médicos também recém_formado foi bastante difícil (ent_0009 *id_01 *rel_03 * pol_02 *prof_05 *tt_06)

A escassez de profissionais de saúde foi um relato comum entre os profissionais de saúde que, ao atingir níveis críticos no pico da pandemia, deixou a sensação de não ter sido ofertado o cuidado adequado. Essa percepção foi relatada pelos profissionais de diferentes formas, quer pela ausência de profissional em quantidade suficiente para a demanda, quer pela ausência de experiência pregressa dos novos profissionais.

Foram observadas dificuldades técnicas vivenciadas, visto que o risco aumentado de contaminação exigia cuidados de autoproteção extremados e disponibilidade de material para essa finalidade. As palavras “paramentação”, “faltar”, “material” mostram esse contexto da classe. As evidências sobre o alto risco de contaminação na desparamentação (Oliveira; Lucas; 2021) elevaram a percepção de insegurança, produzindo o senso de responsabilidade com o outro. O medo de adoecer foi destacado durante as entrevistas, a despeito dos treinamentos constantes sobre fluxos de serviços e protocolos de biossegurança recebidos antes e durante a pandemia.

Treinamentos e capacitações dos profissionais de saúde são essenciais e indispensáveis para uma assistência de qualidade. Essa estratégia é de suma importância em qualquer tempo, principalmente com o advento da pandemia. Segundo Amorim *et al.* (2020), diversos

treinamentos e capacitações referentes à paramentação e desparamentação dos equipamentos de proteção individual foram realizados durante a pandemia.

No entanto, de acordo com estudo realizado com profissionais de saúde de um hospital universitário, observou-se que, mesmo com treinamentos e simulações ofertados pela instituição para lidar com pacientes com COVID-19, os profissionais ainda apresentaram insegurança (Reis *et al.*, 2020).

A insegurança sentida pelos profissionais pode estar relacionada com a falta de conhecimentos sobre a doença no início da pandemia, a pressão da demanda que exigia um cuidado exaustivo durante toda a jornada de trabalho, e ao racionamento dos materiais necessários à autoproteção dos profissionais.

Assim, cuidar e não se infectar foi um desafio persistente nesse novo cenário. Como sugere Huh (2020), a segurança da equipe era um pressuposto garantidor da assistência aos pacientes internados, sendo, portanto, fundamental naquele contexto.

Somado a esse temor, os profissionais estavam diante de problemas advindos da condicionalidade de novas rotinas, como do uso de equipamentos de proteção individual (EPI) durante todo o período de trabalho e os cuidados de paramentação e desparamentação cotidiana.

A seguir, alguns relatos dos participantes referentes a este tema.

a covid19 trouxe uma experiência no sentido de utilizar o epi a importância do epi a paramentação e desparamentação foi muito importante o autocuidado porque antes da covid19 a gente não levava muito a sério (ent_0001 *id_02 *rel_01 * pol_03 *prof_01 *tt_10)

a importância dos epi o isolamento social mudanças no manejo da doença a falta de medicamentos e insumos não era especificamente só aqui no brasil no início tive muito medo da morte fiquei muito atordoada com tantas mortes acontecendo ao mesmo tempo (ent_0004 *id_01 *rel_01 * pol_02 *prof_02 *tt_04)

aí começou a dificuldade de lidar com esses pacientes nós tínhamos material, porém racionado e existia um controle de máscara n95 quando acabava no hospital era porque de fato faltava no mercado para venda (ent_0013 *id_02 *rel_04 * pol_04 *prof_01 *tt_07)

pacientes que precisavam de um suporte diferenciado algumas medicações que faltavam fluxômetro frasco de aspiração tivemos falta de alguns insumos importantes tinha que decidir avaliar quem estava precisando mais e quem precisava menos para poder colocar o aparelho (ent_0025 *id_01 *rel_02 * pol_01 *prof_01 *tt_05)

O uso de EPI é primordial para proteger os trabalhadores de saúde que estão na linha de frente do combate à pandemia de COVID-19 e minimizar os impactos da pandemia, evitando o adoecimento dos profissionais da saúde. Apesar disso, no decorrer da pandemia

houve desabastecimento de EPI em nível nacional e internacional, sendo recomendado à época o seu uso racional, a fim de evitar que o impacto do desabastecimento fosse ainda maior (Soares *et al.*, 2020).

A necessidade do uso prolongado dos EPIs foi um desafio recorrente. Como observado por Liu *et al.* (2020), além do cansaço físico, alguns profissionais relataram desconforto respiratório, cefaleia e alterações de pele, decorrentes da pressão desses dispositivos. Até mesmo o atendimento das necessidades fisiológicas, como as de alimentação e eliminação, era percebido como estressor na rotina de trabalho, devido ao medo de contaminar-se durante as trocas dos artefatos para a entrada e saída da UTI. Ademais, Liu *et al.* (2020) e Bergman *et al.* (2021) ponderam que a comunicação com os pacientes foi afetada frente às condicionalidades do uso dos EPI e à demanda de trabalho.

A autoproteção profissional não é algo novo, uma vez que é embasada em um conjunto de informações e manuais de procedimentos desenvolvidos ao longo do tempo. No entanto, apesar do amplo conhecimento disponível sobre a temática, nem sempre a sua assimilação e o desenvolvimento de práticas ocorrem de forma esperada, uma vez que envolve constante estímulo e capacitação, além de modos de pensar complexos que nem sempre se traduzem em ações (Cercilier, 2023).

Outras palavras nesta classe foram aquelas ligadas aos sentimentos negativos vivenciados durante as práticas de cuidado, como “estresse”, “angústia” e “lidar”.

A pandemia de COVID-19 afetou a rotina de trabalho e a saúde dos profissionais de saúde. No âmbito profissional, os dias de folga eram marcados por trocas de experiências e evidências científicas com profissionais de outros hospitais. Assim, eles ficavam sempre imersos no “mundo da terapia intensiva”. Reconheceu-se que os profissionais de saúde assumiram a responsabilidade de cuidar do outro em contexto jamais vivido, sendo expostos à exaustão física e emocional (Phua *et al.*, 2020; Liu *et al.*, 2020).

A seguir, alguns relatos dos participantes referentes a este tema.

os profissionais saúde começaram a adoecer e após sair de licença adoecer ficar em estado depressivo tive que aumentar a dose do ansiolítico e isso foi muito difícil o excesso de trabalho a carga de trabalho a pressão e a falta de acolhimento com os profissionais saúde (ent_0013 *id_02 *rel_04 * pol_04 *prof_01 *tt_07)

na covid19 trabalhou com a questão da morrer assim era uma questão muito forte no dia a dia então até mesmo as relações entre a equipe multiprofissional tentávamos manter uma equipe multiprofissional unido apoio social para suportar e conseguir vencer aquele dia de trabalho que era muito pesado (ent_0003 *id_02 *rel_01 * pol_02 *prof_04 *tt_14)

a equipe multiprofissional tentava humanizar essa relação para que não se tornasse mais difícil o que já era difícil humanizar a situação emprestava o próprio telefone e fazia chamada vídeo com a sua família ou então oferecia às pessoas idosas comida na boca (ent_0004 *id_01 *rel_01 * pol_02 *prof_02 *tt_04)

a principal dificuldade nesse processo cuidado profissional em lidar com o paciente e os familiares e por escassez de profissionais saúde muitos por cansaço físico e emocional (ent_0008 *id_02 *rel_01 * pol_02 *prof_04 *tt_04)

De fato, a complexidade do atendimento gerou inquietação, sentimentos positivos e negativos e anseios dos profissionais de saúde, frente ao desgaste físico, emocional e mental enfrentado, conforme evidenciado nas falas dos profissionais. O exercício do cuidado é uma tarefa complexa, exigindo o comprometimento do profissional, ademais em um contexto de pandemia. Os sentimentos de vulnerabilidade, medo do adoecimento e da morte, aliados à preocupação de contaminar amigos e familiares foram fatores que tiveram grande relação com o desgaste emocional e psicológico dos profissionais de saúde durante a pandemia de COVID-19 (Martins *et al.*, 2022).

O cuidado, nesta classe, revelou-se como representação e experiência das dificuldades para o cuidado de si mesmo - autocuidado – e ao outro - cuidado com a equipe multiprofissional – destacando as dificuldades vivenciadas pela equipe. Esse cuidado desenvolvido na UTI revela o seu grau de especificidade e a importância que esse tema assumiu fora do hospital.

4.2.4 Classe 2 – Experiência e cotidiano do cuidado profissional na UTI

Esta classe 2 emergiu após a última iteração do corpus. A classe foi composta por 84 STs, representando 14,19% do total do corpus analisado. Os significados predominantes na classe apontam para as experiências e cotidiano do cuidado profissional na UTI, acompanhadas das representações construídas nesse processo.

As UTIs foram um dos setores que mais sofreram os efeitos desse fenômeno no momento mais crítico da pandemia, uma vez que gerou mudanças repentinas e generalizadas nesses serviços. Foi necessário mudar e ampliar espaços, treinar e gerenciar pessoas e reinventar a oferta do cuidado diante da sobrecarga de trabalho e escassez de profissionais (Pereira *et al.*, 2023).

As pesquisas sobre a COVID-19 começaram a ser produzidas a partir do aparecimento dos primeiros casos da doença, gerando uma lacuna entre as primeiras informações

divulgadas e a exposição profissional, despertando insegurança na própria atuação profissional. Não havia muitas informações sobre o vírus, sobre as formas de tratamento e de transmissão nos primeiros meses da pandemia, constituindo um contexto de insegurança para as práticas de cuidado.

A pandemia de COVID-19 destacou, ainda, a vulnerabilidade dos sistemas de saúde em relação à escassez de leitos de terapia intensiva, instalações hospitalares, equipamentos de proteção individual (EPIs), ventiladores mecânicos e, até mesmo, medicamentos essenciais para o tratamento dos pacientes. Ela também evidenciou a carência de diretrizes internacionais unificadas para lidar com pandemias e a falta de condições de trabalho adequadas para todos os profissionais de saúde (Padilha, 2020).

Por ser dinâmico, esse cuidado sofreu mudanças a partir das relações produtivas do “trabalho vivo em ato”, realizados em cenário de excepcionalidade da pandemia. A literatura não é clara quanto aos aspectos intersubjetivos envolvidos nessas relações, indicando a necessidade de evidenciá-los em uma perspectiva que considere a UTI para além de um campo técnico, como de práticas sociais (Fest; Krewulak, 2021; Bambi *et al.*, 2020).

A seguir, o quadro descritivo dos principais vocábulos com associação (χ^2) com a classe 2 (Quadro 7).

Quadro 7 – Descrição dos termos com maior associação com a classe 2. Rio de Janeiro – RJ, 2025

Palavras	f	χ^2	Palavras	f	χ^2
paciente	177	29,38	tempo	198	21,72
piorar	4	100	comer	22	40,91
cenário	4	100	viver	26	38,46
alimentar	4	100	novo	9	55,56
transferir	6	83,33	conhecer	23	39,13
receber	12	58,33	sentimento	4	75
bom	15	53,33	funcionário	110	24,55
plantão	59	45,45	cuidado prof	7	57,14
dizer	168	23,81	jovem	10	50
estar	59	32,2	rápido	10	50
saber	36	36,11	doente	320	18,44
início	46	32,61	ser	34	32,35

Fonte: A autora, 2025

As categorias de variáveis com associação estatística à classe 2 e seus respectivos valores de χ^2 são destacados no Quadro 8.

Quadro 8 – Categorias de variáveis associadas à classe 2. Rio de Janeiro, 2025

Variável	Categoria	χ^2
Orientação política	Centro	5,99
Tempo de trabalho	7 anos	19,53
Idade	Menor ou igual a 29	2,29

Fonte: A autora, 2025

As categorias de variáveis associadas à classe 2 são: orientação política centro, tempo de trabalho 7 anos e idade menor ou igual a 29 anos. Estas possibilitam uma compreensão do perfil social do grupo que está associado à classe, com destaque para uma posição política fora do contexto de polarização vivenciado durante a pandemia, pessoas em uma faixa etária de adulto jovem, também, e com tempo de trabalho que permite o acúmulo de experiência profissional, mas não muito longo.

Os vocábulos “comer”, “alimentar”, “cuidado profissional”, “sentimento”, “transferir” revelam alguns conteúdos representacionais do cuidado desenvolvido na pandemia. As modalidades de cuidado desenvolvidas no cotidiano das UTI foram particulares, associando os cuidados em situações críticas a outros desafios específicos da pandemia de COVID-19. Esses cuidados referidos pelos participantes foram: alimentação, cuidados clínicos críticos, tempo de intubação, cuidado afetivo e o cuidado espiritual em situação de morte.

O trabalho em UTI, por si só, é complexo. O ambiente estressante, os recursos tecnológicos, o regime de plantões, a gravidade dos pacientes, a proximidade com a morte e a sobrecarga de trabalho fazem parte da rotina do profissional intensivista (Rodrigues; Ferreira, 2011). No entanto, a COVID-19 surgiu agravando esse contexto, influenciando no desenvolvimento das medidas de assistência à saúde e nas relações de trabalho (Keene *et al.*, 2021). De forma repentina, o processo de trabalho na UTI precisou responder a esse novo cenário de doença desconhecida, com alta transmissibilidade e letalidade, de curso clínico e tratamento, até então, pouco conhecidos (Huang *et al.*, 2020).

A seguir, alguns relatos dos participantes exemplificam os conteúdos representacionais do cuidado.

O paciente dizia ‘eu não quero comer, eu prefiro não comer’ e precisava alimentar, sabia que era prioridade para o quadro dele, mas como fazê-lo comer? Muitas vezes a nossa dieta era basicamente líquida para que eles conseguissem estar se alimentando. (ent_0012 *id_02 *rel_02 * pol_01 *prof_05 *tt_15)

eles não tinham muita fome eles nem conseguiam comer muito, devido à falta de ar. É uma coisa que foi muito impactante para mim e para quem estava no atendimento direto ao paciente. (ent_0012 *id_02 *rel_02 * pol_01 *prof_05 *tt_15)

mas como cuidado_profissional era manter aquele paciente calmo medicado higienizado ter_cuidado de saúde mental fazer de tudo para que ele se mantivesse calmo não evoluísse para uma piora (ent_0019 *id_01 *rel_01 * pol_03 *prof_01 *tt_10)

não sei o cuidado_profissional, quem atender primeiro, está todo mundo muito grave e lembro desse dia, foram 12 horas de muito trabalho, não fui ao banheiro, não bebi água, não comi, fiquei 12 horas dentro da uti (ent_0023 *id_02 *rel_03 * pol_02 *prof_03 *tt_04)

então foi um pouco assustador medo, mas só foi entregar para deus no início fiquei cuidado_profissional atendendo pacientes que já internaram direto na clínica médica e geralmente era transferido para uti (ent_0011 *id_01 *rel_03 * pol_04 *prof_01 *tt_05)

Para a Organização Mundial da Saúde (2020) e Iser et al. (2020), foram definidas três condições clínicas para a COVID-19 que impactam a produção do cuidado: casos leves, casos moderados e casos graves, onde estão inclusos os casos críticos. Caracteriza-se como caso leve os sintomas não específicos, como tosse, coriza, dor de garganta, febre, diarreia, calafrios, dor abdominal, fadiga, dores no corpo e/ou cefaleia. Já os casos moderados, além dos sinais leves da doença, podem incluir tosse persistente e febre persistente diária, além da presença de pneumonia sem sinais ou sintomas de gravidade. Nos casos graves e críticos, os principais sintomas são sepse, Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA), insuficiência respiratória grave, pneumonia grave e disfunção de múltiplos órgãos, sendo necessário, em muitos casos, suporte respiratório e internação em UTI.

