

**UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO
HUMANO**

Marcelo dos Santos Feitosa

**O ESTRESSE, AS ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO E
SUAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS PARA OS
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM TEMPOS DA
COVID-19**

**Taubaté – SP
2023**

Marcelo dos Santos Feitosa

**O ESTRESSE, AS ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO E
SUAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS PARA OS
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM TEMPOS DA
COVID-19**

Dissertação apresentada a Banca de Defesa da Universidade de Taubaté, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre pelo Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Humano: Formação, Políticas e Práticas Sociais, da Universidade de Taubaté.

Área de Concentração: Desenvolvimento Humano, Políticas Sociais e Formação.

Linha Pesquisa: Desenvolvimento Humano, Identidade e Formação.

Orientadora: Profa. Dra. Edna Maria Querido de Oliveira Chamon

**Taubaté – SP
2023**

**Grupo Especial de Tratamento da Informação – GETI
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBi
Universidade de Taubaté - UNITAU**

F311e Feitosa, Marcelo dos Santos

O estresse, as estratégias de enfrentamento e suas representações sociais para os profissionais de Enfermagem em tempos da Covid-19 / Marcelo dos Santos Feitosa. -- 2023.
235 f. : il.

Dissertação (mestrado) - Universidade de Taubaté,
Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação, Taubaté, 2023.
Orientação: Profa. Dra. Edna Maria Querido de Oliveira
Chamon, Departamento de Gestão e Negócios.

1. Covid-19. 2. Enfermagem. 3. Estresse. 4. Desenvolvimento Humano. 5. Representações Sociais. I. Universidade de Taubaté. Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Humano.
II. Título.

CDD – 610.73

MARCELO DOS SANTOS FEITOSA

Dissertação apresentada a Banca de Defesa da Universidade de Taubaté, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre pelo Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Humano: Formação, Políticas e Práticas Sociais, da Universidade de Taubaté.

Área de Concentração: Desenvolvimento Humano, Políticas Sociais e Formação.

Linha Pesquisa: Desenvolvimento Humano, Identidade e Formação.

Orientadora: Profa. Dra. Edna Maria Querido de Oliveira Chamon

Data: 31/03/2023

Resultado: APROVADO

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Edna Maria Querido de Oliveira Chamon Universidade de Taubaté

Assinatura _____

Profa. Dra. Patrícia Diana E. B. de S. C. O. Monteiro Universidade de Taubaté

Assinatura _____

Profa. Dra. Gladis Camarini Centro Universitário do Sul de Minas

Assinatura _____

Profa. Dra. Leonor M Santana Universidade Estácio de Sá

Assinatura _____

DEDICATÓRIA

A Deus, pela infinita bondade e por me capacitar neste momento da vida.

À minha esposa, Adriana, pelos seus inúmeros conselhos, pelas palavras de estímulo, por sua paciência, pelo carinho e apoio em todas as horas difíceis.

À família, pela compreensão e apoio em muitas horas em que estive ausente.

Aos amigos verdadeiros que fiz, pelo incentivo e troca de experiências e, principalmente, aos que estiveram presentes em todas as horas, tanto nas alegres quanto nas tristes, sempre me apoiando em tudo.

Dedico a todos que acreditam que a perseverança e a humildade são caminhos para as grandes realizações.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pois sem Ele nada poderia ser realizado!

À minha esposa, Adriana, pela compreensão e apoio em muitas horas em que estive ausente.

À orientadora Profa. Dra. Edna Maria Querido de Oliveira Chamon, por ter acreditado, incentivado e colaborado de forma decisiva para que este trabalho fosse realizado. Agradeço a oportunidade de ser seu aluno, por toda caminhada, ensinamento. Isso foi fundamental para o meu desenvolvimento pessoal, profissional e acadêmico. Gratidão!

Aos membros da banca, Profa. Dra. Gladis Camarini, Profa. Dra. Patrícia Diana E. B. de S. C. O. Monteiro e Profa. Dra. Leonor M. Santana, por aceitarem o convite, honrando-nos com sua presença e importantes contribuições.

À Profa. Dra. Leonor M. Santana, por sua orientação, participação e incentivo no desenvolvimento dos artigos.

Às amigas do Mestrado, Raíssa Rodrigues, Thais Caroline e Marcela Gobbo, pela parceira e total incentivo para a conclusão do curso.

A todos os Mestrandos e Doutorandos do Grupo de Práticas em Pesquisa (Estudos e Pesquisas em Representações Sociais), coordenado pela Profa. Dra. Edna Maria Querido de Oliveira Chamon. Agradeço imensamente a contribuição de todos, as sugestões, correções e o incentivo nesta etapa tão importante.

Aos professores do Mestrado em Desenvolvimento Humano da Universidade de Taubaté, por compartilharem seus conhecimentos.

Aos responsáveis pela Instituição Hospitalar, gestores que permitiram a realização desta pesquisa e aos profissionais de enfermagem, pela contribuição e participação.

Aos colegas da turma do Mestrado - MDH (2021), que em diversos momentos colaboraram na elaboração da dissertação.

Agradecer não é uma tarefa fácil. Enfim, o meu sincero agradecimento a todos os envolvidos, direta e indiretamente, na realização deste trabalho.

Como todos os jovens, eu decidi ser um gênio,
mas felizmente o riso interveio.