Assim, os cuidados críticos e complexos devem ser imediatamente prestados ao paciente grave. Dentre os serviços que foram oferecidos pela UTI ao paciente com COVID-19, tem-se a assistência ventilatória mecânica invasiva, drogas vasoativas e de constrição de vaso, Terapias de Substituição Renal (TSR), além da necessidade de utilização de sistemas de oxigenação por membrana extracorpórea (ECMO) (Halaçlı *et al.*, 2020).

Diante do cenário de desequilíbrio provocado pela demanda crescente por internação em UTI e a oferta insuficiente de leitos, os profissionais referiram a necessidade de reorganizar o ambiente hospitalar, fazendo com que as unidades redirecionassem alguns

setores hospitalares para UTI COVID-19. Adicionalmente a essa medida, houve a abertura de leitos extras para o atendimento aos pacientes transferidos, que eram alocados conforme a gravidade do quadro clínico. Ressalta-se que mudanças intensas na organização e classificação dos pacientes ocorriam à medida que surgiam novas atualizações acerca dos protocolos de biossegurança, mecanismos de transmissão e condutas clínicas para a doença (Pereira *et al.*, 2023).

Outro ponto de destaque diz respeito ao desafio vivenciado pelos profissionais de saúde na assistência a pacientes com instabilidade hemodinâmica, considerando toda a complexidade que envolve o cuidado de um paciente crítico. Os vocábulos “paciente”, “piora”, “cenário” expressam essa situação de imprevisibilidade vivenciada durante a pandemia. De fato, a complexidade do atendimento gerou insegurança nos profissionais, acompanhada de desgaste físico, emocional e mental dos profissionais.

A seguir, alguns ST exemplificam esses conteúdos representacionais do cuidado.

Precisávamos de medicamentos, de funcionários para trabalhar e a gente tinha que trabalhar, tinha que ficar ali não podia correr, até por misericórdia mesmo do paciente que estava ali precisavam muito da gente. Tirava força não sei de onde para encarar essa dificuldade (ent_0001 *id_02 *rel_01 * pol_03 *prof_01 *tt_10)

no início tinham muitas mortes era exaustivo o plantão achava que não ia dar conta era tudo muito novo tinha muita gravidade acontecendo achava que estávamos vivendo um cenário de guerra (ent_0004 *id_01 *rel_01 * pol_02 *prof_02 *tt_04)

os pacientes recebiam as notícias os que já estavam mais graves eram encaminhados direto para a uti foi quando fui transferida também para trabalhar na uti e lá vi a quanto necessária fui o cenário de guerra estava instalado (ent_0026 *id_01 *rel_02 * pol_01 *prof_01 *tt_04)

...pacientes que nem chegavam a ser entubados, não dava tempo para prestar cuidado_profissional, isso me trazia um sentimento de impotência, de estar lutando contra a maré, tive que trabalhar isso muito comigo, controlar meus sentimentos neste momento (ent_0004 *id_01 *rel_01 * pol_02 *prof_02 *tt_04)

e aí isso me gerava um sentimento de muita incerteza no que você estava fazendo sabia que estava fazendo correto só não sabia se aquilo ali às vezes ia melhorar ou piorar o quadro do paciente cuidado_profissional na prática acontecendo (ent_0005 *id_01 *rel_01 * pol_03 *prof_01 *tt_02)

...a covid19 acabou mudando meu comportamento de cuidado_profissional, me trouxe experiência, estávamos trabalhando com pacientes muito graves, como eu nunca tinha trabalhado. Tinha um sentimento de medo, de não dar conta de tudo que estava acontecendo. (ent_0004 *id_01 *rel_01 * pol_02 *prof_02 *tt_04)

A complexidade e multidimensionalidade do cuidado são destacadas por Boff (2005), apontando que ele possui uma dimensão ontológica, estando presente na própria constituição do ser humano e determinando a estrutura das suas práticas. Para o autor, a prática de cuidado

humanizado traz sentido a tudo o que o ser humano empreende, projeta e faz, uma vez que revela uma vertente de desvelo e de doação direcionada ao outro. Dado o exposto, o cuidado, por sua própria natureza, inclui como significações básicas a atitude de desvelo, solicitude e atenção para com o outro, associada a uma inquietação e preocupação pelo outro, posto que o sujeito se sente envolvido ou afetivamente ligado a ele.

A COVID-19 é uma doença que causou grande impacto em todo o mundo, trazendo repercussões diretas para a vida das pessoas, marcando suas experiências profissionais e pessoais, principalmente entre os profissionais de saúde que estavam em contato direto com o vírus e com as pessoas acometidas. Desta forma, os profissionais construíram memórias, novos conceitos e concepções a respeito da patologia, bem como significados particulares e coletivos.

No contexto da pandemia da COVID-19, as incertezas e o medo acarretados pela nova doença despertaram sentimentos de proteção direcionados não somente a si mesmo, mas ao outro. (Pimentel *et al.*, 2020). Neste sentido, ofertar o cuidado de alto padrão em UTI tornou-se um desafio diante da nova realidade (Bambi *et al.*, 2020).

O cuidado, nesta classe, revelou-se como representação e experiência no cotidiano do cuidado profissional na UTI. A demanda crescente por internação em UTI e a oferta insuficiente de leitos levaram os profissionais referirem a necessidade de reorganizar o ambiente hospitalar, para prestar o cuidado nas unidades hospitalares com UTI COVID-19.

4.2.5 Classe 3 – Experiência do cuidado relacional e afetivo na UTI

Esta classe 3 emergiu após a última interação do corpus. A classe foi composta por 108 STs, representando 18,24% do total do corpus analisado. Essa classe não teve variáveis associadas a ela. Os significados predominantes na classe apontam para as experiências do cuidado relacional e afetivo vivenciadas durante a pandemia, uma vez que foram exigidos pelos pacientes e pelas famílias durante a permanência na UTI, especialmente em função da situação de isolamento dos pacientes após a internação hospitalar.

Assim, o cuidado afetivo e relacional se desvela como fenômeno de si com o outro, vida e vivência como pólos inseparáveis na condição primitiva do devir afetivo, manifestação pura que mobiliza a autodoação afetando a vida no seu sentir a Si mesmo; a fenomenalidade de sentir o cuidado afetivo (Alves *et al.*, 2021).

Como originário da subjetividade, traz aberturas para uma vida real vivida na carne como: amar, sofrer, duvidar, sentir, perdoar.

Nesse sentido, a vida no seu cotidiano é uma doação sentida e constituída pelo afeto, permitindo a construção do si mesmo, que não se finda, pois, cuidar com afetividade e dar alento ao sofrimento, como possibilidade de sentir o outro, ser afetado pelo outro e apropriar-se de cuidar do outro. O afeto é manifestado no cotidiano do cuidado aos pacientes infectados pelo COVID-19, no modo original da vida do sofrer e fruir, instituiu-se na ligação fundante deste cuidado.

A relação do cuidado afetivo que se desenrola nesse vivido do cotidiano do profissional de saúde, tem eco mobilizador de afetos no corpo do paciente e permite o cuidado ampliado para o sentir das diversas formas de sofrimento físico, mental, espiritual entre outras maneiras de cuidar que mobilizam a existência humana (Alves *et al.*, 2021).

A seguir, o quadro descritivo dos principais vocábulos com associação (χ^2) com a classe 3 (Quadro 9).

Quadro 9 – Descrição dos termos com maior associação com a classe 3. Rio de Janeiro – RJ, 2025

Palavras	f	X ²	Palavras	f	X ²
apoio familiar	9	55,56	visita	9	66,67
psicóloga	9	55,56	paciente	11	63,64
familiar	4	75	falar	177	28,25
hora	320	22,81	intubação	6	83,33
telefone	11	54,55	chamada_vídeo	46	41,3
olhar	8	62,5	contato	55	41,82
respiratório	35	40	conseguir	43	46,51
agora	12	58,33	ligar	8	87,5
ajuda	3	100	conversar	11	81,82
desesperado	7	71,43	pedir	7	100
entubado	3	100	chamar	65	36,92

Fonte: A autora, 2025

As palavras mais associadas à classe são “apoio familiar”, “telefone”, “conversar”, “chamada_vídeo”, “ligar”, “conversar” e “chamar” representam o cuidado afetivo e relacional desenvolvido pelos profissionais de saúde aos pacientes e aos familiares na UTI.

Nesse contexto, os profissionais representaram a única ligação entre o paciente e o mundo exterior, especialmente as famílias. Assim, é importante destacar quais foram os cuidados desenvolvidos, para além dos clínicos na UTI.

No cenário pandêmico da UTI, destacaram-se as novas possibilidades de manter a socialização com a família e os amigos desenvolvidas durante a pandemia, que aconteceram por meio do ambiente virtual, por meio de videochamadas. A oportunidade de aproximação dos familiares, assim como o fortalecimento dos vínculos familiares, foi importante no contexto de isolamento total vivenciado pelos pacientes em UTI.

O processo de comunicação entre as pessoas precisou ser modificado e a sociedade ressignificou suas formas de interação social, recorrendo ao uso das mídias sociais como uma maneira de suprir a necessidade de contato. Além disso, para a sobrevivência, promoção e manutenção da saúde física e psicossocial dos pacientes, questões individuais tornaram-se coletivas (Gurgel *et al.*, 2021).

A seguir, alguns relatos dos participantes referentes a este conteúdo representacional do cuidado relacional e afetivo.

então a relação do paciente com a família foi assim terrível, porque ele não tinha contato mais com a apoio_familiar a equipe multiprofissional virou referência que ele tinha às vezes ele não conseguia nem te ver direito (ent_0005 *id_01 *rel_01 * pol_03 *prof_01 *tt_02)

...estavam carentes de contato e amor, de apoio_familiar, tinham só o profissional_saúde e éramos o porto seguro deles. Eu tinha consciência disso e isso era pior ainda. Porque tinha que ser o conforto, o alento, o apoio_familiar. O profissional_saúde tinha que ser tudo para esse paciente. (ent_0012 *id_02 *rel_02 * pol_01 *prof_05 *tt_15)

o desgaste maior nisso tudo era saber que às vezes não tínhamos pernas para alcançar tanta demanda e que muitas morreram aconteceram sem que o familiar tenha dito um adeus ou um até logo (ent_0010 *id_02 *rel_03 * pol_02 *prof_04 *tt_03)

Como estava na linha_frente e atendendo sempre as famílias que não tinham visita, muitas vezes éramos a ponte entre a família e o paciente fazendo chamada_vídeo, passando recado, cartinha, bilhete e foi muito angustiante em alguns casos. (ent_0008 *id_02 *rel_01 * pol_02 *prof_04 *tt_04)

fazia muita chamada_vídeo e tinha medo pois tinha mais contato e poderia pegar covid19 pensava que assim que pegar covid19 vou morrer foi aterrorizante era uma visita muito rápida, mas tinha o contato com as famílias (ent_0010 *id_02 *rel_03 * pol_02 *prof_04 *tt_03)

muitas vezes tenho que aprender a separar no âmbito cuidado profissional mas às vezes era difícil porque os pacientes não tinham contato com o apoio_familiar por vez ou outra era só aquela chamada_vídeo (ent_0011 *id_01 *rel_03 * pol_04 *prof_01 *tt_05)

um cuidado_profissional que lida com essa questão humana fiquei mais atenta como poderia ter um outro olhar não só como assistente_social mas como um ser humano

para melhorar essa interação com o paciente neste momento tão difícil (ent_0008 *id_02 *rel_01 * pol_02 *prof_04 *tt_04)

O principal desafio no contexto da UTI foi o papel de apoio emocional ao paciente e aos familiares. A situação de isolamento impôs a necessidade de que os profissionais atuassem como única ponte de ligação entre os pacientes e os familiares, especialmente em situações de deslocamento de pacientes, de intubação e de morte iminente.

Constatou-se que a separação dos familiares e pacientes também gerou sofrimento para os profissionais. A comunicação da equipe e dos pacientes com a família era limitada às visitas virtuais e aos boletins médicos, que eram realizados com os pacientes acordados ou com o paciente intubado. Ver os outros morrerem sozinhos, sem a companhia ou despedida de familiares e amigos, foram vivências relatadas como angustiantes para os profissionais (Pereira *et al.*, 2023).

Partindo do entendimento de que o cuidado em UTI envolve aspectos para além das tarefas técnica-especializadas, alguns profissionais se sentiram desafiados pelo desejo de ofertar o apoio emocional ao paciente, associado às obrigações técnicas da assistência em contexto de estresse e sobrecarga de trabalho. Apesar desse dilema, os profissionais desdobraram-se em variados papéis nos momentos de angústia, na luta pela manutenção da vida ou nos momentos do adeus.

A experiência israelense com a internação sem visitas demonstrou que familiares manifestaram frustração e sensação de perda de controle, devido à impossibilidade de acompanhar seus entes. Adicionado a isso, havia o desconhecimento e o medo da doença que potencializavam a preocupação com a condição clínica do familiar. Para os profissionais, mediar as visitas virtuais e construir o vínculo sem a proximidade e empatia face a face foram vivências desafiadoras, que rompiam com o gerenciamento desse momento, que outrora, construía-se de forma presencial (Levin-Dagan; Strenfeld-Hever, 2020)

Além de se configurar como uma doença nova, a COVID-19 trouxe mudanças no cotidiano dos trabalhadores que precisaram adequar-se à nova realidade imposta, especialmente aqueles associados ao total isolamento a que os pacientes foram submetidos, inclusive em situações de intubação e de morte iminente.

Os vocábulos “respiratório”, “desesperado”, “entubação” evidenciam que o período crítico da pandemia gerou um impacto na memória que emergiu na narrativa dos profissionais de saúde, pois, mesmo quando abordavam os diferentes momentos da pandemia, os participantes se reportavam à fase crítica, estabelecendo conexão emocional com os fatos vividos naquele momento, a exemplo do medo do contágio com o vírus.

O medo de infectar-se e infectar os colegas de profissão era permanente e perpassava toda a rotina de trabalho, especialmente quando se fazia necessário o procedimento de intubação orotraqueal. As incertezas sobre os mecanismos de transmissão e a própria doença, naquele momento foram desafios enfrentados (Pereira *et al.*, 2023).

A seguir, alguns relatos dos participantes referentes a este conteúdo representacional do cuidado relacional e afetivo.

na questão da parte respiratória que muitos ficavam ali agoniados com falta de ar tirava a máscara de alto fluxo que era um procedimento antes da intubação dificultando um pouco a conduta (ent_0019 *id_01 *rel_01 * pol_03 *prof_01 *tt_10)

era mais a cuidado_profissional instabilidade que o paciente apresentava uma hora ele parecia que estava estável daqui a pouco ele caía aí tínhamos que pronar supinar e quando você pronava o paciente ele parava e tinha que supinar novamente (ent_0014 *id_01 *rel_04 * pol_02 *prof_01 *tt_20)

quando estava saindo chegou uma admissão de um paciente supercomplicado, mas estava tão exausta física e emocionalmente que não conseguia mais raciocinar cuidado_profissional o paciente fez um quadro grave respiratório não conseguia ventilar e achando que era alguma coisa que estava fazendo de errado (ent_0023 *id_02 *rel_03 * pol_02 *prof_03 *tt_04)

principalmente como fisioterapeuta para intubação então decidir a intubação naquele momento era sempre um momento muito tenso porque não sabia até aquele momento inicial o que de fato deveria fazer (ent_0028 *id_01 *rel_01 * pol_04 *prof_03 *tt_02)

Os impactos nos cuidados clínicos desenvolvidos na UTI foram muitos, indo desde o desenvolvimento de técnicas adaptadas à nova situação de transmissibilidade do vírus, até a falta de insumos necessários ao tratamento e ao desenvolvimento do cuidado. O alto risco de transmissão viral no momento da intubação exigia equipe reduzida, orquestrada e composta por profissionais habilidosos, o que nem sempre era possível observar (Phua *et al.*, 2020).

De acordo com Costa (2021, p. 02) “o principal motivo de mortalidade pela COVID-19 é a insuficiência respiratória causada pela SRAG, no qual os indivíduos podem progredir para choque e falência múltipla dos órgãos”. Assim, os cuidados críticos e complexos devem ser imediatamente prestados ao paciente grave. Dentre os serviços que foram oferecidos pela UTI ao paciente com COVID-19, tem-se a assistência ventilatória mecânica invasiva, drogas vasoativas e de constrição de vaso, Terapias de Substituição Renal (TSR), além da necessidade de utilização de sistemas de oxigenação por membrana extracorpórea (ECMO) (Halaçlı *et al.*, 2020).

A estratégia de oxigenoterapia padronizada é liderada por profissionais de saúde que iniciam a oxigenoterapia numa fase mais precoce. Essa estratégia não apenas melhora os resultados clínicos de pacientes críticos, mas também reduz efetivamente o risco de infecção da equipe multiprofissional (Pan et al, 2021).

A terapia com oxigênio, a partir de dispositivos de oxigenoterapia, como a ventilação mecânica invasiva ou não invasiva, é um dos métodos mais comuns e, ao mesmo tempo, essenciais de suporte para pacientes com COVID-19 devido à sua condição de hipoxemia. A saturação de oxigênio e características basais, como gráficos respiratórios e a interpretação de gasometrias arteriais, são índices fundamentais na observação da enfermagem. Liderada por enfermeiros, a oxigenoterapia se inicia numa fase mais precoce para melhora na condição clínica e para promover uma reabilitação precoce de pacientes críticos (Pan, 2021).

No contexto de exceção vivenciado na pandemia, de intensas mudanças no cotidiano do trabalho provocadas pela nova doença, as relações entre profissionais e pacientes tornaram-se mais breves e, ao mesmo tempo, mais estreitas afetivamente, demonstrando que o cuidado relacional e afetivo deve ser reconhecido como modalidade de cuidado de saúde, essencial para a manutenção da vida e recuperação da saúde.

O cuidado, nesta classe, revelou-se como representação e experiência do cuidado relacional e afetivo na UTI. A demanda crescente por internação em UTI, os profissionais de saúde eram a única ligação entre o paciente e o mundo exterior, especialmente as famílias dos pacientes internados nas unidades hospitalares com UTI COVID-19.

CONCLUSÃO

A Covid-19 desafiou o componente hospitalar, colocando desafios importantes no período inicial da pandemia. O cenário de morbimortalidade em larga escala e o fluxo de pacientes graves que demandaram cuidados intensivos revelou que as Unidades de Terapia Intensiva (UTI) seriam um dos serviços mais afetados na crise sanitária que se instalava.

Nesse cenário, a aproximação e a melhor compreensão do cuidado à pessoa com COVID-19, a partir do grupo de profissionais de saúde, colocaram-se como um objeto de estudo relevante, tendo em vista que poderão contribuir para uma melhor estruturação dos cuidados de saúde em pandemias futuras.

O objetivo geral deste estudo foi analisar as representações sociais e as experiências de cuidado de saúde aos pacientes com COVID-19, vivenciadas por profissionais de saúde atuando em UTI. Buscou-se alcançar esse objetivo por meio da compreensão dos modos de pensar e de agir no contexto do trabalho em UTI, durante a pandemia de COVID-19, a partir da utilização da abordagem processual das representações sociais.

Essa abordagem permitiu a identificação e compreensão dos significados das experiências de cuidado vivenciadas pelos profissionais atuando em UTI, no contexto da COVID-19. O conceito de experiência, adotado neste estudo, refere-se ao enriquecimento da relação do sujeito com o mundo vivenciada durante a pandemia, construída em meio a situações concretas de cuidado profissional e de autocuidado, comportando uma dimensão de conhecimento ou representação e uma dimensão da experiência vivida ou de aspectos sensíveis das práticas de cuidado e autocuidado profissional desenvolvidas.

Os resultados revelaram que as experiências e as representações se organizaram em torno do cuidado e autocuidado nos contextos intra e extra-hospitalar. No contexto extra-hospitalar, destacaram-se o autocuidado domiciliar, o cuidado familiar e a vacinação contra a COVID-19 e seu contexto político. No contexto intra-hospitalar, destacaram-se as experiências na UTI, expressas nas dificuldades para o cuidado e autocuidado, no cotidiano do cuidado profissional em meio à pandemia e no cuidado relacional e afetivo observado na UTI.

O contexto extra-hospitalar foi identificado pelos participantes em função do autocuidado desenvolvido em nível domiciliar como estratégia de proteção do profissional e da família, aliado à estratégia de vacinação contra a COVID-19 como proteção comunitária,

que assumiu faceta particular em função de um processo de politização dessa modalidade de cuidado.

O cuidado no contexto domiciliar revelou-se como representação e experiência direcionada a si mesmo - autocuidado – e ao outro - cuidado familiar – na especificidade que esse cuidado assumiu fora do hospital, no domicílio, considerando a vulnerabilidade dos familiares à infecção, considerando fatores próprios e o fato os profissionais de saúde terem se colocado como possíveis agentes de transmissão do coronavírus. Mereceu atenção o temor de infecção que foi intensamente relatado quando os profissionais se referiam aos familiares. O receio de infectá-los e de reproduzir as cenas experienciadas em UTI fez com que alguns deles vivenciassem rotina de isolamento fora do domicílio, como alternativa de proteção da família, que era amortecida por mensagens e videochamadas.

As experiências vividas no processo de vacinação contra a COVID-19 revelam a formação de representações e, especialmente, de atitudes positivas e negativas frente à vacina contra COVID-19. As experiências mostram que o processo de vacinação foi envolto em um cenário de polarização política, desencadeado pelas autoridades de saúde do país. Apesar da mobilização política e social contra a vacina, os profissionais cumpriram o seu papel de disseminadores de informação científica, reforçando a importância da vacinação em massa. No entanto, os impactos das *fake news* e da desinformação em torno do processo vacinal ainda são sentidos até os dias atuais, inclusive entre os profissionais.

No contexto intra-hospitalar, destacaram-se as experiências na UTI, expressas nas dificuldades enfrentadas para o desenvolvimento do cuidado e do autocuidado, nas expressões assumidas pelo cotidiano do cuidado profissional e no cuidado relacional e afetivo desenvolvido na UTI em meio a um cenário de guerra que se estabeleceu nas UTIs.

As experiências de cuidado foram desenvolvidas em um cotidiano cruel vivenciado pelos profissionais de saúde, porque eles estavam na linha de frente de combate e enfrentamento da doença, estando a todo instante expostos à infecção pelo vírus e, conseqüentemente, à morte. Muitas vidas foram perdidas, muitos profissionais foram afastados por complicações da doença e por outras comorbidades resultantes da COVID-19. Esse cotidiano colocou os profissionais diante de um cenário inusitado, que causou perplexidade. Os sentimentos de altruísmo e cooperação foram observados nos depoimentos dos participantes e, paradoxalmente, se sobrepuseram ao cansaço decorrente da alta demanda de trabalho, da escassez de profissionais e do medo de contaminar-se e da morte.

Quanto ao cuidado dentro da UTI, os profissionais relataram cansaço físico, desconforto respiratório, cefaleia e alterações de pele, decorrentes da pressão dos dispositivos

de autoproteção. Até mesmo o atendimento das necessidades fisiológicas, como as de alimentação e eliminação, era percebido como estressor na rotina de trabalho, devido ao medo de contaminar-se durante as trocas para a entrada e saída da UTI. Notou-se que o significado atribuído à segurança da equipe marcou a relação interpessoal da equipe de trabalho. Enfatiza-se que, naquele momento, o importante era a segurança de todos, condição que garantiria a continuidade dos cuidados aos pacientes.

Os entrevistados referiram que a dinâmica laboral e a rotina de cuidados em terapia intensiva foram drasticamente maximizadas diante do aumento do número de pacientes graves e da quantidade insuficiente de profissionais para responder à demanda, gerando sobrecarga de trabalho, exaustão física e emocional. Entre os desafios relatados pelos entrevistados estavam o desconhecimento da doença e da sua evolução. O sentimento de colaboração profissional, a resiliência e o trabalho em equipe foram fundamentais para o enfrentamento do desgaste físico e emocional enfrentado.

Assim, diante da excepcionalidade vivenciada no ambiente da UTI, emergiram novas formas de organização do trabalho para sistematizar a assistência. Para os entrevistados, esse novo arranjo na produção do cuidado era necessário para assegurar a assistência naquele momento, ao passo que reduzia o desconforto das longas horas de uso dos EPI e o risco do contágio pelo vírus, por minimizar o tempo de exposição na assistência aos pacientes.

A constituição da representação social do cuidado de saúde aos pacientes com COVID-19 e de autocuidado pelos profissionais de saúde estabeleceu uma relação com a especificidade das práticas de cuidados vivenciadas durante a pandemia de COVID-19 e no momento anterior a ela. Observou-se que o cuidado em UTI envolveu tarefas técnico-especializadas, mas também na oferta de apoio emocional aos pacientes e às famílias. No entanto, o atendimento dos cuidados técnico-assistenciais, num contexto de estresse e sobrecarga de trabalho, também se colocou como necessidade. Apesar desse dilema, os profissionais desdobraram-se em variados papéis nos momentos de angústia, na luta pela manutenção da vida ou nos momentos terminais.

As práticas de autocuidado e de cuidado ao outro mostraram-se associadas à adesão aos cuidados de saúde orientados pelas autoridades de saúde para a prevenção e enfrentamento da COVID-19, como o isolamento social, o uso de máscaras e álcool em gel 70%. Acredita-se que isto se deve ao fato de serem medidas reconhecidas como eficazes naquele contexto e, portanto, mais confiáveis por ter como base o conhecimento científico disponível naquele momento. Associado a isto, os cuidados de saúde afetivo-relacional, religioso e físico-corporal foram considerados muito importantes para o enfrentamento da

doença e recuperação da saúde, além de propiciar conforto ao paciente e apoio à família nos momentos de morte.

Constatou-se que a separação imposta aos familiares e pacientes gerou sofrimento adicional para os profissionais. A comunicação da equipe e dos pacientes com a família era limitada às visitas virtuais e aos boletins médicos, que eram realizados com os pacientes acordados. No entanto, muitos pacientes foram intubados, interrompendo essa comunicação. Ver os outros morrerem sozinhos, sem a companhia ou despedida de familiares e amigos, foram vivências relatadas como angustiantes para os profissionais. Mas, também, despertou o desejo e a necessidade de oferta de um cuidado afetivo-relacional mais humanizado, que permitisse que as despedidas fossem mediadas pela tecnologia.

Observou-se que, apesar de a morte ser um evento presente na vida dos profissionais intensivistas, a COVID-19 colocou-os de frente com esse fenômeno, de modo jamais concebido. As experiências com as sucessivas mortes foram compreendidas como inimagináveis, além de desafiadoras, do ponto de vista profissional e pessoal.

A representação social do cuidado foi pautada pela adoção de medidas preventivas em nível intra e extra hospitalar, além das memórias das dificuldades vivenciadas, tanto em nível do cuidado físico, quanto relacional, emocional e espiritual. As dimensões constitutivas dessa representação - informação, campo e atitude – foram observadas na adesão às recomendações das autoridades sanitárias que visaram o autocuidado, mas também o cuidado do outro. A dimensão atitudinal foi observada tanto na referência ao cuidado quanto à COVID-19, sendo ambivalentes, ao mesmo tempo consideradas positivas e negativas. No que se refere ao campo de representação, as imagens de morte, horror e sofrimento, ao lado da solidariedade e compaixão marcaram essa construção representacional.

Além do cuidado representado pelos profissionais de saúde, experiências vividas e dificuldades ficaram marcadas na memória dos profissionais de saúde, pois, mesmo quando abordavam os diferentes momentos da pandemia, se reportavam à fase crítica, estabelecendo conexão emocional com os fatos vividos naquele momento, a exemplo do medo do contágio pelo coronavírus. Esse fenômeno foi mencionado recorrentemente pelos entrevistados, marcando as experiências vividas pelos profissionais, as incertezas sobre os mecanismos de transmissão e a própria doença naquele momento. Essas memórias revelam que o cenário de crise global provocado pela COVID-19 trouxe importantes desafios para a efetividade do acesso aos cuidados intensivos, tensionando o trabalho em saúde na alta complexidade.

Por fim, a conexão emocional com as experiências vividas e o sentido ambivalente atribuído à vida e à morte, cuidado e infecção, medo e coragem, acesso e indisponibilidade de

recursos, influenciaram a dinâmica e o modo de pensar e de prestar o cuidado no cenário de crise sanitária. Os profissionais foram afetados pela dor e pela morte de um modo pessoal, um sofrimento que permanece latente e que os impacta ainda hoje nos planos subjetivo e coletivo.

As mudanças ocorridas na organização do espaço, na assistência e nas relações interprofissionais podem indicar caminhos para se repensar os efeitos desse fenômeno para agentes, usuários, serviços e para o sistema de saúde, além de fornecer maiores habilidades para lidar com cenários emergenciais futuros. A pandemia teve dimensão global, cujos efeitos adversos estão ligados a politização política, as ações de Estados e a organização e resiliência dos sistemas de saúde.

Ressalta-se que o tema da presente pesquisa consistiu em um desafio para a pesquisadora e para os entrevistados. Isto ocorreu por ser um assunto sensível que remete à memória das experiências vivenciadas, nem sempre exitosas e com desfechos felizes, à situação sócio-epidemiológica global e às imagens negativas veiculadas pela mídia. Assim, os conteúdos das entrevistas apresentaram uma carga afetiva intensa, manifestada através do choro, medo e da tristeza. Este estudo lança luz sobre as relações intersubjetivas ocorridas no ambiente da UTI, que atravessaram a reestruturação hospitalar e o processo do cuidado (em sentido amplo), revelando as transformações vividas pelos profissionais no período crítico da pandemia da COVID-19. Ressalta-se que o tema da presente pesquisa consistiu em um desafio para a pesquisadora e para os entrevistados. Isto ocorreu por ser um assunto sensível que remete à memória das experiências vivenciadas, nem sempre exitosas e com desfechos felizes, à situação sócio-epidemiológica global e às imagens negativas veiculadas pela mídia. Assim, os conteúdos das entrevistas apresentaram uma carga afetiva intensa, manifestada através do choro, medo e da tristeza. Este estudo lança luz sobre as relações intersubjetivas ocorridas no ambiente da UTI, que atravessaram a reestruturação hospitalar e o processo do cuidado (em sentido amplo), revelando as transformações vividas pelos profissionais no período crítico da pandemia da COVID-19.