Cléa, Lawrence Durrell

RESUMO

O objetivo deste estudo foi investigar o estresse e suas representações sociais pelos profissionais de enfermagem em uma instituição hospitalar durante a pandemia da covid-19. Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem de natureza quali-quantitativa e amostragem por resposta voluntária. A investigação foi realizada em duas etapas. Na primeira delas, utilizou-se um questionário com perguntas abertas e fechadas, para avaliar o nível de estresse (escala toulousaine de estresse) e para identificar as estratégias de enfrentamento (escala toulousaine de *coping*) dos participantes. A amostra foi composta por 312 profissionais de enfermagem: 82 enfermeiros, 82 técnicos de enfermagem e 148 auxiliares de enfermagem. Para o tratamento dos dados quantitativos, utilizou-se a estatística descritiva, com auxílio do Microsoft Excel para apresentação dos resultados em forma de tabelas e gráficos. Os dados qualitativos referentes à questão aberta da Etapa 1 e as entrevistas da Etapa 2 foram analisados por meio da análise de conteúdo a partir do tratamento do *software* IRaMuTeQ. Na Etapa 1, os dados obtidos pelo questionário geraram cinco classes: Classe 1 - Família; Classe 2 - Falta de reconhecimento no local de trabalho; Classe 3 - A pandemia, a família e os profissionais de enfermagem; Classe 4 - A covid-19 na Unidade de Terapia Intensiva; Classe 5 - O conflito na equipe de enfermagem. Em relação aos resultados da Etapa 1, em relação ao nível de estresse e às estratégias de enfrentamento, percebeu-se que os níveis de enfrentamento de isolamento e recusa foram os maiores na amostra estudada, em relação à média brasileira. Observaram-se índices de estresse acima da média nacional, para estresse físico e global. Portanto, a amostra, em geral, tem níveis de estresse altos e utiliza mal as estratégias de enfrentamento. Na Etapa 2, foram entrevistados 18 profissionais de enfermagem: 7 enfermeiros, 5 técnicos de enfermagem e 6 auxiliares de Enfermagem. A partir do tratamento pelo *software* IRaMuTeQ, identificaram-se quatro classes que, após a análise de conteúdo, foram nomeadas: Classe 1 - Ansiedade e Medo; Classe 2 - Estresse e Falta de Equipamentos/Funcionários; Classe 3 - Cuidado com os pacientes; Classe 4 - Familiares/Visitas. Os conteúdos representacionais dos profissionais de enfermagem sobre o estresse no contexto da pandemia são objetivados por medo (de morrer e deixar a família, de cuidar de alguém doente e ser contaminado), dor (forte), ansiedade, desconhecimento sobre a doença (no início da pandemia não se sabia tratar a doença e/ou agir) e por expectativa quanto ao futuro. A morte (constatada no dia a dia pelos profissionais) foi caracterizada como algo estranho, pois, apesar de tudo que foi feito, pacientes foram a óbito. Os resultados revelam que os profissionais de enfermagem precisam de atenção por parte das organizações de saúde, sobretudo no que diz respeito à saúde mental. Isso porque suas atividades os colocam frente a uma atividade laboral altamente crítica (potencializada pela pandemia da covid-19) e relacionada ao sofrimento psíquico, físico (vida e morte) e em um ambiente constantemente marcados por incertezas do setor, tais como sobrecarga de trabalho, possibilidades de contaminação. Outros estudos são necessários para monitorar os impactos tardios dessas vivências e suas consequências aos profissionais de enfermagem. É preciso se ocupar do estresse pós-traumático, além dos efeitos da covid-19, tanto para os profissionais quanto para a população em geral. Este estudo contribui para o avanço do conhecimento ao dar visibilidade ao enfrentamento da pandemia pelos profissionais de enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE: Desenvolvimento Humano. Covid-19. Enfermagem. Estresse. Representações Sociais.

ABSTRACT

The objective of this study was to investigate stress and its social representations by nursing professionals in a hospital institution during the covid-19 pandemic. This is an exploratory, descriptive research, with a qualitative-quantitative approach and voluntary response sampling. The investigation was carried out in two stages. In the first of them, a questionnaire with open and closed questions was used to assess the level of stress (Toulousaine stress scale) and to identify the participants' coping strategies (Toulousaine coping scale). The sample consisted of 312 nursing professionals: 82 nurses, 82 nursing technicians and 148 nursing assistants. For the treatment of quantitative data, descriptive statistics were used, with the help of Microsoft Excel to present the results in the form of tables and graphs. The qualitative data referring to the open question of Stage 1 and the interviews of Stage 2 were analyzed through content analysis using the IRaMuTeQ software. In Stage 1, the data obtained by the questionnaire generated five classes: Class 1 - Family; Class 2 - Lack of recognition in the workplace; Class 3 - The pandemic, the family and nursing professionals; Class 4 - Covid-19 in the Intensive Care Unit; Class 5 - Conflict in the nursing team. In relation to the results of Stage 1, in relation to the level of stress and coping strategies, it was noticed that the levels of coping with isolation and refusal were the highest in the sample studied, in relation to the Brazilian average. Stress rates above the national average were observed for physical and global stress. Therefore, the sample, in general, has high stress levels and uses coping strategies poorly. In Stage 2, 18 nursing professionals were interviewed: 7 nurses, 5 nursing technicians and 6 nursing assistants. From the treatment using the IRaMuTeQ software, four classes were identified which, after content analysis, were named: Class 1 - Anxiety and Fear; Class 2 - Stress and Lack of Equipment/Staff; Class 3 - Care for patients; Class 4 - Family/Visitors. The representational contents of nursing professionals about stress in the context of the pandemic are objectified by fear (of dying and leaving the family, of caring for someone who is sick and being infected), pain (severe), anxiety, lack of knowledge about the disease (at the beginning of the pandemic, it was not known how to treat the disease and/or act) and due to expectations about the future. Death (noticed on a daily basis by professionals) was characterized as something strange, because, despite everything that was done, patients died. The results reveal that nursing professionals need attention from health organizations, especially with regard to mental health. This is because their activities place them in a highly critical work activity (enhanced by the Covid-19 pandemic) and related to psychological and physical suffering (life and death) and in an environment constantly marked by uncertainties in the sector, such as work overload, possibilities of contamination. Other studies are needed to monitor the late impacts of these experiences and their consequences for nursing professionals. It is necessary to deal with post-traumatic stress, in addition to the effects of Covid-19, both for professionals and the general population. This study contributes to the advancement of knowledge by giving visibility to nursing professionals' coping with the pandemic.