Neste cenário, ficou evidente a importância de compreender as percepções e as experiências vividas do cuidado e autocuidado e as dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde durante a pandemia de COVID-19. A compreensão da experiência de cuidado vivenciada pelos profissionais de saúde pode contribuir para uma prática de cuidado em saúde mais segura, tanto para os profissionais quanto para os pacientes, sobretudo em contextos de dificuldades vivenciadas pelos serviços de saúde, por meio da identificação dos problemas enfrentados. Adicionalmente, a observação da importância do cuidado relacional

em situações críticas poderá lançar maior foco nessa modalidade de cuidado, pouco referida em situações cotidianas de cuidado.

Acredita-se que esta dissertação poderá contribuir para a reflexão sobre a complexidade assumida pelas experiências de cuidado de saúde aos pacientes, vivenciadas por profissionais de saúde atuando em UTI, em contexto de crise sanitária como a observada. Essas experiências falam do passado, mas também de um futuro provável de uma nova pandemia de repercussão global. As contribuições deste trabalho também se colocam no aprimoramento das práticas de cuidado na saúde pública e na enfermagem, por meio da educação continuada dos enfermeiros e dos demais profissionais focados no cuidado, e com os usuários do SUS.

Como limitação, destaca-se que os desafios e as perspectivas identificadas podem diferir de outras realidades, o que impede a generalização dos resultados encontrados.

REFERÊNCIAS

- ABRANTES, V. V. Brasil e costa rica no combate a pandemia de Covid-19. **Boletim de conjuntura(boca)**, Boa Vista, v. 3, n. 8, 2020. Disponível em:<https://revista.ioles.com.br/boca/index.php/revista/article/view/82/85>. Acesso em: 05 ago. 2023.
- ABRASCO, *et al.* **Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia da Covid-19**. Disponível em:https://frentepelavida.org.br/uploads/documentos/PEP-COVID-19_v3_01_12_20.pdf. Acesso em: 10 maio, 2023.
- 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.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de COVID-19. **Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 04/2020**. Brasília, DF: ANVISA, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/ptbr/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/2020/nota-tecnica-n-04-2020-gvims-ggtes-anvisa-atualizada.pdf/view>. Acesso em: 22 out. 2023.
- ARIAS, J. M. V. **Ações de enfermagem em doenças crônicas em pessoas com diagnóstico de Covid-19**: estudo retrospectivo. (2022). <https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/74804>.
- ALMEIDA, R. M. F. *et al.* Covid-19: um novo fenômeno de representações sociais para a equipe de enfermagem na terapia intensiva. **Revista de Enfermagem Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 25, p. 1-7, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/bPJzQtNM6JFqmYVW3x8gyBj#> . Acesso em: 15 jun. 2023.
- ALMEIDA, A.M.O. Abordagem societal das Representações Sociais. *Soc. Estado*, Brasília, v.24, n.3, p.713-738, set./dez. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/se/a/rHhKVKfRWrcYyfVfrzLX9x/?lang=pt>. Acesso em: 17 maio 2023.
- ALMEIDA, V. C. F.; LOPES, M. V. O.; DAMASCENO, M. M. C. Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnum. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 202-210, 2005.
- 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. 2023.
- ALVES, W. *et al.* Cenas discursivas da pandemia de Covid-19: o discurso sobre o isolamento social na imprensa. **Reciis – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 18-32, jan. /mar. 2021. Disponível em: <https://www.reciis.iciet.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/2204>. Acesso em: 18 mar. 2024.

ALVES, V. H.; GRZIBOWSKI, S.; VIEIRA, B. D. G.; RODRIGUES, D. P.; SAMPAIO, L. B. C.; SANTOS, M. V. Fenomenologia da vida no cuidado afetivo de enfermagem na pandemia da COVID-19: um estudo de reflexão. **Rev Abordagem Gestalt [Internet]**. 2013. [citado 2020 jul 25]; 19(1): 92-6. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rag/v19n1/v19n1a12.pdf>

AMORIM, R. F. *et al.* Os desafios da enfermagem brasileira frente à Covid-19 em 2020: uma revisão integrativa. **Rev. Saúde em Redes**, [S.l.], v. 7, n.1, p. 1-15, 2021. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/3545>. Acesso em: 22 set. 2022.

ANJOS N. C.; SOUZA A. M. P. A percepção sobre o trabalho em equipe multiprofissional dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 2016, v. 21, p. 63-76. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0428>. Acesso em: 26 dez. 2023.

ANTENOR, S. Diferentes tecnologias garantem segurança e eficácia das vacinas contra Covid-19. **IPEA**, Rio de Janeiro, dez. 2021. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/cts/pt/central-de-conteudo/artigos/artigos/233-diferentes-tecnologias-garantem-seguranca-e-eficacia-das-vacinas-contracovid-19>. Acesso em: 20 ago. 2023.

ARAÚJO, F. H. A.; FERNANDES, L. H. S. Iluminando o impacto populacional das vacinas COVID-19 no Brasil. **Fractais**, v. 30, n. 3, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1142/S0218348X22500669>. Acesso em: 24 out. 2023.

ARMITAGE R, NELLUMS L.B. COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. **Lancet Public Health** 2020; 5:e256

APOSTOLIDIS, T.; SANTOS, F. S.; KALAMPALIKIS, N. **Society against Covid-19: challenges for the socio-genetic point of view of social representations**. **PSR**, v. 29, n. 2, p.3-14, set. 2020. Disponível em: <https://hal.univ-antilles.fr/LPS-AIX/hal-03252766v1>. Acesso em: 16 ago. 2023.

ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA. Atualizações sobre o coronavírus COVID 19 [Internet]. São Paulo: **AMIB**; 2020 [citado 2020 Ago 14]. Disponível em: <https://www.amib.org.br/pagina-inicial/coronavirus/> Acesso em: 12 ago. 2023.

AUGUSTO, M. C. N. A.; BARROS, M. N. S.; PEREIRA, T. T. S. O. A. O cuidado em saúde: o paradigma biopsicossocial e a subjetividade em foco. **Mental**, Barbacena, MG, v. 9, n. 17, p. 523-536, ano IX, jul./dez. 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v9n17/02.pdf>. Acesso em: 2 jun. 2024.

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. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/jNFBpg8J6MzRcBGt5F6B5tn/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 ago. 2023.

AZEREDO Z.A.S, AFONSO M.A.N. Solidão na perspectiva do idoso. **Rev Bras Geriatr Gerontol**. 19:313-24. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 14/2022 -CGGRIPE/DEIDT/SVSA/MS** (disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-deconteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2022/sei_ms-0030035449-nt-14-cggripe-atualizacoes-ve-covid19.pdf). 2022a. Acesso em: 12 ago.2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Doença pelo novo coronavírus. Semana Epidemiológica 11 13/3 a 19/3/2022b. **Boletim epidemiológico especial.**, Brasília, DF, n. 105, mar. 2024. Disponível em: https://www.gov.br/saude/ptbr/centrais-deconteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/covid-19/2022?b_start:int=30. Acesso em: 20 ago. 2024

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. **Boletim epidemiológico diário do Estado do Rio de Janeiro.** Brasília, 2022c. Disponível em: <https://coronavirus.rj.gov.br/boletins/>. Acesso em: 12 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Doença pelo novo coronavírus. Semana epidemiológica 12 20/3 a 26/3/2022. **Boletim epidemiológico especial.** Brasília, DF, n. 106, mar. 2024. Disponível em: https://www.gov.br/saude/ptbr/centrais-deconteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/covid-19/2022?b_start:int=30. Acesso em: 20 mar. 2024.

BRASIL. Guia de vigilância epidemiológica. **Emergência de saúde pública de Importância nacional pela Doença pelo coronavírus 2019 – covid-19.** Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <chromeextension://efaidnbmnnnibpcajpcgglefindmkaj/https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/05/1179745/guia-de-vigilancia-epidemiologica-covid-19.pdf>. Acesso em:12 ago. 2024.

BUSANELLO, J. *et al.* Otimização dos cuidados intensivos na assistência ao paciente com COVID-19. **Enfermagem em Foco.** 11(2). 2020.

CALIL, G. G. A negação da pandemia: reflexões sobre a estratégia bolsonarista. **Serviço Social & Sociedade**, n. 140, p. 30-47, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/ZPF6DGX5n4xhfJNTypm87qS/#>. Acesso em: 21 ago. 2023.

CAMPOS, P. H. F. Editorial da seção - O estudo das relações entre práticas sociais e representações: retomando questões. **Psicologia e Saber Social**, 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 O. et al. saúde mental diante do cenário de pandemia covid-19, vivenciado pelos profissionais de enfermagem. **SaudColetiv (Barueri)**[Internet]. 18º de janeiro de, v. 12, n. 2, p. 9571-84, 2022.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A.M. **IRAMUTEQ**: Tutorial para uso do software IRAMUTEQ. Santa Catarina: LACCOS UFSC, 2016.

CARVALHO, L. B.; *et al.* A ética do cuidado e o encontro com o outro no contexto de uma clínica-escola em Fortaleza. **Rev. abordagem Gestalt**. Goiânia, v. 21, n. 1, p. 01-12 jun. 2015. Goiânia. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sciarttext&pid=S180968672015000100002&lng=pt&nrm=iss>. Acesso em: 10 ago. 2023.

CASTRO, M. M. C. Serviço social e cuidado em saúde: uma articulação necessária. **Libertas**, Juiz de Fora, v.6 e 7, n. 1 e 2, p.128 – 148, 2007. Disponível em: <file:///C:/Users/silva/Downloads/18149-Texto%20do%20artigo-75955-1-10-20120514.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2024.

CASTRO. S.S. **As narrativas por trás das fake news: uma ameaça que tem interferido na decisão de vacinar**. 2020. 59f. Monografia (Especialização), Instituto Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/49575>. Acesso em: 29 set. 2023.

CASTRO, R. Vacinas contra a Covid-19: o fim da pandemia? **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/m4PGYb7TPWgCS3X8wMSXHtc/?lang=pt>. Acesso em: 29 abr. 2023.

CAVALCANTE, I. dos S. *et al.* Implicações de doenças cardiovasculares na evolução de prognóstico em pacientes com Covid-19. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**. 13(1),5292. 2021.

CHADE, J. “Brasil fica de fora de ação mundial para acelerar vacina e apoiar OMS”. **Uol**. 2020. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/colunas/jamil-chade/2020/05/04/brasil-fica-de-fora-de-acao-mundial-para-acelerar-vacina-e-apoiar-oms.htm>. Acesso em: 05 ago. 2023.

CHAVES I. E. S. *et al.* Hesitação em relação à vacina COVID-19 entre estudantes de medicina no Brasil. **Cadernos de Prospecção**, v. 16, n. 2, p. 484-502, 2023. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/nit/article/view/50880>. Acesso em: 28 set. 2023.

CERCILIER, P. M. C.; OLIVEIRA, D. C. de; STEFAISK, R. L. M.; DOMINGUES, J. P.; MACHADO, Y. Y. Representações sociais da autoproteção profissional e pessoal para enfermeiros no contexto da Covid-19. **Revista Enfermagem UERJ**. v.32, p.e74342, 2024.

CIMINI, F.; JULIÃO, N.; SOUZA, A. Estratégia brasileira de combate à COVID-19: como o vácuo de liderança minimiza os efeitos das políticas públicas já implementadas. **Observatório de Política e Gestão Hospitalar da Fiocruz**. 22 nov. 2020. Disponível em: <https://observatoriahospitalar.fiocruz.br/conteudo-nterno/estrategia-brasileira-de-combate-covid-19-como-o-vacu-de-lideranca-minimizaos#:~:text=O%20Governo%20Federal%20intensificou%20ent%C3%A3o,medidas%20di%C3%A1rias%20adotadas%20no%20Brasil> . Acesso em: 02 ago. 2023.

COELHO, E. A. F.; FOSENCA, R. M. G. S. Pensando o cuidado na relação dialética entre sujeitos sociais. **Revista Brasileira de Enfermagem [online]**. 2005, v. 58, n. 2. p. 214-217. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/9tS7nTM6Yyn7ks7F6Y9Hh8q/?lang=pt#>. Acesso em: 10 ago. 2023.

COELHO, M. M. F. et al. Análise Estrutural das Representações sociais sobre a COVID-19 entre enfermeiros assistenciais. **Texto contexto Enferm.**, [Florianópolis], v. 30, p. 1-13, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/xcmTfcmgcPwQXZYTYJ4YSZJ/?lang=pt>>. Acesso em: 12 jan. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Nota Pública:** CNS defende manutenção de distanciamento social conforme define OMS. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, DF, 8 abr. 2020. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1102-nota-publica-cns-defende-manutencao-de-distanciamento-social-conforme-define-oms>. Acesso em: 20 set. 2023.

COLVERO, R. Tempos de pandemia: breves apontamentos sobre sociedade e política no Brasil. **Revista História: Debates e Tendências**, v. 22, n. 1, p. 94-112, 8 fev. 2022. Disponível em: <http://seer.upf.br/index.php/rhdt/article/view/12344>. Acesso em: 26 ago. 2023.

COMBI, E. Pandemia da Covid-19: reflexões sobre a sociedade e o planeta. Documento eletrônico. Curitiba: Escola Superior do MPPR, 2020. Livro Digital CORREIA, M. I. T. D.; RAMOS, R. F.; BAHTEN, L. C. V. Os cirurgiões e a pandemia do COVID-19. **Rev. Col. Bras.** 2020.

CONASS. **Situação de Saúde da População - Casos e Óbitos COVID-19.** CONASS, 2022. [atualização periódica]. Disponível em: <https://cieges.conass.org.br/paineis/listagem/situacao-de-saude-da-populacao/casos-e-obitos-covi-19>. Acesso em: 13 de out. 2023.

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL da 2ª Região (CREFITO-2). **Definição de Fisioterapia.** Disponível em: <https://www.crefito2.gov.br/home/fisioterapia/definicao>. Acesso em: 26 set. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Observatório de Enfermagem [Internet].** Brasília: COFEN; 2020 [citado 2021 Fev 10]. Disponível em: <http://observatoriodaenfermagem.cofen.gov.br/>» <http://observatoriodaenfermagem.cofen.gov.br/> Acesso em: 12 ago. 2023.

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%202040,COFFITO%20como%20especialidade%20da%20Fisioterapia>

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Demográfica Médica.** [in]. 2023 Disponível: <https://demografia.cfm.org.br/dashboard/>

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>.

CORREIA, M. I. T. D. *et al.* Os cirurgiões e a pandemia do COVID-19. **Revista Do Colégio Brasileiro De Cirurgiões**, n. 47, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcbc/a/vrZttLgF6gzDYQ6rLRs38Cr/?lang=pt#>. Acesso em: 27 abr. 2023.

CORTÉS, O. L. *et al.* Characteristics, treatment, and nursing care of patients infected by Sars-CoV-2 hospitalized in intensive care units: multicenter study of colombian hospitals. **Investigación y Educación en Enfermería**. 40(1). 2022.

COSTA, T. M. S. *et al.* (2021). Caracterização dos casos de covid-19 em pacientes críticos: revisão de escopo. **Cien Cuid Saúde**. 20(2).

COSTA, E. F.; CRUZ, D. A; CAVALCANTE, L. I. C. Social representations of Coronavirus in Brazil: first months of the pandemic. **Estudos de Psicologia**, v. 25, n. 2, p. 144-156. abr. – jun. 2020. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epsic/v25n2/a05v25n2.pdf>. Acesso em: 9 abr. 2022.

COUTO, M. T.; BARBIERI, C. L. A.; MATOS, C. C. S. A. Considerações sobre o impacto da covid-19 na relação indivíduo-sociedade: da hesitação vacinal ao clamor por uma vacina. **Saúde e Sociedade [online]**. 2021, v. 30, n. 1. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/rQFs3PMLgZprt3hkJMyS8mN/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 22 out. 2023.

SILVA, D. A. T. **A Representação Social da COVID-19 para os profissionais de saúde de uma cidade interiorana**. 2023. Dissertação (Enfermagem) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

DANTAS, C. R. *et al.* O luto nos tempos da Covid-19: desafios do cuidado durante a pandemia. **Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental**, v. 23, n. 3, p. 509-33, 2020.

DAYLE, J. S. *et al.* Martha E. Rogers: seres humanos unitarios. In: ALLIGOOD, M. R.; MARRINER TOMEY, A. **Modelos y teorías de enfermería**. 3. ed. Madrid: Mosby/Doyma Libros, 1994. p. 211-230.

DEGRAAF, K. R. *et al.* Florence Nightingale: enfermeira moderna. In: ALLIGOOD, M. R.; MARRINER TOMEY, A. **Modelos y teorías de enfermería**. 3. ed. Madrid: Mosby/Doyma Libros, 1994. p. 73-87.

DEGRAAF, K. R. *et al.* Florence Nightingale: enfermeira moderna. In: ALLIGOOD, M. R.; MARRINER TOMEY, A. **Modelos y teorías de enfermería**. 3. ed. Madrid: Mosby/Doyma Libros, 1994. p. 73-87.

DEMEESTER, D. W. *et al.* Virginia Henderson: Definición de La enfermería. . In: ALLIGOOD, M. R.; MARRINER TOMEY, A. **Modelos y teorías de enfermería**. 4.ed. Madrid: Harcourt, 2000. p. 175-194.

DO BÚ, E. A. *et al.* Representações e ancoragens sociais do novo coronavírus e do tratamento da COVID-19 por brasileiros. **Estudos de Psicologia Campinas**. 2020, v.37. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200073>>. Acesso em: 18 ago. 2023.

DOURADO, P.; RODRIGUES, P.; VIEIRA, L.; LIMA, A. relação da covid-19 com o índice de desenvolvimento humano – IDH Síntese de Evidências e Análise Exploratória. **Gerência de Informações Estratégicas em Saúde CONECTA-SUS**, Brasília- DF, p. 1-12,2021. Disponível em:https://www.saude.gov.br/files//banner_coronavirus/protocolos-notas/S%C3%ADnteses%20de%20Evid%C3%Aancias/2021/IDH%20e%20COVID-19.pdf. Acesso em: 29 mar. 2024.

EBEN, J. D. et al. Dorothea E. Oren: Teoría Del déficit de autocuidado In: ALLIGOOD, M. R.; MARRINER TOMEY, A. **Modelos y teorías de enfermería**. 3. ed. Madrid: Mosby/Doyma Libros, 1994. p. 181-198.

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**, v. 5, n. 2, p. 198-217, 30 dez. 2016. Continuo. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. <http://dx.doi.org/10.12957/psi.saber.soc.2016.20417>.

FERNANDEZ, M. et al. Condições de trabalho e percepções de profissionais de enfermagem que atuam no enfrentamento à Covid-19 no Brasil. **Saúde Soc. São Paulo**, São Paulo, v.30, n.4, p. 1-13, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2021.v30n4/e201011/pt>. Acesso em: 10 jan. 2023.

Fernanda Filgueira Feijó. **Reabilitação no contexto da covid-19: compreendendo as representações sociais**. 2022. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa De Pós-Graduação Em Enfermagem UERJ. Inst. financiadora: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.

FERREIRA, M. A. O clássico e o emergente: desafios da produção, divulgação e utilização do conhecimento da enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 66, p. 45-50, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/qQvJPnNkxPmSg9Xj3HCNwGn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 09 ago. 2023.

FREITAS, C. M.; PEREIRA, A. M.; MACHADO, C. V. A resposta do Brasil à pandemia de COVID-19 em um contexto de crise e desigualdades. In: MACHADO, C. V.; PEREIRA, A. M.; FREITAS, C. M. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde em tempos de pandemia: novos países, muitas lições**. Rio de Janeiro, RJ: Observatório Covid-19 Fiocruz; Editora Fiocruz, 2022. p. 1-29. Informação para ação na série Covid-19. ISBN: 978-65-5708-129-7. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9786557081594.0011>. Acesso em: 28 ago. 2023.

FORMOZO, G. A; OLIVEIRA, D. C. Auto-proteção profissional e cuidado de enfermagem ao paciente soropositivo ao HIV: duas facetas de uma representação. **Acta Paul Enferm**. Rio de Janeiro, v.22, n. 4, p. 392-398, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/S6LfRqB94897WbXMv7nnvGk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 ago. 2023.

FORMOZO, G. A. *et al.* As relações interpessoais no cuidado em saúde: uma aproximação ao problema. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 124-127, jan./mar. 2012. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuernj/article/view/4006>. Acesso em: 10 jun. 2023.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Um balanço da pandemia em 2020. **Boletim Observatório Covid-19 [Internet]**, 2021. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/boletim_covid_edicao_especial_2021.pdf. Acesso em: 28 mar. 2024.

FLAMENT, C.. Consensus, salient and necessity in social representations – technical note. **Papers on Social Representations**, v. 3, p. 97-106. 1994.

GEORGE, J. B. et al. **Teorias de enfermagem**: fundamentos para a prática profissional. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

GERHARDT, T. E; SILVEIRA, D. T. **Métodos de Pesquisa**. Porto Alegre: UFRGS, 1. ed. p. 31-32. Porto Alegre, 2009.

GIORDANI, R. C. F.; HOFFMANN-HOROCHOVSKI, M. T. Pandemia e cuidado. **Coletiva**, Recife, n. 29, 2021. Disponível em <https://www.coletiva.org/dossie-cuidado-n29-artigo-cuidado-e-pandemia>.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2014.

GIOVANELLA, L.; et al. Negacionismo, desdém e mortes: notas sobre a atuação criminosa do governo federal brasileiro no enfrentamento da Covid-19. **Saúde em Debate [online]**, v. 44, n. 126, p. 895-901. 2020. Disponível em: <https://scielosp.org/article/sdeb/2020.v44n126/895-901/pt/>. Acesso em: 05 ago. 2023.

GOMES, J. A. F.; BENTOLILA, S. COVID-19 no Brasil: tragédia, desigualdade social, negação da ciência, sofrimento e mortes evitáveis. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**. v. 10, n. 3, p. 349-359, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rps.v10i3.3595>. Acesso em: 01 ago. 2023.

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. (Orgs). **Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde**: da teoria à prática. Porto Alegre, RS: Moria Editora, 2015. p.-386.

GUILHERME C. F. C.; LETÍCIA M, E.; RICARDO T. C. **Faculdade de Medicina da UFMG pela parceria da SES-MG com o projeto Adote sua Vizinhaça em Tempos de covid-19**. 2024. <https://saude.abril.com.br/medicina/quais-as-estrategias-para-conter-a-covid-19-no-brasil>

HALAÇLI, B. *et al.* Critically-ill COVID-19 patient. **Turkish Journal of Medical Sciences**. 50(9), 585-591.2020.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

HOUAISS, A., VILLAR, M. S. **Dicionário Houaiss**. Dicionário da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

HUANG, C. *et al.* Características clínicas de pacientes infectados com novo coronavírus de 2019 em Wuhan, China. **Lancet**, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020AO6022. Acesso em: 13 ago. 2022.

HUH, S. How to train health personnel to protect themselves from SARS-CoV-2 (novel coronavirus) infection when caring for a patient or suspected case. **J Educ Eval Health Prof.**, v. 17, n. 1, 2020.

HUR, D. U.; SABUCEDO, J. M.; ALZATE, M. Bolsonaro e Covid-19: negacionismo, militarismo e neoliberalismo. **Revista Psicologia Política**, São Paulo, v. 21, n. 51, p. 550-569, ago. 2021. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2021000200018&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 30 set. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades e Estados**. 2023. Disponível: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rj>

INSTITUTO BUTANTAN. **Seis fatos sobre a ômicron, a variante mais transmissível da Covid-19. Notícias**. São Paulo: Instituto Butantan, 7 fev. 2022. Disponível em: <https://butantan.gov.br/noticias/seis-fatos-sobre-a-omicron-a-variante-mais-transmissivel-da-covid-19>. Acesso em: 20 out. 2023.

INSTITUTO BUTANTAN. **No Brasil, 96% das mortes por Covid-19 são de quem não tomou vacina; só imunização coletiva pode controlar a pandemia**. Notícias. São Paulo: Instituto Butantan, 12 ago. 2021. Disponível em: <https://butantan.gov.br/noticias/no-brasil-96-das-mortes-por-covid-19-sao-de-quem-nao-tomou-vacina--so-imunizacao-coletiva-pode-controlar-a-pandemia>. Acesso em: 20 mar. 2023.

IRIART J. A.; OLIVEIRA R. P.; XAVIER S. S.; COSTA, A. M.; ARAÚJO. G. R.; SANTANA, V. S. Representações do trabalho informal e dos riscos à saúde entre trabalhadoras domésticas e trabalhadores da construção civil. **Ciênc Saúde Colet** 2008; 13:165-74.

ISER, B. P. M. *et al.* Definição de caso suspeito da COVID-19: uma revisão narrativa dos sinais e sintomas mais frequentes entre os casos confirmados. **Epidemiologia e Serviços**. 29(3). 2020.

JARQUIN, C. *et al.* Impacto inicial da vacinação contra COVID-19 em populações idosas em quatro países das Américas, 2021. **Revista Panamericana de Salud Pública [online]**. v. 47, e122. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.122>. ISSN 1680-5348.. Acesso em 29 out. 2023.

JODELET, D. Experiência e Representações Sociais. In: MENIN, M. S. S.; SHIMZU, A. M (Org.) **Experiência e Representação Social: questões teóricas e metodológicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 23-56, 2005.

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.

JODELET, D. **Representações sociais**: um domínio em expansão. In: JODELET, D. (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2001. p. 17-44.

JODELET, D. Les représentations sociales dans le champ de la culture: **social representations**. *Social science information*, London, v. 41, n. 1, p. 111-133, 2002.

JODELET, D. Loucuras e representações sociais. Petrópolis: Vozes, 2005. JODELET, D. (Org.). **Os contextos do saber**: representações, comunidade e cultura. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 297-322.

JULIANA, P. D.. **Autocuidado de saúde e o cuidado do outro na pandemia de COVID-19: representações sociais e práticas em interação**. 2024. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa De Pós-Graduação Em Enfermagem UERJ. Inst. financiadora: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

KEILA, P. da S. **Representação social da covid-19 e do cuidado à pessoa com coronavírus em tempos de pandemia**. 2023. Dissertação (Enfermagem) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Inst. financiadora: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

KEENE, A.B. et al. Critical Care Surge During the Covid-19 Pandemic: implementation and feedback from frontline providers. **J Intensive Care Med.**, v. 36, n. 2, p.233-240, 2021.

KLINENBERG E. Social isolation, loneliness, and living alone: identifying the risks for public health. **Am J Public Health**; 2016; 106:786-7.

KOWALCZYK, O.; *et al.* Religion and faith perception in a pandemic of COVID-19. **Journal of Religion and Health**, v. 59, n.6, p. 2671-2677, 2020. Disponível em: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s10943-020-01088-3.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2023.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LEININGER, M. M. **Cultural care diversity and universality**: a theory of nursing. New York: National League for Nursing, 1991.

LEONARD, M. K. Myra Strin Levine. In: GEORGE, J. B. *et al.* **Teorias de enfermagem**: os fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. cap.12, p.164-173.

LEONEL, F. Brasil celebra um ano da vacina contra a Covid-19. **Fiocruz**. 2022. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/brasil-celebra-um-ano-da-vacina-contracovid-19>. Acesso em: 28 out. 2023.

LEOPARDI, M. T. **Entre a moral e a técnica: ambiguidades dos cuidados da enfermagem**. Florianópolis: UFSC, 1994.

LEOPARDI, M. T. **Teorias de enfermagem**: instrumentos para a prática. Florianópolis: Papa-Livros, 1999.

LEOPARDI, M. T. **Teoria e método em assistência de enfermagem**. 2. ed. Florianópolis: Soldasoft, 2006.

LIMA, L. D.; PEREIRA, A. M. M.; MACHADO, C.V. Crise, condicionantes e desafios de coordenação do Estado federativo brasileiro no contexto da COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n.7.2020. Rio de Janeiro. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1126/crise-condicionantes-e-desafios-de-coordenacao-do-estado-federativo-brasileiro-no-contexto-da-covid-19>. Acesso em: 05 ago.2023.

LIU, J. *et al.* Relação neutrófilo-linfócito como fator de risco independente para mortalidade em pacientes hospitalizados com COVID-19. **Diário de infecção**, v. 81, edição 1, jul. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2020.04.002>. Acesso em: 14 ago. 2023.

LOPES, L. P. *et al.* The self-care process of community-dwelling older adults during the COVID-19 pandemic. **Rev Bras Enferm., Brasília**, v. 76, n. Suppl 1, e20220644, 2023. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0644pt>.

Lunardi VL, Lunardi WD Filho, Silveira RS, Soares NV, Lipinski JM. O cuidado de si como condição para o cuidado dos outros na prática de saúde. **Rev Latino-am Enfermagem**; 2004 novembro-dezembro; 12(6):933-9.

MALTA, D. C *et al.* A pandemia da COVID-19 e as mudanças no estilo de vida dos brasileiros adultos: um estudo transversal. **Epidemiol. Serv. Saúde**. Brasília, v. 29, n. 4, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222020000400315. Acesso em: 13 jul. 2023.

MATTA, G. C.; *et al.* **Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilidades e respostas à pandemia [online]**. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19; Editora FIOCRUZ, 2021, p. 221. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/r3hc2>. Acesso em: 02 ago. 2023.

MACEDO, S. M.; SENA, M. C. S.; MIRANDA, K. C. L. Consulta de enfermagem ao paciente com HIV: perspectivas e desafios sob a ótica de enfermeiros. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 66, n. 2, p. 196-201, mar./abr. 2024.

MACINKO J *et al.* Quais brasileiros mais velhos aceitarão a vacina COVID-19? Evidências transversais do Estudo Longitudinal Brasileiro do Envelhecimento (ELSI-Brasil). **BMJ Open**, v. 11. p. 049928, Rio de Janeiro. Disponível em: [doi:10.1136/bmjopen-2021-049928](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-049928). Acesso em: 12 set. 2023.