KEYWORDS: Human Development. Covid-19. Nursing. Stress. Social Representations.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Redes Regionais de Atenção à Saúde da RMVPLN e respectivas DRS	20
Figura 2 -	Profissionais de saúde divulgam fotos e frases para incentivar as pessoas a ficarem em casa	38
Figura 3 -	Número de profissionais de enfermagem infectados por covid-19	39
Figura 4 -	Informações gerais sobre a covid-19 na Enfermagem	40
Figura 5 -	Número de óbitos de profissionais de enfermagem	40
Figura 6 -	Média móvel de óbitos de profissionais de enfermagem	40
Figura 7 -	Localização da Amígdala e Hipocampo na Área Cerebral	53
Figura 8	Síndrome de Adaptação Geral (SAG)	54
Figura 9 -	Modelo do processamento de estresse e estratégias de enfrentamento de Lazarus e Folkman, 1984	63
Figura 10 -	Esquema de enfrentamento e estresse de Rudolph, Denning e Weisz, 1995	64
Figura 11 -	Resumo esquemático: o efeito do estresse na atenção, que interfere na aprendizagem	106
Figura 12 -	Dendrograma da classificação hierárquica descendente - Etapa 1	111
Figura 13 -	Mapa mental - Classe 1: Família	112
Figura 14 -	Mapa mental - Classe 2: Falta de reconhecimento no local de trabalho	118
Figura 15 -	Mapa mental - Classe 3: A pandemia, a família e os profissionais de enfermagem	124
Figura 16 -	Mapa mental - Classe 4: A covid-19 na Unidade de Terapia Intensiva	130
Figura 17 -	Mapa mental - Classe 5: O conflito na equipe de enfermagem	133
Figura 18 -	Dendrograma da classificação hierárquica descendente - Etapa 2	139
Figura 19 -	Mapa Mental - Classe 1: Ansiedade e Medo	142
Figura 20 -	Mapa Mental - Classe 2: Estresse e Falta de Equipamentos/Funcionários	151
Figura 21 -	Mapa Mental - Classe 3: Cuidado com os pacientes	155
Figura 22 -	Mapa Mental - Classe 4: Familiares/Visitas	158

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Resultado quanto ao sexo	95
Gráfico 2 -	Resultado quanto à idade	97
Gráfico 3 -	Resultado quanto ao estado civil	98
Gráfico 4 -	Resultado se possuem filhos	98
Gráfico 5 -	Resultado quanto a escolaridade	99
Gráfico 6 -	Resultado quanto a profissão	100
Gráfico 7 -	Resultado quanto ao tempo de serviço na profissão	101
Gráfico 8 -	Resultado quanto ao tempo de serviço no hospital	102
Gráfico 9 -	Setores do hospital em que os pesquisados atuam	103
Gráfico 10 -	Resultado do tabagismo relacionado à profissão	108
Gráfico 11 -	Resultado do estresse físico	165
Gráfico 12 -	Resultado do estresse psicológico	168
Gráfico 13 -	Resultado do estresse psicofisiológico	169
Gráfico 14 -	Resultado do estresse de temporalidade	170
Gráfico 15 -	Resultado do estresse global	171
Gráfico 16 -	Resultado da avaliação do Estresse	173
Gráfico 17 -	Estresse - Comparação com a Média Brasileira	175
Gráfico 18 -	Resultado da estratégia de controle	176
Gráfico 19 -	Resultado da estratégia de apoio social	178
Gráfico 20 -	Resultado da estratégia de isolamento	179
Gráfico 21 -	Resultado da estratégia de recusa	181
Gráfico 22 -	Enfrentamento – Comparação com a média brasileira	182

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Escores médios para as dimensões do Estresse	91
Tabela 2 -	Escores médios para as diferentes Estratégias de Enfrentamento	91
Tabela 3 -	Distribuição quanto ao tipo de treinamento para trabalhar no Hospital	104
Tabela 4 -	Distribuição quanto a prática de atividade física	106
Tabela 5 -	Distribuição quanto ao uso do tabagismo	107
Tabela 6 -	Distribuição quanto a utilização do tempo fora do ambiente hospitalar	109
Tabela 7 -	Demonstrativo dos escores médios para as diferentes dimensões do estresse desta pesquisa	174
Tabela 8 -	Demonstrativo dos escores médios para as diferentes dimensões do estresse - Stephenson	174
Tabela 9 -	Demonstrativo dos escores médios de enfrentamento desta pesquisa	181
Tabela 10 -	Demonstrativo dos escores médios para as estratégias de enfrentamento - Stephenson	182
Tabela 11 -	Correlação entre a variável Sexo e resultados da avaliação do estresse	184
Tabela 12 -	Correlação entre a variável Idade e resultados da avaliação do estresse	185
Tabela 13 -	Correlação entre a variável Estado civil e resultados da avaliação do estresse	185
Tabela 14 -	Correlação entre a variável Profissão e resultados da avaliação do estresse	186
Tabela 15 -	Correlação entre a variável Tempo na profissão e resultados da avaliação do estresse	187
Tabela 16 -	Correlação entre a variável setor de trabalho e resultados da avaliação do estresse	188
Tabela 17 -	Correlação entre a variável prática de esportes e resultados da avaliação do estresse	189
Tabela 18 -	Correlação entre a variável Fumante e resultados da avaliação do estresse	189
Tabela 19 -	Correlação entre a variável Idade e resultados das estratégias de enfrentamento	190
Tabela 20 -	Correlação entre a variável Estado Civil e resultados das estratégias de enfrentamento	191
Tabela 21 -	Correlação entre a variável Tempo na Profissão e resultados das estratégias de enfrentamento	192
Tabela 22 -	Correlação entre a variável Local de Trabalho (setor) e resultados das estratégias de enfrentamento	193

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Distribuição do número de casos e mortes no Brasil	29
Quadro 2 -	Fatores que contribuíram para o adoecimento mental do Profissionais de Enfermagem	35
Quadro 3 -	Exemplos de reações do corpo humano e as suas consequências	56
Quadro 4 -	Sintomas de Estresse	57
Quadro 5 -	Reação e consequências do estresse no corpo humano	58
Quadro 6 -	Estratégias de enfrentamento de Estresse em Ambientes Hospitalares	68
Quadro 7 -	Construção teórica da escala de estratégias de enfrentamento	71
Quadro 8 -	Processo de enfrentamento nas situações de estresse	73
Quadro 9 -	Demonstrativo para questões que identificam as manifestações do estresse	89
Quadro 10 -	Demonstrativo das questões para identificação das estratégias de enfrentamento	90
Quadro 11-	Temática geral das classes e subtemas das entrevistas	141
Quadro 12-	Variáveis que não mostram correlação significativa	183

SIGLAS E ABREVIACÕES

CEP/UNITAU	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Taubaté
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CID	Classificação Internacional de Doenças
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
CNES	Conselho Nacional de Saúde
DRS	Departamento Regional de Saúde
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ESPIN	Emergência em Saúde Pública de importância Nacional
ETC	Escala de Toulousaine de <i>Coping</i>
ETE	Escala Toulousaine de Estresse
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MP	Medida Provisória
NR	Norma regulamentadora
OMS	Organização Mundial da Saúde
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PD	Pontuação direta
RS	Representações Sociais
RRAS	Redes Regionais de Atenção à Saúde
RMVPLN	Região Metropolitana do Vale do Paraíba Paulista e Litoral Norte
ST	Segmentos de texto
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SAG	Síndrome de Adaptação Geral
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS/MS	Secretaria de Vigilância em Saúde/ Ministério da Saúde
TRS	Teoria das Representações Sociais
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UNITAU	Universidade de Taubaté
VOCS	Variantes de Preocupação
VOIS	Variantes Específicas de Interesse

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	17
1.1 Problema	20
1.2 Objetivos	21
1.2.1 Objetivo Geral.....	21
1.2.2 Objetivos Específicos	21
1.3 Delimitação do Estudo	21
1.4 Relevância do Estudo / Justificativa	23
1.5 Organização da Dissertação	26
2 PANDEMIA, ESTRESSE E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	28
2.1 Pandemia da covid-19: conceitos e características gerais.....	28
2.2 Profissionais de enfermagem e sua relação com a covid-19.....	36
2.5 O impacto da pandemia da covid-19 nas relações de trabalho	44
2.6 Estresse: Conceitos, Origem e Evolução	51
2.7 Estratégias de Enfrentamento (Coping).....	63
2.8 Estresse e Estratégias de Enfrentamento no Ambiente Hospitalar	67
2.9 Escala de Toulousaine de Coping	72
2.10 A Teoria das Representações Sociais	76
2.10.1 O Conceito de Representação Social	77
2.10.2 O objeto de Representação Social	80
2.10.3 As funções das Representações Sociais.....	82
2.10.4 Representações Sociais: O processo de formação	83
2.10.4.1 Objetivação	83
2.10.4.2 Ancoragem	84
3 METODOLOGIA	88
3.1 Tipo de Pesquisa	88
3.2 População e Amostra	89
3.3 Instrumentos de Pesquisa.....	90
3.3.1 Descrição da Escala Toulousaine de Estresse.....	90
3.3.2 Descrição da Escala Toulousaine de Coping.....	91
3.3.3 Entrevistas semiestruturadas	93
3.4 Procedimento para Coleta de Dados	94
3.5 Procedimento para Análise de Dados	95
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	97
4.1 Perfil sociodemográfico dos profissionais de Enfermagem: Participantes da Pesquisa	97
4.2 Análise qualitativa - Etapa 1	112
4.2.1 Classe 1: Família.....	114
4.2.2 Classe 2: Falta de reconhecimento no local de trabalho	119
4.2.3 Classe 3: A pandemia, a família e os profissionais de enfermagem	125
4.2.4 Classe 4: A covid-19 na Unidade de Terapia Intensiva.....	132
4.2.5 Classe 5: O conflito na equipe de enfermagem	135
4.3 Análise das entrevistas - Etapa 2	140
4.3.1 Classe 1: Ansiedade e Medo	143
4.3.2 Classe 2: Estresse e Falta de Equipamentos/Funcionários	152
4.3.3 Classe 3: Cuidado com os pacientes	156
4.3.4 Classe 4: Familiares/Visitas	160
4.4 Análises de Estresse	166
4.4.1 Estresse Físico.....	167
4.4.2 Estresse Psicológico.....	169

4.4.3 Estresse Psicofisiológico	171
4.4.4 Estresse de Temporalidade.....	172
4.4.5 Estresse Global	173
4.5 Análises das Estratégias de enfrentamento	177
4.5.1 Controle como Estratégia de Enfrentamento	178
4.5.2 Apoio Social como Estratégia de Enfrentamento	179
4.5.3 Isolamento como Estratégia de Enfrentamento	181
4.5.4 Recusa como Estratégia de Enfrentamento.....	182
4.6 Análises Cruzadas com dados de Estresse e Estratégias de Enfrentamento	185
4.6.1 Correlação do Estresse com a Variável Sexo	186
4.6.2 Correlação do Estresse com a variável Idade.....	187
4.6.3 Correlação do Estresse com a variável Estado Civil	187
4.6.4 Correlação do Estresse com a variável Profissão.....	188
4.6.5 Correlação do Estresse com a variável Tempo na Profissão	188
4.6.6 Correlação do Estresse com a variável local de trabalho.....	190
4.6.7 Correlação do Estresse com a variável Prática de Esportes.....	191
4.6.8 Correlação do Estresse com a variável Fumante	191
4.7 Análises Cruzadas (Bidimensionais) com dados de Enfrentamento.....	192
4.7.1 Correlação das Estratégias de Enfrentamento com a variável Idade	192
4.7.2 Correlação das Estratégias de Enfrentamento com a variável Estado civil	193
4.7.3 Correlação das Estratégias de Enfrentamento com a variável Tempo na Profissão	193
4.7.4 Correlação das Estratégias de Enfrentamento com a variável Local de Trabalho.....	195
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	197
REFERÊNCIAS.....	203
ANEXO A – Autorização do comitê de ética em pesquisa	232

1 INTRODUÇÃO

O cenário de saúde mundial em 2020 e 2021 foi acometido pela pandemia provocada pelo novo coronavírus, causador da covid-19, que pode ser apontada como um período de inesquecível emergência de saúde pública global (WHO, 2021). Assim, tem se mostrado um imenso desafio deste século enfrentar a doença, as sequelas e o desgaste dos profissionais de saúde que fazem frente à doença (WERNECK; CARVALHO, 2020). A pandemia tem causado desordem econômico-social e impacto nas vidas das pessoas em nível global, devido ao alcance e à velocidade com que a doença se disseminou. Em poucos meses havia um cenário com mais de 110 mil casos distribuídos em 114 países (SOUZA, 2020).