MACHADO, M. H *et al.* (Coord.). Perfil da enfermagem no Brasil: relatório final. Rio de Janeiro: NERHUS - DAPS - ENSP/Fiocruz, 2017. v.1, 748p. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/pdfs/relatoriofinal.pdf>. Acesso em: 5 fev. 2023.

MAIER, S. R. de O. Cardiac Complications in Patients with COVID-19: An **Integrative Literature Review**. Aquichan. 20(4),1–13. 2020.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia Científica**. 7. Ed. São Paulo: atlas, 2017.

MEDEIROS, E. A. Health professionals ght against COVID-19. **Acta Paul Enferm**. 2020;33:e-EDT20200003. <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2020EDT0003>. Acesso em: 12 ago. 2023.

MARTINS, C. *et al.* Dificuldades e desafios enfrentados pela equipe de enfermagem frente ao cenário da pandemia da COVID-19. **Research, Society and Development**, [Vargem Grande, SP], v. 11, n. 6, p. 1-6, 2022. Disponível em: - <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:nchjxAcH1F4J:https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/27150/25095/332570&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>. Acesso em: 13 jan. 2023.

MASCARETTI, P.D. B. (Pres.). Centro de atendimento socioeducativo ao adolescente. Superintendência de Saúde. Centro de Atendimento Socioeducativo do Adolescente. **Manual de Higiene, Limpeza, Desinfecção e Esterilização**. São Paulo, 2020. 61p. Disponível em: https://justica.sp.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/FCasa_Livreto_Higienizacao_DIGITAL.pdf. Acesso em: jan. de 2023.

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. Acesso em: 15 ago.2023.

MEIRE K. C; MYRRHA I. J. D; JESUS J. C, OLIVEIRA J. S. A; SILVA P. S. **O perfil e a sobrecarga na jornada de trabalho de profissionais da linha de frente ao combate à pandemia da COVID-19**. [Internet]. 2020;[cited 2020 jul 02]. Acesso em: 22 maio.2023. <https://demografiaufra.net/2020/05/13/sobrecarga-linha-frente/>

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 6a ed. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC - ABRASCO, 1999.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia Orientador para o enfrentamento da pademia covid-19 na Rede de Atenção à Saúde. Conselho Nacional de Secretárias de Saúde**, 4a ed. Brasília- DF, 2020a. p. 1- 254. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wpcontent/uploads/2021/04/Covid-19_guia_orientador_4ed.pdf. Acesso em: 18 ago. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19**. Brasília, Ministério da Saúde, 2020b. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/plano-contingencia-coronavirus-COVID19.pdf> . Acesso em: 05 de ago. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de vigilância em saúde. Doença pelo novo coronavírus. Semana epidemiológica 30 (25 a 31/7/2021). **Boletim epidemiológico especial**. Brasília, DF, n. 74, 31 jul. 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-deconteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/covid19/2021/boletim_epidemiologico_covid_74-final_6ago.pdf/view. Acesso em: 12 ago. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. **Boletim epidemiológico diário do Estado do Rio de Janeiro**. Brasília, 2023. Disponível em: <https://coronavirus.rj.gov.br/boletins/>. Acesso em: 19 jul. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. **Vacinômetro estado** do RJ. 2024 Disponível em: <https://vacinacaocovid19.saude.rj.gov.br/vacinometro>. Acesso em: 18 ago. 2024.

MOREIRA, R. M. Representações sociais, saúde e qualidade de vida em tempos de pandemia covid-19: uma análise sobre Brasil e Portugal. Livro digital resultante do **II Congresso Internacional Interdisciplinar sobre Representações Sociais e sobre Qualidade de Vida do Vale do São Francisco – II CIRSQVASF e da I Olimpíada Internacional Virtual de Casos Clínicos de Cuidados em Saúde – I OLYMHEALTHCARE**. Evento remoto realizado, a partir de Petrolina-PE, de 15 a 17 de dezembro de 2021. Disponível em: <https://portais.univasf.edu.br/gipeef/gipeef/publicacoes/e-book-ii-cirsqvasf-i-olymhealthcare-2022.pdf>. Acesso em 15 dez. 2023.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Petrópolis (RJ): Editora Vozes, 2012a.

MOSCOVICI, S. **A psicanálise, sua imagem e seu público**. Petrópolis: Vozes, 2012b.

MOURA, M. S. S. *et al.* Conhecimento e uso de equipamentos de proteção individual por profissionais de enfermagem durante pandemia da Covid-19. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 55, p. 1-9, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/T9tXk75XQK3vXDbhrR774Ff/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 nov. 2023.

NACOTI, M.; *et al.* No epicentro da pandemia de Covid-19 e das crises humanitárias na Itália: perspectivas em mudança na preparação e mitigação. **NEJM Catalyst [Internet]**. 2020.

Disponível em: <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.20.0080>. Acesso em: 19 ago. 2023.

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.

NIGHTINGALE F. **Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é**. Tradução de Amália Correa de Carvalho. São Paulo: Cortez; 1989.

NEVES, E. P. As dimensões do cuidar em enfermagem: concepções teórica-filosóficas. Escola Anna Nery - **Revista de Enfermagem**. v. 6, p. 79-92, 2022. Disponível em:

http://revistaenfermagem.eean.edu.br/2017/detalhe_artigo.asp?id=2028. Acesso em: 11 ago. 2023.

NOAL, D. D. S.; PASSOS, M. F. D.; E FREITAS, C. M. **Recomendações e orientações em saúde mental e atenção psicossocial na COVID-19**. 23.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020.

NÓBREGA, M. P. S. S. et al. Circunstâncias geradoras de medo em profissionais de enfermagem do Brasil no contexto da pandemia da Covid-19. **New Trends in Qualitative Research**, v. 13, p. 1-10. Disponível em: <https://publi.ludomedia.org/index.php/ntqr/article/view/667/768>. Acesso em: 14 jan. 2023.

NORONHA, K. V. M. S. *et al.* Pandemia por COVID-19 no Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos hospitalares e equipamentos de ventilação assistida segundo diferentes cenários. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 36, n. 6. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/MMd3ZfwYstDqbpRxFRR53Wx/?lang=pt> . Acesso em: 28 mai. 2024.

NUNES, J. A pandemia de COVID-19: securitização, crise neoliberal e a vulnerabilização global. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n. 4, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/sng9pd8tLNdY3cQrDChhqPr/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 8 abr. 2024.

NUSSBAUMER-STREIT. B.; *et al.* Quarentena isoladamente ou em combinação com outras medidas de saúde pública para controlar o COVID-19: uma revisão rápida. **Cochrane Database Syst Ver**, v. 15, n. 9, 2020. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013574.pub2/full>. Acesso em: 05 ago. 2023.

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, Ângela Maria de OLIVEIRA; SANTOS, Maria de Fátima de Souza; TRINDADE, Zeidi Araujo (orgs). **Teoria das Representações Sociais: 50 anos**. Brasília: Technopolitik, 2a. Edição, p. 585-633, 2019.

OLIVEIRA, M. S. B. S. de. Representações sociais e sociedades: a contribuição de Serge Moscovici. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 19, n. 55, p. 180-186. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092004000200014 . Acesso em: 21 jul. 2023.

OLIVEIRA, D. C. **A enfermagem e as necessidades humanas básicas: o saber/fazer a partir das representações sociais**. 2001. 225 f. Tese (Professor Titular) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: https://www.eean.edu.br/2017/detalhe_artigo.asp?id=714. Acesso em: 03 jun. 2023.

OLIVEIRA, D. C.; COSTA, T. L. A zona muda das representações sociais sobre o portador de HIV/AIDS: elementos normativos e contranormativos do pensamento social. **Psicol. Teor. Prát.**, São Paulo, v. 9, n. 2, p.73-91, 2007.

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, W. K. *et al.* Como o Brasil pode deter a COVID-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde [online]**. v. 29, n. 2, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200023>. Epub 27 Abr 2020. ISSN 2237-9622. Acesso em: 04 ago. 2023.

OLIVEIRA, W. K.; *et al.* Como o Brasil pode deter a COVID-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde [online]**, Brasília, v. 29, n. 2, 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/ress/2020.v29n2/e2020044>. Acesso em: 18 ago. 2023.

OLIVEIRA, B. T. G. M.; SANTOS, M. C. V.; FAGUNDES, D. Q. Experiências sobre o trabalho dos agentes comunitários de saúde na pandemia de covid-19. Organizador: Túlio Batista Franco. – 1. ed. -- Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, p.246, 2022. (**Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde**, v.13). E-book: 2.15 Mb; PDF Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2022/02/Livro-Experiencias-de-Trabalho-e-Cuidado-em-Saude-na-Pandemia-de-COVID-19.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2023.

OLIVEIRA, D. C. de; SILVA, K. P. da; MACHADO, Y. Y.; STEFAISK, R. L. M.; DOMINGUES, J. P.; PONTES, A. P. M. de; SILVA, D. A. T. da; CASTRO, S. da S. Representação social da Covid-19 para a população de uma cidade de pequeno porte. **Revista Enfermagem UERJ**. v.32, p.e76360, 2024.

OLIVEIRA, A. C.; LUCAS, T. C.; IQUIAPAZA, R. A. O que a pandemia da covid-19 tem nos ensinado sobre adoção de medidas de precaução? **Texto contexto - Enfermagem** Florianópolis, v. 29, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?%20pid=S010407072020000100201&script=sci_arttext&lng=pt. Acesso em: 13 fev.2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE-OMS. **Conselhos para o público: Doença coronavírus (COVID-19)**. Brasília- DF, 2020. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0104-3552/2008/v16n4/a569-576.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE- OMS. **Histórico da pandemia de COVID-19**. Brasília- DF, 2020. Disponível em: Histórico da pandemia de COVID-19 - OPAS/OMS Organização Pan-Americana da Saúde (paho.org). Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19#:~:text=Em%2031%20de%20dezembro%20de,identificada%20antes%20em%20seres%20humanos>. Acesso em: 18 jun. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE- OMS. **Nomeando a Doença Coronavírus (COVID-19) e Vírus que a causa**. Rio Grande do Sul, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/o-que-e-o-coronavirus>. Acesso em: 14 jun. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE-OMS. **Painel de emergência de saúde da OMS**. Brasília-DF,2023. Disponível em: <https://covid19.who.int/region/amro/country/br>. Acesso em: 27 jun.2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE-OPAS. **Fortalecer a resposta do sistema de saúde à COVID-19**. Recomendações para a Região Europa da OMS Sumário de políticas, 1.o de abril de 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>. Acesso em 05 jul. 2023.

ORELLANA, J. D. Y. *et al.* Explosão da mortalidade no epicentro amazônico da epidemia de COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública [online]**, v. 36, n. 7, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/brLpqWBrHQNZMxsSkhtG96D/?lang=pt#> . Acesso em: 18 ago. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE-OPAS/OMS. Folha informativa sobre COVID-19. **Histórico da pandemia de COVID-19**. Geneva: OPAS/OMS, 2021a. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-dapandemia-covid-19>. Acesso em: 12 ago. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE--OPAS/OMS. **Recomendações atualizadas sobre as vacinas contra a COVID-19 do Grupo Estratégico Assessor de Especialistas sobre Imunização da Organização Mundial da Saúde**. Geneva: OPAS/OMS, 30 mar. 2023 Geneva: OPAS/OMS, 30 mar. 2023. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57523>. Acesso em: 16 ago. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE-OPAS/OMS. Desfechos de saúde e COVID-19 nas Américas: diferenças de sexo. Janeiro de 2020 a janeiro de 2021. **Notícias**. Geneva: OPAS/OMS, 2020. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55432>. Acesso em: 29 ago. 2023. 214

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE-OPAS/OMS. Pandemia de COVID-19 afetou mulheres desproporcionalmente nas Américas. **Notícias**. Geneva: OPAS/OMS, 8 mar. 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/8-3-2022-pandemia-covid-19-afetou-mulheresdesproporcionalmente-nas-americas>. Acesso em: 29 ago. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE-OPAS/OMS. OMS declara emergência de saúde pública de importância internacional por surto de novo coronavírus. **Notícias**. Geneva: OPAS/OMS, 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/news/30-1-2020-who-declares-public-health-emergency-novelcoronavirus>. Acesso em: 11 abr. 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE-OPAS/OMS. **OMS declara fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional referente à COVID-19**. Brasília: OPAS/OMS, 5 maio 2023. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/5-5-2023-oms-declara-fim-da-emergencia-saude-publicaimportancia-internacional-referente>. Acesso em: 27 jul. 2023.

ORNELL, F.; SCHUCH, J. B.; SORDI, A. O.; KESSLER, F. H. P. Pandemia de medo e COVID-19: impacto na saúde mental e possíveis estratégias. **Revista debates in psychiatry**. p. 2-7, 2020. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/ufrgs/noticias/arquivos/pandemia-de-medo-e-covid-19-impacto-nasaude-mental-e-possiveis-estrategias>. Acesso em: 12 fev.2024.

OUCHI, J. D. *et al.* O papel do enfermeiro na unidade de terapia intensiva diante de novas tecnologias em saúde. **Saúde em Foco**. 10, 412-428. 2018.

PACHECO, A. E; ANTUNES, M. J. M. Revisão da literatura sobre motivação para o autocuidado na Atenção Primária em Saúde. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**. v. 6, n. 3,

2015. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3288>. Acesso em: 20 fev. 2024.

PADILHA, M. I. C. S. **A mística do silêncio: a enfermagem na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro no século XIX**. Pelotas: UFPel, 1998.

PADILHA, M. I. C. S.; MANCIA, J.R. Florence Nightingale e as irmãs de caridade: revisitando a história. **Rev. bras. enferm., Brasília, DF**, v. 58, n. 6, p. 723-726, dez. 2005.

PAIXÃO, M. A. T. Autocuidado: uma visão holística em tempos de pandemia. **Revista de Extensão da UNIVASF**, Petrolina, v. 1, n. 3, p. 219-243, 2021. Disponível em: <https://www.periodicos.univasf.edu.br/index.php/extramuros/article/view/1736/1226>. Acesso em: 22 maio 2024.

PAN, W. *et al.* Clinical outcome of standardized oxygen therapy nursing strategy in COVID-19. **Annals of Palliative Medicine**. 9(4), 2171–2177. 2020.

PHANEUF, M. **Planificação de cuidados**. Tradução de N. Salgueiro e R. P. Salgueiro. Coimbra: Quarteto, 2001.

PAIM, J. S. Políticas de saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 587-604.

PHUA, J. *et al.* Intensive care management of coronavirus disease 2019 (Covid-19): challenges and recommendations. **Lancet Respir Med.**, v. 8, n. 5, p. 506-17, 2020.

PRADO, N. M. B. L., *et al.* Ações de vigilância à saúde integradas à Atenção Primária à Saúde diante da pandemia da COVID-19: contribuições para o debate. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 07, p. 2843- 2857, 2020. Disponível em: 10.1590/141381232021267.00582021. Acesso em 05 ago. 2023.