Essa evolução foi muito representativa, e observou-se que, em 2021, no mês de julho, confirmaram-se 152 países com casos notificados da doença, e os números de casos confirmados foram: Estados Unidos da América (EUA), 35 milhões; Índia, 32 milhões; Brasil, 20 milhões; Rússia e França, em torno de 6 milhões, Reino Unido, 5,7 milhões; Itália e Colômbia, em torno de 4,5 milhões (WHO, 2021). Já em 2022, em meados do mês de outubro, destacando-se no *ranking* de casos, observa-se a evolução dos países: EUA, com mais de 97 milhões de casos, seguido da Índia, com 44 milhões, França e Alemanha, com 36 milhões, e o Brasil, com aproximadamente 35 milhões de casos (WHO, 2022).

No Brasil, em julho de 2021 registraram-se 555 mil mortes em decorrência da covid-19 e aproximadamente 20 milhões de casos foram notificados, pelo Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), que divulga os dados consolidados sobre a covid-19 (BRASIL, 2021). Em 2022, no mês de outubro, registraram-se 688 mil mortes (WHO, 2022), e no mês de janeiro de 2023, no dia 21, totalizaram-se 696.087 mil mortes (SEAD, 2023).

O novo coronavírus (SARS-CoV-2) foi identificado pelos pesquisadores chineses como um agente etiológico de uma síndrome respiratória aguda, denominada doença do coronavírus 2019, ou apenas covid-19 (*Coronavirus Disease – 2019*) (CHENG; SHAN, 2020). Essa problemática teve início em meados de dezembro de 2019, na cidade de Wuhan, localizada na província de Hubei, na China, que na ocasião sofreu um surto de pneumonia de causa desconhecida (HEYMANN; SHINDO, 2020; BOGOCH *et al.*, 2020). Muitos pacientes, no início do surto em Wuhan, tinham conexão com um grande mercado de frutos do mar e animais, que denotavam a disseminação da doença para pessoas. Todavia, um número crescente de pacientes não foi exposto ao mercado de animais, o que sinalizou que a

disseminação ocorria de pessoa para pessoa. Sabe-se agora que esse vírus tem uma transmissibilidade elevada e persistente entre humanos (ANVISA, 2022).

A covid-19 despertou atenção mundial, assim como foram observadas mudanças rápidas, desafiadoras, que provocaram o surgimento de medidas de contenção e prevenção. Houve também repercussões políticas, econômicas e sociais. Como consequência, o que parecia ser apenas uma síndrome respiratória, agravou-se e contribuiu para uma sobrecarga nos sistemas de saúde, gerando a aplicação de medidas preventivas de caráter sanitário, como exemplos: isolamento e distanciamento social, bloqueio total (diminuição de circulação de pessoas e veículos) e o uso de máscaras (FERRAZ, 2020).

Em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou que se tratava de emergência de saúde pública em nível internacional (WHO, 2020), e no dia 11 de março comunicou oficialmente que a covid-19 era uma doença pandêmica (OMS, 2020), embora já estivesse em quase todos os continentes desde daquele ano (SOUZA, 2020; FERRAZ, 2020). Nos meses subsequentes, a doença espalhou pelos cinco continentes (VELAVAN; MAEYER, 2020; XU *et al.*, 2020; WHO, 2020). A velocidade de transmissão da doença pode ser observada pelo seu número básico de reprodução cujo início é denominado "R0". As estimativas iniciais de R0 para o SARS-CoV-2 variam de 1,6 a 4,1 (READ *et al.*, 2020; LIU *et al.*, 2020; CAO *et al.*, 2020). Para comparação, a epidemia de Influenza A H1N1 no ano de 2009 apresentou R0 entre 1,3 e 1,8, ou seja, a covid-19 mostrou velocidade muito maior de disseminação em curto espaço de tempo (FIOCRUZ, 2020).

Há evidências de que o SARS-CoV-2 se espalha principalmente entre pessoas que estão em contato próximo, geralmente a 1 metro (curto alcance), por meio de pequenas partículas, emitidas durante a fala, tosse ou espirro. Essas partículas podem ser de tamanhos variados, desde "gotículas respiratórias" (partículas maiores) até "aerossóis" (partículas menores). Desde 2021, a transmissão de aerossóis já é reconhecida como de alto risco em condições que podem gerar essas partículas em ambiente hospitalar, como durante a manipulação direta das vias respiratórias, intubação e extubação de pacientes, na aspiração (ANVISA, 2022).

Diante dos acontecimentos e da problemática na saúde pública, ocorreram mudanças no hábito de vida das pessoas, como a diminuição das interações entre elas, devido ao distanciamento físico, para evitar a propagação do vírus (BROOKS *et al.*, 2020; DUAN; ZHU, 2020; FIORILLO; GORWOOD, 2020).

Estudos feitos pelos pesquisadores Duarte *et al.* (2020) e Barbosa *et al.* (2020) mostram que o estresse foi uma das principais repercussões psicológicas decorrentes do

isolamento social e da quarentena durante a pandemia da covid-19. Os principais sintomas observados foram: sensação de tédio, ansiedade e depressão (MEDEIROS *et al.*, 2020), estresse, exaustão e solidão (BITTENCOURT, 2020), estresse, transtorno de ansiedade e insônia (LIU *et al.*, 2020), estresse, medo do contágio, ansiedade e depressão (VENKATESH; EDIRAPPULI, 2020).