PATRÍCIA MARCELA CONSTANT CERCILIER. **A autoproteção dos enfermeiros no contexto do COVID 19: Um estudo de representações Sociais**. 2023. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa De Pós-Graduação Em Enfermagem UERJ. Inst. financiadora: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

PEREIRA, M. M. M.; XAVIER, S. S. M.; ARAÚJO M. G. P.; ET AL. A teoria do autocuidado de orem e sua aplicabilidade como marco teórico: análise de uma pesquisa. **Revista de Enfermagem UFPE on line** v. 5, n. 4, p. 896-900, jun. 2011. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/6733/5980#:~:text=A%20capacidade%20que%20o%20indiv%C3%ADduo,pr%C3%B3prias%20exig%C3%A2ncias%20terap%C3%A1uticas%20de%20autocuidado>. Acesso em: 09 ago. 2023.

PEREIRA A. V.; TARDEM, G. C. R. R.; VIDAL, D. L. da C.; ALVES, V. H.; VIEIRA, B. D. G.; CORTEZ, E. A, *et al.* Profile of healthcare workers during the COVID-19 pandemic in Rio de Janeiro: a web survey study. **Online Braz J Nurs**. 2023;22:e20236662.<https://doi.org/10.17665/1676-4285.20236662>

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 jun. 2023.

PIMENTEL, R. M. M. *et al.* A disseminação da covid-19: um papel expectante e preventivo na saúde global. **Journal of Human Growth and Development**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 135-140, abr. 2020 Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_art-text&pid=S0104-12822020000100017&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 17 dez. 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.

PONTES, A. M. **A dinamicidade do cuidado em saúde e enfermagem prestado a pessoas que vivem com HIV – aids no Brasil**. 2016. 340 f. Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

QUADROS, A. *et al.* Desafios da enfermagem brasileira no combate da COVID-19. **Enferm. Foco**, Brasília, v. 11, n. 1, p.78-83, 2020. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3748/807>. Acesso em: 15 jul. de 2023.

QUEIRÓS, P. J. Autocuidado, transições e bem-estar. **Revista Investigação em Enfermagem**, v. 21, p. 5-7,2010. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/267328377_Autocuidado_transicoes_e_bem-estar. Acesso em: 11 ago. 2023.

RASHEED, A. M. *et al.* Enhancing family-centered care in the ICU during the COVID-19 pandemic. **Nursing Management**. 52(8), 34–38. 2021.

REIS, L. B.; DE MIRANDA, A. A. W. R.; DE FREITAS, R.; CAZELLI, W.; DA SILVA, M. C.; BRITO, J. S. Luto em tempos de pandemia e os profissionais de saúde: algumas considerações. **Braz J of Dev.**, v. 7, n. 12, p. 110276-91, 2021.

RIBEIRO-SILVA, R. C. *et al.* Implicações da pandemia COVID-19 para a segurança alimentar e nutricional no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 3421-3430, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/mFBrPHcbPdQCPdsJYN4ncLy/?format=pdf>. Acesso em: 17 out. 2023.

ROCHA, L. F. Teoria das representações sociais: a ruptura de paradigmas das correntes clássicas das teorias psicológicas. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 34, n. 1, p. 46-65, mar. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-98932014000100005>

RODRIGUES, V. M. C. P.; FERREIRA, A. S. S. Fatores geradores de estresse em enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, v. 19, n. 4, p. 1025-32, 2011.

RONCO, C.; REIS, T. Kidney involvement in COVID-19 and rationale for extracorporeal therapies. **Nature Reviews Nephrology**. 16(6), 308-310. 2020.

ROSSATO, L. Religiosidade/espiritualidade e saúde na pandemia de COVID-19. **Rev. Nufen: Phenom. Interd.**, Belém, v. 14, n. 2, p.1-13, 2022. Disponível em: <https://submissionpepsic.scielo.br/index.php/nufen/article/view/22256>. Acesso em: 26 ago. 2023.

ROSSATO, L.; RIBEIRO, B. M. S. S. Scorsolini-Comin. F. Religiosidad/espiritualidad y salud en la pandemia de COVID-19. **Revista Nufen: Phenomenology and interdisciplinarity**. Belém, v. 14, n. 2, p. 1-13, 2022. Disponível em: <https://submission-pepsic.scielo.br/index.php/nufen/article/view/22256#:~:text=Na%20sa%C3%BAde%2C%20a%20abertura%20para,distanciamento%20social%20e%20sa%C3%BAde%20mental>. Acesso em 13 out. 2023.

ROSENBAUM, L. Facing Covid-19 in Italy - ethics, logistics, and therapeutics on the epidemic's front line. **N Engl J Med.**, v. 382, n. 20, p. 1873-5, 2020

ROUQUETTE, M. L. As representações sociais no quadro geral do pensamento social. In A. S. P. Moreira, B. V. Camargo, J. C. Jesuíno & S. M. Nóbrega (Eds.). **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. p. 189-199). João Pessoa: UFPB. 2005.

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. **Representações sociais: Estudos de psicologia social: história, comportamento, representações e memória**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2015.

SANTANA, W. C. *et al.* Manifestações clínicas e repercussões dos sintomas prolongados e sequelas pós-COVID-19 em homens: netnografia. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 36, eAPE018532, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023AO018532>. Acesso em: 23 set. 2023.

SANTANA, A. V.; FONTANA, A. D.; PITTA, F. Reabilitação pulmonar após COVID-19. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Paraná, v. 47, n. 1, e20210034, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.22533/at.ed.567220812>. Acesso em: 27 set. 2023.

SANTOS, M. F.; RODRIGUES, J. F. S. COVID-19 e repercussões psicológicas durante a quarentena e o isolamento social: uma revisão integrativa. **Nursing**, São Paulo, v. 23 n.265, p. 4095-4100, jun. 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1117615>. Acesso em: 06 jan. 2024.

SANCHEZ, L. da C, et al. Representações Sociais dos profissionais de saúde relativas ao trabalho no período de pandemia da Covid-19. **Plural**, [S.l.], v. 29, n. 2, 14-29. DOI:<https://doi.org/10.11606/issn.2176-8099.pcs.2022.201265>. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/plural/article/view/201265/189862>. Acesso em: 15 jan. 2023.

SCHUELER, P. O que é uma pandemia. **Bio-Manguinhos**, Ministério da saúde, Fiocruz, Brasil, 2021. Disponível em: <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/noticias/1763->

o-que-e-uma-pandemia. Acesso em: 15 fev. 2024.

SERPA, F. S.; *et al.* Vacinas COVID-19 e imunobiológicos. Arquivos de Asma, Alergia e Imunologia, v. 5, n. 2, 2021. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Eduardo-Costa-F-Silva/publication/353851734_Vacinas_CoVID-19_e_imunobiologicos/links/6115820d1ca20f6f861b5228/Vacinas-COVID-19-e-imunobiologicos.pdf. Acesso em: 05 ago. 2023.

SILVA, I. D. J.; *et al.* Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n.3, p. 697-703, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000300028>. Acesso em: 6 maio. 2023.

SILVA, C. P.; ALBUQUERQUE, F. D. N.; LOPES, B. J. Representações sociais do desemprego, saúde mental e pandemia da covid-19 em uma pequena amostra brasileira. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba. v.4, n.2, p.7249-7262, 2021. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BJHR/article/view/27640/21864>. Acesso em: 17 jul. 2023.

SILVA, L. W. S.; *et al.* O cuidado na perspectiva de Leonardo Boff, uma personalidade a ser(re) descoberta na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem [online]**, v. 58, n. p.471-475, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672005000400018>. Acesso em: 10 ago. 2023.

SOARES, K. H. D.; *et al.* **Medidas de prevenção e controle da covid-19: revisão integrativa.** REAS, v.13, n. 2. 2021. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/6071/3956>. Acesso em: 06 ago. 2023.

SOEIRO, E. M. D. *et al.* Os desafios da pandemia e a vacinação contra a covid-19 em pacientes pediátricos com doença renal. **Revista Brasileira de Nefrologia**, v. 2, p. 244-251, out. 2022. Epub. 24 de outubro de 2022. ISSN 2175-8239. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2022-0081pt>. Acesso em: 11 nov. 2023.

SOUSA, A. R.; *et al.* Sentimento e emoções de homens no enquadramento da doença COVID-19. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. 2020, v. 25, n. 9, p. 3481-3491. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/BQS5NSyYS4v4kdKhwtSMWtH/?lang=pt>. Acesso em: 20 ago. 2023.

SOUZA, C. L. A.; OLIVEIRA, D. C.; STEFAISK, R. L. M.; ANTUNES, R. F.; DOMINGUES, J. P.; SILVA, P. S. Percepção de mulheres sobre autocuidado durante a pandemia de COVID-19. **Revista Recien - Revista Científica De Enfermagem**. v.41, p.72 - 80, 2023.

SOUZA, M. L.; *et al.* O cuidado em enfermagem - uma aproximação teórica. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 14, n. 2, p.266-70. Abr-Jun, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/RPGd7WQhG6bbszqZZzjG4Rr/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 10 ago. 2024.

TEIXEIRA, C. F. S *et al.* A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid- 19. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 3465-3474, 2020. Disponível

em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/6J6vP5KJZyy7Nn45m3Vfypx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 fev. 2024.

TORRES, T. L.; CAMARGO, B. V. Representações sociais da Aids e da Terapia Anti-retroviral para pessoas vivendo com HIV. **Psicol. Teor. Prát.**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 64-78, 2008.

TRAVASSOS, C. A investigação em serviços de saúde e a pandemia de COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública [online]**, v. 36, n. 9, 2020. Disponível em: <https://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/biblioteca/covid19-volume6.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2023.

STAMM, M. Evolução do cuidado na enfermagem até o cuidado transdimensional: uma revisão de literatura. **Ciênc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 1, n. 2, p. 293-298, jul./dez. 2023.

UOL. **Bolsonaro cobra que paciente se responsabilize para assinar MP da vacina**. 15 dez. 2020. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/12/15/bolsonaro-cobra-que-paciente-se-responsabilize-para-assinar-mp-da-vacina.htm>. Acesso em: 05 ago. 2022.

VALOIS, B. R. G. **Representações sociais da aids por enfermeiras das redes básica e hospitalar**. - 2012. 156 f. Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

VARGAS, D.; BRAGA, A. L. O Enfermeiro de Unidade de Tratamento Intensivo: Refletindo sobre seu Papel. 2015. <https://www.unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/revistafafibeonline/sumario/10/19042010093459.pdf>.

VILA, V. S. C.; ROSSI, L. A. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: muito falado e pouco vivido. **Rev Latinoam Enfermagem**. 10(2), 137-44. 2022.

VILLEGAS-CHIROQUE, M. Pandemia COVID-19: luta ou fuga: Pandemia COVID-19: luta ou fuga. **Revista Experiência em Medicina do Hospital Regional de Lambayeque**, v. 6, n. 1, mar. 2020. Disponível em: <https://rem.hrlamb.gob.pe/index.php/REM/article/view/424>. Acesso em: 30 maio. 2023.

XAVIER, Analucia R. *et al.* COVID-19: manifestações clínicas e laboratoriais na infecção pelo novo coronavírus. *Jornal brasileiro de patologia e medicina laboratorial*, v. 56, p. e3232020, 2020.

XIMENES NETO, F. R. G. *et al.* Denúncias da enfermagem brasileira sobre a exposição a riscos laborais durante a pandemia de COVID-19. **Revista Nursing**, São Paulo, v. 24, n.280,p. 6191-6198, 2021. Disponível em: <https://www.revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/1775>. Acesso em: 3 fev. de 2024.

WACHELKE, J. F. R.; CAMARGO, B. V. Representações sociais, representações individuais e comportamento. **Revista Interamericana de Psicologia/Interamericana Journal of**

Psychology, 2007, v. 41, n. 3, p. 379-390, 2007. Disponível em: v41n3a13.pdf (bvsalud.org). Acesso em: 15 out. 2023.

WALDOW, V. R. Cuidado humano e a enfermagem: ampliando sua interpretação. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, dez. 1997. Disponível em: http://revistaenfermagem.eean.edu.br/2017/detalhe_artigo.asp?id=1929#:~:text=O%20cuidar%20foi%2C%20por%20um,seus%20curr%C3%ADculos%2C%20o%20cuidado%20humano. Acesso em: 15 out. 2023.

WALDOW, V. R. **Cuidar**: expressão humanizadora da enfermagem. Petrópolis (RJ): Vozes; 2006.

WALDOW, V. R.; BORGES, R. F. Cuidar e humanizar: relações e significados. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo v.24, n. 3, p. 414-418, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ape/v24n3/17.pdf>. Acesso em 18 out. 2023.

WALDOW, V. R.; Borges, R. F. Cuidar e humanizar: relações e significados. **Acta Paulista de Enfermagem** [online], v. 24, n. 3, p. 414-418, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002011000300017>. Acesso em: 10 ago. 2023.

WATSON, J. **Enfermagem**: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem. Rio de Janeiro: Lusociência, 2002.

WILLRICH, J. Q. *et al.* O (des)governo na pandemia da COVID-19 e os problemas psicossociais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, n. 56, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0550>. Acesso em: 22 out. 2022.

WU, B. Social isolation and loneliness among older adults in the context of COVID-19: a global challenge. **Glob Health Res Policy**. 2020; 5:27.

ZEFERINO, M. T. *et al.* Concepções de cuidado na visão de doutorandas de enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 345-350, jul./set. 2008. Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v16n3/v16n3a08.pdf>. Acesso em: 09 ago.2023.

ZHU, N.; et al. Um novo coronavírus de pacientes com pneumonia na China. **The New England Journal of Medicine [Internet]**. 2020. v. 382, n. 8, p. 727-733, 2020. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa2001017> . Acesso em: 08 ago. 2023.

APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada “Representações sociais e experiências de cuidado de saúde aos pacientes com COVID-19 em unidade de terapia intensiva”, conduzida pela mestrandia Luciana Herdy Lopes e orientada pela Profa. Denize Cristina de Oliveira. Este estudo tem por objetivo: analisar as representações sociais e as experiências de cuidado aos pacientes internados com COVID-19 vivenciadas por profissionais de saúde em UTI.

Você foi selecionado(a) por atender os seguintes critérios da pesquisa: ter 18 anos ou mais, ter trabalhado em unidade de terapia intensiva em COVID-19. 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 da sua participação neste estudo são: gerar alguma sensação de desconforto e sentimentos desagradáveis a partir do acesso a memórias durante o período da pandemia de COVID-19. No entanto, a entrevista será conduzida com atenção às suas falas, de forma que você possa manifestar, a qualquer momento, sentimentos de desconforto ou ansiedade. Caso isso venha a acontecer, a entrevista será encerrada e poderemos conversar sobre os seus sentimentos. Sua participação na pesquisa não é remunerada, nem implicará em gastos para você.

Os resultados desta pesquisa poderão gerar benefícios a você e a sociedade brasileira com o melhor conhecimento do Coronavírus e da COVID-19, gerando impactos de melhoria das práticas de autocuidado, de cuidado do outro e do cuidado profissional.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a um questionário sociodemográfico e a uma entrevista presencial, que será gravada em áudio, com o auxílio do gravador. A entrevista terá uma duração prevista entre 20 e 30 minutos, e vai tratar sobre as experiências de cuidado de saúde aos pacientes com COVID-19 em unidade de terapia intensiva. A entrevista será conduzida pela pesquisadora responsável, com as presenças apenas da entrevistadora e sua.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados de forma individual, visando assegurar o sigilo da sua participação. As gravações serão posteriormente transcritas sem qualquer forma de identificação da sua identidade. 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 do pesquisador responsável/coordenador da pesquisa. Seguem os telefones e o endereço institucional do pesquisador da pesquisa 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 do pesquisador responsável: Luciana Herdy Lopes, Enfermeira, Mestranda em Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro, email: luherdy4212@gmail.com. Telefone: 21 964837-207.

Contatos da coordenadora da pesquisa: Denize Cristina de Oliveira, Enfermeira, Professora da Faculdade de Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro, email: dcouerj@gmail.com, Telefone: 21 99307-1771.

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: coep@sr2.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.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2024.

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

APÊNDICE B - Questionário socioeconômico

PESQUISA “*Representações sociais e experiências de cuidado de saúde aos pacientes com COVID-19 em unidade de terapia intensiva entre profissionais de saúde*”

QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL

APRESENTAÇÃO: Caro (a) senhor (a), a pesquisa conduzida pela Dra. Denize Cristina de Oliveira e Luciana Herdy Lopes pretende conhecer o que o (a) senhor (a) pensa sobre a COVID-19 e suas experiências de cuidado de saúde aos pacientes com COVID-19 nas unidades de terapia intensiva, durante a pandemia. Este questionário levantará algumas características suas que nos ajudarão a compreender seu posicionamento frente aos cuidados desenvolvidos na pandemia de COVID-19.

- 1) Nº Sujeito _____ (numeração sequencial com 3 dígitos – Ex: 001)
- 2) Qual seu bairro/comunidade, cidade e estado onde mora? (informar bairro/cidade por extenso, sem abreviações)
Bairro/Comunidade: _____
Cidade: _____
- 3) Qual o seu estado de moradia? (informar o estado por extenso, sem abreviações)

- 4) Qual a sua idade? _____ (assinale abaixo após escrito em anos)
(01) Menor ou igual a 29
(02) 30 a 39 anos
(03) 40 a 49 anos
(04) Maior ou igual a 50
(NI) Não resposta
- 5) Como você se considera quanto ao sexo/gênero?
(01) Masculino
(02) Feminino
(03) Não binário
(04) Outro, qual: _____
- 6) Qual a sua formação escolar de maior alto nível? (Informar o último ano de escolaridade e nível aberto e depois assinalar a faixa etária)
_____ série _____ grau
(01) Ensino fundamental completo ou médio incompleto
(02) Ensino médio completo ou superior incompleto
(03) Ensino superior completo
(04) Especialização
(05) Mestrado/Doutorado
(NI) Não resposta
- 7) Qual o ramo de atividade você exerce? (informar atividade exercida de forma aberta, apenas categorizaremos após juntas) Atividade principal exercida _____
(01) Estudante
(02) Ensino
(03) Indústria, Comércio

16) Quais as cinco primeiras palavras que lhe vem à cabeça quando você pensa em **“CUIDAR DA PESSOA COM COVID-19”**?

- (1)
- (2)
- (3)
- (4)
- (5)

17) Quais as cinco primeiras palavras que lhe vem à cabeça quando você pensa em **“VACINA PARA COVID -19”**?

- (1)
- (2)
- (3)
- (4)
- (5)

APÊNDICE C - Roteiro de entrevista semiestruturada

Projeto “Representações sociais e experiências de cuidado de saúde aos pacientes com COVID-19 em unidade de terapia intensiva.”

Entrevista número: _____ Horário de início: _____ Horário de término: _____

APRESENTAÇÃO: Caro (a) senhor (a), a pesquisa conduzida pela Dra. Denize Cristina de Oliveira e Luciana Herdy Lopes pretendem conhecer o que o (a) senhor (a) pensa sobre a COVID-19 e suas experiências de cuidado de saúde aos pacientes com COVID-19 em unidade de terapia intensiva, durante a pandemia

2 - Fale sobre o que você pensa sobre a COVID -19.

Explorar

- Informações sobre COVID-19;
- Conceitos pessoais, diferentes concepções, metáforas, imagens;
- Sentimentos e posicionamentos frente a COVID-19;
- Experiências pessoais ligadas a COVID-19.

3- Fale sobre os contatos que teve com pacientes com COVID-19.

Explorar

- Sentimentos ligados aos pacientes com COVID-19
- Relacionamento profissional e interpessoal com os pacientes com COVID-19
- Dificuldades em lidar com os pacientes

1 - Me conta as suas experiências de cuidado vivenciadas com pacientes internados em UTI com COVID-19.

Explorar

- Como foi os cuidados de saúde considerados importantes pelo profissional de saúde ao paciente com COVID-19.
- Experiências de cuidado vivenciadas em UTI com pacientes diagnosticados com COVID-19.
- Formas de cuidados, como aconteceu, sentimentos relacionados

4)Fale sobre as dificuldades vivenciadas pelos profissionais de saúde ao prestar cuidados aos pacientes internados em UTI com COVID-19.

Explorar

- Quais as dificuldades vivenciadas
- Quais sentimentos relacionados

5 - Formas de proteção e autoproteção

Explorar

- O que pensa, sobre
- O que fez/faz

Observações: _____

APÊNDICE D - Dicionário de padronização das entrevistas para análise IRAMUTEQ

PALAVRA NO CORPUS	PALAVRA PADRONIZADA
Iniciar cada entrevista com a linha estrelada. VER DICIONÁRIO VARIÁVEIS ALCESTE.	**** *ent_0001 *id_02 *rel_01 * pol_03 *prof_01 *tt_00
dois espaços entre palavras, palavras juntas sem espaço etc.	Retirar espaços
aspas ("), apóstrofo ('), hífen (-), cifrão (\$), percentagem (%) e nem asterisco (*) travessão; negrito, itálico, grifo e outros sinais similares; recuo de parágrafo, margens ou tabulações do texto; justificação do texto.	Retirar
Perguntas longas	TODA EM LETRA MAIUSCULA Reduzir mantendo apenas o essencial do questionamento
Frases muito longas	Rever a pontuação (ponto final e vírgulas)
Letra maiúscula no texto – nomes próprios	Usar apenas no início de frase
Se houver sigla ou abreviação no texto, usar 3 letras em letra minúscula e anotar nesta tabela a padronização.	Usar apenas letras minúsculas no corpus
[...] substituir	... (reticências sem colchetes) - usar apenas quando a frase estiver incompleta, - retirar quando usada para indicar pausa - retirar quando usada na pergunta
(riso) ou expressões não verbais	Excluir
que, que / de, de (palavras repetidas)	Excluir uma
INAUDÍVEL -	Excluir dando sentido à frase
tá? tá. né? entendeu? sabe então não é? Não é isso? Aí, aí “é isso” Ahh, Ummm, né, eh, tá “inaudível”	Excluir quando for final de frase, reafirmação ou vício de linguagem

“ “ (aspas)	Excluir
Pra/s	Para a/s
Pro/s	para o/s
Tá (conjugação do verbo estar)	Está
taria	Estaria
tavam	estavam
To/tô	estou
Agente (sentido de nós)	a gente
Números devem ter grafia numérica	2013, no lugar de “dois mil e treze”; “70” no lugar de “setenta”
COVID, COVID-19, doença (referindo-se a COVID)	covid19 (letra minúscula)
Coronavírus, vírus (referindo-se ao coronavírus)	coronavírus
Isolamento, isolamento social, se isolar, me isolar, ficar em casa	isolamento_social
Epidemia, pandemia e sinônimos	pandemia
Agente (sentido de nós)	a gente
Nomes de cidades e nomes próprios:	rio_de_janeiro , são_paulo, gaffréé_guinle, souza_aguiar, hospital_são_vicente_de_paula (ligar com underline em letra minúscula)
falecer, obitar, veio a óbito e suas derivações (verbos inclusive)	morrer
CMS, UBS, posto(s) de saúde, posto, UPA (atenção primária)	posto_de_saúde
hospital, pronto socorro	hospital
Cuidado, cuidar, cuidado pessoal, no CTI e em Casa – referindo-se a cuidar de si -	autocuidado
Cuidado, cuidar, cuidado com o paciente, cuidado no CTI – referindo-se a cuidar do outro -	cuidado_profissional
Ter cuidado, tomar cuidado	ter_cuidado
Vida normal	vida_normal
Ajuda da família, apoio da família	apoio-familiar

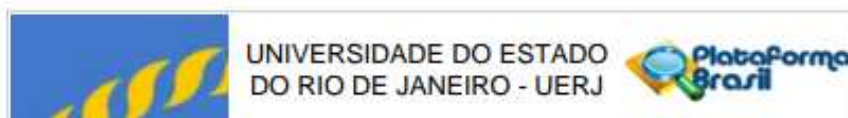
apoio social, apoio (REFERINDO-SE AO SOCIAL), apoio das pessoas, relação de apoio, apoio dos amigos, apoio dos outros, ajuda dos outros	apoio-social
Face shield	faceshield
Multi, (refererindo a equipe multiprofissional)	equipe_multiprofissional
linha de frente	linha_frente
profissionais de saúde	profissionais_saúde
chamada de vídeo	chamada_video

APÊNDICE E- Dicionário variáveis IRAMUTEQ

COLUNA/VARIÁVEL	CATEGORIAS	CODIFICAÇÃO NO CORPUS	CODIFICAÇÃO/ALCESTE
COLUNA 1 SUJEITO	001		**** *ent_0001
COLUNA 3 IDADE 1	(01) menor ou igual a 29 (02) 30 a 39 (03) 40 a 49 (04) maior ou igual a 50 (05) Não Resposta	ID_01 ID_02 ID_03 ID_04 ID_05	ID_01 (MENOR OU IGUAL A 39 ANOS) ID_02 (MAIOR OU IGUAL A 40 ANOS)
COLUNA 7 RELIGIÃO	(01) Católica (02) Evangélica, Protestante (03) Espírita kardecista, Espiritualista, Umbandista, Candomblé (04) Budista, Taoista, Messiânica (05) Sem religião (06) Não resposta	REL_01 REL_02 REL_03 REL_04 REL_05 REL_06	REL_01 - CATOLICO REL_02 - EVANGELICO REL_03 -ESPIRÍTA REL_04 – SEM RELIGIÃO (5)
COLUNA 8 POLÍTICA	(01) Direta ou Centro Direita (02) Esquerda ou Centro Esquerda (03) Centro (04) Não tenho orientação política (05) Não Resposta	POL_01 POL_02 POL_03 POL_04 POL_05	POL_01 (DIREITA) POL_02 (ESQUERDA) POL_03 (SEM ORIENTAÇÃO POLÍTICA 4) POL_04 (OUTROS – 3 CENTRO / 5 NÃO RESPOSTA)
PROFISSÃO	01 - Enfermeira 02 – Médico 03 – Fisioterapeuta 04 – Assistente social 05 – Psicologo 06 – Nutricionista	PROF_01 PROF_02 PROF_03 PROF_04 PROF_05 PROF_06	PROF_01 (ENF) PROF_02 (MED) PROF_03 (FISIO) PROF_04 (ASSIST SOC) PROF_05 (PSI 5 + NUTRI 6)
TEMPO DE TRABALHO		TT_01 TT_02 TT_03 TT_04 TT_05	10 07 14 04 02

		TT_08	04
		TT_09	06
		TT_10	03
		TT_11	05
		TT_12	15
		TT_13	07
		TT_14	20
		TT_18	17
		TT_19	10
		TT_20	06
		TT_21	10
		TT_22	07
		TT_23	04
		TT_24	11
		TT_25	05
		TT_26	04
		TT_27	26
		TT_28	02

ANEXO A - Aprovação do comitê de ética em pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E EXPERIÊNCIAS DE CUIDADO DE SAÚDE AOS PACIENTES COM COVID-19 EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Pesquisador: LUCIANA HERDY LOPES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 77181524.7.0000.5282

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da UERJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.687.680

Apresentação do Projeto:

A presente pesquisa é de autoria de Luciana Herdy Lopes, aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UERJ e orientanda da prof.ª Dr.ª Denize Cristina de Oliveira. Segundo a autora, "O presente estudo tem como tema "as experiências de cuidado aos pacientes com COVID-19 internados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), cuja escolha ocorreu pelo fato de atuar como enfermeira em UTI destinada ao tratamento aos pacientes com coronavírus. A infecção pelo novo coronavírus, causador da doença COVID-19, foi detectada inicialmente na cidade Wuhan, na China, em novembro de 2019. 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 e o número de óbitos passou a ser assustador. Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) caracterizou o surto mundial como estado de pandemia da Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-COV-2) ou COVID-19 (OMS, 2020; ZHANG et al., 2020). Vale ressaltar que o termo pandemia se refere à incidência de uma doença que é identificada numa determinada região e começa a se disseminar pelo continente, com transmissão de uma pessoa para outra, adquirindo grande proporção e se alastrando rapidamente pelo mundo (SCHUELER, 2020). A COVID-19 é uma doença infecciosa e os principais sintomas no início da pandemia foram: febre, cansaço e tosse seca. Outros sintomas também foram observados entre as pessoas infectadas, como: perda de paladar ou olfato, congestão nasal, conjuntivite, dor de garganta, dor de cabeça, dor muscular, dor articular, erupção cutânea, náusea ou vômito.

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SJ 3018
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.559-900
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** ceep@sr2.uerj.br

ANEXO B – Termo de autorização institucional

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Pesquisa: **Representações sociais e experiências de cuidado de saúde aos pacientes com COVID-19 em unidade de terapia intensiva**

Responsável: Luciana Herdy Lopes

Eu Rejane Araújo de Souza (nome legível), responsável pela Instituição RT Enfermagem de Hosp. Univ. Fed. do Estado do Rio de Janeiro (nome legível da instituição), declaro que fui informada dos objetivos da pesquisa acima, e concordo em autorizar a execução da mesma nesta instituição. Caso necessário, podemos revogar esta autorização, a qualquer momento, se comprovadas as atividades que causem algum prejuízo a esta instituição ou ao sigilo da participação dos integrantes desta instituição. Declaro, ainda, que não recebemos qualquer tipo de remuneração por esta autorização, bem como os participantes também não receberão. E asseguramos que possuímos a infraestrutura necessária para a realização/desenvolvimento da pesquisa.

A pesquisa só terá início nesta instituição após apresentação do **Parecer de Aprovação por um Comitê de Ética em Seres Humanos**.

Rio de Janeiro, 19 de Dezembro de 2023

Rejane Araújo de Souza
Responsável pela instituição (assinatura e carimbo legível)

Rejane Araújo de Souza
Enfermeira COBEN-RJ 41259
Coordenadora de Enfermagem
Méd. BUPE 30265-3/120. 25801678

Se desejar qualquer informação adicional sobre este estudo, envie uma mensagem:

Luciana Herdy Lopes. Tel: 21 964837207. Email: luherdy4212@gmail.com

Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ: Rua Francisco Xavier, 524, sala 3018, bloco E, 3º andar, - Maracanã - Rio de Janeiro, RJ, Email: coep@sr2.uerj.br - Telefone: (21) 2334-2180. O CEP COEP é responsável por garantir a proteção dos participantes de pesquisa e funciona às segundas, quartas e sextas-feiras, de 10h às 12h e 14h às 16h.