A partir dessas repercussões psicológicas causadas pela doença, constatam-se também alterações consideráveis no que se refere ao trabalho. As instituições hospitalares, privadas ou públicas, procuram ajustar-se às necessidades decorrentes da pandemia, tais como o redimensionamento de pessoal, a organização de materiais, a elaboração e implementação de protocolos. Já os profissionais de saúde estão sujeitos a uma maior sobrecarga de trabalho, devido ao excesso de atividades, relacionado ao aumento das atividades e a mudanças cotidianas, e estão sujeitos, também, ao risco de contaminação e adoecimento pela doença. Além disso, a possibilidade de exposição ao vírus e de contágio traz a possibilidade de que transmitam a doença a seus familiares (LUZ *et al.*, 2020).

Uma pesquisa realizada por Sun *et al.* (2020) menciona que os profissionais da enfermagem representavam a maior força de trabalho nas instituições hospitalares no período da pandemia da covid-19 e, no que se refere a carga de trabalho, em estudo realizado com 20 enfermeiros percebeu-se que, conforme o número de pacientes aumentava, o trabalho dobrava em relação à carga de trabalho anterior à pandemia. Segundo os dados informados pelo Conselho Federal de Enfermagem - COFEN, até 21 de maio de 2020 mais de 16 mil enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem foram afastados do seu local de trabalho e, na ocasião, ocorreram 136 óbitos associados à doença (COFEN, 2020). Já no estado de São Paulo, até 2 de outubro de 2022 havia mais de 12 mil profissionais de enfermagem infectados, ocorreram 105 óbitos, e a letalidade era de 1,61%. (COFEN, 2022). Cabe destacar que muitos profissionais de saúde, de uma forma geral, não tinham experiência de atuação com a covid-19, o que se tornou um estressor adicional no ambiente de trabalho, no que se refere ao enfrentamento da doença (SCHMIDT *et al.*, 2020).

Dessa forma, tornou-se indispensável discutir sobre o vínculo do trabalhador nesse cenário pandêmico, especialmente dos profissionais de enfermagem, na medida em que atuam prestando cuidados em tempo integral aos pacientes. O local de trabalho é interposto por fatores que influenciam negativamente na saúde do trabalhador. Compromete o profissional, bem como a sua capacidade para desenvolver as atividades laborais, o que poderá refletir na qualidade da assistência prestada (ANDOLHE *et al.*, 2015). Segundo Barros *et al.* (2003), nas profissões da saúde a preocupação e o estresse tendem a ser comum, pois os profissionais

lidam com o sofrimento humano e a morte, que são condições altamente estressantes. O enfrentamento de situações críticas, como as geradas pela covid-19, pode levar os profissionais de enfermagem ao confronto com seus recursos psicológicos e a um maior nível de estresse (BARRETO, 2020).

A palavra estresse, que procede do latim, foi utilizada, no século XVII, denotando cansaço e fadiga. Entre os séculos XVIII e XIX, foi associada à força, ao esforço e à tensão. Embora até o momento a conceituação se mostre como um problema para os pesquisadores da área, devido à complexidade de sua abordagem, o fenômeno não é uma novidade. Trata-se de um antigo mecanismo bioquímico de sobrevivência humana, que foi melhorado de acordo com sua própria evolução biofisiológica. O “estado de estresse” reflete um conjunto de reações e respostas do organismo para preservar sua integridade (SOUZA *et al.*, 2002). O estresse pode surgir em diversas situações, tais como: dor, fadiga, esforços, eventos emocionais, medo, humilhação. As condições estressantes estão associadas a mudanças repentinas, decorrentes de diferenças culturais, urbanização, migração e mobilidade socioeconômica (LOURES, 2001).

Diante das circunstâncias, persistem situações que podem proporcionar o adoecimento laboral do profissional de enfermagem decorrentes de desgastes físicos e psíquicos e de outras doenças ocupacionais, além do risco de acidentes de trabalho (CARVALHO; ARAÚJO; BERNARDES, 2016), especialmente o estresse ocupacional (KARASEK *et al.*, 2020).

Assim, propõe-se investigar o estresse e suas representações sociais para os profissionais de enfermagem em um Hospital da Região Metropolitana do Vale do Paraíba Paulista e Litoral Norte, neste período pandêmico da covid-19 (período da pesquisa, 2021/2022).

1.1 Problema

Nesse cenário de pandemia, levantam-se alguns questionamentos de como se comportam os trabalhadores diante do estresse causado pelas mudanças imediatas relacionadas à pandemia da covid-19 no ambiente de trabalho e às estratégias de enfrentamento utilizadas pelos profissionais de enfermagem em condições estressantes.

A covid-19 tem gerado maiores sobrecargas de trabalho e estresse nos profissionais de enfermagem que estão desde o início da pandemia no atendimento à população afetada. Observa-se também um aumento importante na demanda de atividades no ambiente de trabalho por causa da pandemia, tais como: implementação de novas rotinas, excesso de

treinamentos, revisão diária de documentos, alteração de horário de trabalho, mudanças repentinas e rodízios de setores, o medo de se contaminar e transmitir a doença aos familiares.

É nesse sentido que, neste estudo, busca-se refletir sobre os questionamentos que seguem:

Quais são as representações sociais dos profissionais de enfermagem em relação ao estresse no período da pandemia?

Quais estratégias de enfrentamento são utilizadas pelos profissionais de enfermagem nas situações de estresse, durante a pandemia da covid-19?

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo Geral

Investigar o estresse e suas representações sociais para os profissionais de enfermagem em uma instituição hospitalar durante a pandemia da covid-19.

1.2.2 Objetivos Específicos

Caracterizar o perfil sociodemográfico dos profissionais de enfermagem;

Identificar as manifestações de estresse físico, psíquico, psicofisiológico e de temporalidade durante a pandemia da covid-19;

Descrever, dentre as estratégias de enfrentamento estudadas (controle, apoio social, isolamento, recusa), aquelas que são utilizadas pelos profissionais de enfermagem; e

Conhecer as crenças, valores, atitudes e informações dos profissionais de enfermagem sobre o estresse.

1.3 Delimitação do Estudo

Na Região Metropolitana do Vale do Paraíba Paulista e Litoral Norte (RMVPLN), segundo informações divulgada pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), há uma população total de 2.599.168 habitantes (IBGE, 2021), atendidos pelas Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS 17). Na Figura 1, é possível observar que os Departamentos Regionais de Saúde (DRS) representam 39 municípios agregados às Regiões de Saúde Alto Vale do Paraíba, Circuito da Fé e Vale Histórico, Litoral Norte e Vale do Paraíba - Região Serrana (FUNDAÇÃO ONCOCENTRO DE SÃO PAULO, 2014). Os DRS são responsáveis pelo planejamento de investimentos, monitoramento e publicidade de análises e indicadores

Internação, Unidades de Terapia Intensiva Adulto e Pediátrica e Ambulatório geral com atendimento em diversas especialidades médicas, por exemplo, Neurologia, Cardíaca, Ortopedia, Cirurgia geral, Dermatologia, Urologia, Oncologia Clínica e Cirúrgico, entre outras. Na unidade hospitalar também há áreas específicas para atendimento a pacientes com suspeita ou confirmação de ter adquirido a covid-19, alocadas nos seguintes setores: Pronto atendimento e salas de isolamento, Unidades de internação e Unidades de terapia intensiva. Entretanto, neste período pandêmico da covid-19, seguramente, todos os profissionais de enfermagem tiveram contato com pacientes suspeitos e/ou contaminados com o novo coronavírus, pois houve isolamentos de pacientes em todos os setores, devido à demanda de internações e/ou atendimentos (INSTITUIÇÃO HOSPITALAR, 2021).

No período pandêmico, os hospitais da RMVPLN tornaram-se polos de atendimentos, o que demandou reorganização da estrutura de leitos, fluxos nos processos assistenciais, alocação de equipamentos e mão de obra para atendimento a pacientes com covid-19. Essas providências possibilitaram a priorização do atendimento aos casos de pacientes contaminados pelo coronavírus (INSTITUIÇÃO HOSPITALAR, 2021).

Conforme os dados divulgados no dia 4 de março de 2023, no boletim epidemiológico da Secretária Estadual de Saúde (SES), na RMVPLN foram confirmados mais de 397 mil casos de covid-19 e 8.241 óbitos (SEAD, 2023).

1.4 Relevância do Estudo / Justificativa

O pesquisador iniciou sua carreira na enfermagem em 2004, atuando como técnico de enfermagem. Em 2007, ingressou no curso de Graduação em enfermagem, formando-se em 2010. A partir da pesquisa que realizou sobre estresse em graduandos de enfermagem, pesquisa esta que subsidiou seu trabalho de conclusão de curso, vem estudando o assunto e, atualmente, no exercício da enfermagem, considera primordial que a temática seja estudada pelos profissionais da área.

Em virtude de seu desenvolvimento profissional, pois atualmente está no cargo de coordenação de enfermagem. No entanto, no início da pandemia atuou no setor de pronto atendimento adulto, atendendo a pacientes suspeitos de terem adquirido a doença ou diagnosticados positivamente.

Segundo Nishide, Benatti e Alexandre (2004), o ambiente de trabalho em saúde, principalmente no hospital, é considerado insalubre, pois reúne diversos fatores que interferem nos adoecimentos dos profissionais que desenvolvem seu fluxo de trabalho. Cabe

contextualizar que os profissionais de enfermagem se destacam entre aqueles da área que estão mais suscetíveis ao desenvolvimento do estresse (PINTO *et al.*, 2017).

No contexto da pandemia de covid-19, foi realizada uma pesquisa sobre a percepção do sofrimento mental entre enfermeiros, pelo Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo – COREN, no mês de setembro/2021. Participaram 10.329 profissionais: enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. Desses profissionais, 62,1 % relataram ter problemas de saúde mental relacionados ao trabalho desde o início da pandemia, e 43,9 % dos participantes sentiram que os próprios sintomas aumentaram durante a pandemia (COREN, 2021).

Os dados mencionados acima corroboram o interesse no presente tema, estresse, principalmente no período pandêmico da covid-19, com novas variantes, no qual a sociedade brasileira está imersa, principalmente os profissionais de enfermagem. Como relevância para o desenvolvimento do presente estudo, verifica-se a necessidade de aprofundamento e de compreensão teórica de um tema que, embora se apresente como um problema socialmente vivido por milhares de profissionais de enfermagem ao longo da história, vem recebendo uma atenção por parte das pesquisas científicas, nesse contexto de pandemia da covid-19. Vêm ocorrendo discussões relacionadas à saúde mental do trabalhador, pois o estresse crônico e a elevada carga física e mental tendem a se perpetuar ao longo do tempo, em decorrência da pandemia da covid-19.

Nesse cenário pandêmico a atenção está na doença em si, e não nos transtornos mentais que dela possam surgir. No entanto, a covid-19 trouxe a necessidade de se pensar sobre as questões de saúde mental. A esse fato se acrescenta o estudo do estresse em uma perspectiva psicossocial, em que é apreendido a partir de suas manifestações e juntamente com as estratégias para o seu enfrentamento. Interessa, aqui, estudar as representações sociais de estresse em um momento de pandemia, dada a importância da temática.

As RS, como postula Moscovici (2012, p. 27), podem significar ao mesmo tempo: ideia, imagem e objeto, e “[...] uma representação é sempre de alguém e ao mesmo tempo representação de alguma coisa”. Diante do exposto, neste contexto da pandemia da covid-19 decidiu-se investigar o estresse e suas representações sociais pelos profissionais de enfermagem.

Cada vez mais, profissionais da saúde, principalmente na saúde coletiva e na enfermagem, têm se valido do referencial teórico das representações sociais em suas pesquisas e, com alguma frequência, associando-se a psicólogos sociais, constituindo equipes multidisciplinares. Na enfermagem, em especial, o paradigma das representações sociais tem

despertado crescente interesse e vem sendo consistentemente explorado. Interessantemente, os próprios enfermeiros têm constituído também um objeto privilegiado para os estudos em representações sociais (SÁ, 1998, p. 38).

Assim, pergunta-se sobre a existência de representações sociais em relação ao estresse por esses profissionais e qual tipo de relação pode-se estabelecer entre tal representação e seu acontecimento, considerando o aspecto da funcionalidade prática da representação social. Neste sentido, o objeto de estudo desta pesquisa é o estresse. Para Sá (1998, p. 23), “[...] a construção do objeto de pesquisa é um processo pelo qual o fenômeno de representação social é simplificado e tornado compreensível pela teoria, para a finalidade de pesquisa. A construção do objeto de pesquisa é o processo pelo qual essas questões são previamente analisadas e as soluções pertinentes são delineadas” (SÁ, 1998). O autor acrescenta que, obviamente, quando se decide realizar um estudo em representações sociais, o que se pretende pesquisar é algum fenômeno que esteja presente na sociedade, nos grupos, para os sujeitos.

É importante estudar as estratégias de enfrentamento, visto que a forma como os fatores estressantes atingirão as pessoas dependerão das habilidades desenvolvidas para o domínio e o enfrentamento das situações de estresse e adaptação aos agentes estressores. É importante ressaltar que, neste contexto pandêmico, os agentes estressores podem estar relacionados a muitas variáveis, desde ao aumento no número de internações e atendimentos diários nos hospitais, escassez de materiais, óbitos inesperados, disseminação do vírus (coronavírus), até ao uso de equipamentos de proteção, entres outras.

Segundo Chamon (2006), as estratégias de enfrentamento são relacionadas a fatores situacionais, que a estratégia de uma pessoa pode mudar, dependendo do momento e da situação considerada estressante.

Conforme Pizzato (2007), diante de uma situação estressante o indivíduo tende a responder a elas, enfrentando-as ou adaptando-se a elas, sendo necessária uma estruturação e/ou reestruturação do sujeito.

Segundo Ramos-Toescher (2020), há necessidade de pesquisas sobre os impactos da pandemia da covid-19 na saúde mental dos profissionais de enfermagem, uma vez que a utilização do conhecimento e a experiência prévia de situações semelhantes auxiliam no direcionamento de ações e recursos efetivos empregados no enfrentamento ao estresse.

O estresse, ao qual os profissionais de saúde estão submetidos, causa diversos danos, que acabam repercutindo no paciente, considerando-se que se encontra comprometida a sua capacidade de decisão, de raciocínio, seus reflexos e sua serenidade. Além disso, esses

atributos continuam sendo cobrados pelos pacientes e seus familiares (MACHADO *et al.*, 2012).

O estresse está presente no cotidiano dos profissionais, e foi potencializado durante a pandemia, pois não é possível não ter contato com situações estressantes em momentos de periculosidade pertinentes a esse tipo de evento. Acredita-se que esse cenário pandêmico fez o estresse ficar disfuncional para os indivíduos, ou seja, fez as pessoas se distanciarem da realidade em que vivem. Tais mudanças foram rápidas e não previsíveis; conseqüentemente, houve pouco tempo para adaptação, fator este que contribui para o não enfrentamento positivo do estresse.

Segundo Moraes (2020), a pandemia de covid-19 introduziu grande quantidade de estressores populacionais que eram inexistentes em tempos de normalidade. Desencadeou pelo menos cinco fatores de estresse relacionados, tanto à própria pandemia, quanto ao enfrentamento: o pavor de se infectar, de infectar uma pessoa próxima ou de não poder receber tratamento médico; a queda na renda, resultando em redução de gastos; informações conflitantes ou imprecisas sobre a pandemia e sobre como lidar com ela; e, ausência de estratégias de saída da crise.

Sabe-se que o estresse é um problema de saúde pública, e que a dimensão social das mudanças na sociedade contemporânea foi agregada a seu caráter natural. No ambiente de trabalho, dependendo do tempo de permanência, da natureza e intensidade das relações que o indivíduo desenvolve, o estresse pode repercutir negativamente em sua saúde física e mental (COSTA; MARTINS, 2011).

Dessa forma, o intuito foi investigar quais fatores desencadeadores de estresse e quais estratégias usadas pelo grupo pesquisado permitem a identificação do estresse, e apreender fatores intervenientes na saúde mental dos trabalhadores, para que seja possível auxiliar na construção de conhecimento sobre esse tema, no momento pandêmico da covid-19.

Isso denota o dinamismo das representações sociais e sua potencialidade para criar e transformar a realidade social. Assim, conhecer as Representações Sociais (RS) do estresse em um momento pandêmico significa entender como os sujeitos apreendem essa realidade e como lidam com ela.

1.5 Organização da Dissertação

A introdução subdivide-se em subitens relacionados ao panorama do contexto pandêmico e ao interesse de estudo do pesquisador: Delineamento da pesquisa, Problema a

ser estudado, Objetivo Geral, Objetivos Específicos, Delimitação do Estudo, Relevância do Estudo/Justificativa e Organização da Dissertação.

Na Revisão de Literatura, descreve-se a fundamentação teórica da pesquisa, considerando os aspectos relacionados com estresse, pandemia da covid-19, relações de trabalho, estresse no período de pandemia em profissionais de enfermagem, e os pressupostos da Teoria das Representações Sociais.

A metodologia subdivide-se em quatro subseções: População e amostra, Instrumentos de Pesquisa, Procedimentos para Coleta de Dados e Procedimentos para Análise dos Dados.

Na sequência são apresentadas os Resultados, a Discussão e as considerações finais. O texto encerra-se com a listagem das referências bibliográficas e a autorização do comitê de ética.

2 PANDEMIA, ESTRESSE E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Neste capítulo são apresentadas seções que discutem teoricamente a pandemia da covid-19, contextualizando suas fases e os profissionais de enfermagem, bem como as repercussões nas relações de trabalho. Aborda-se também o estresse nesse período pandêmico e, por fim, a Teoria das Representações Sociais.

2.1 Pandemia da covid-19: conceitos e características gerais

Pandemia, palavra de origem grega, foi usada pela primeira vez por Platão, para referir-se a um acontecimento passível de afetar toda a população grega. Atualmente, refere-se a evento de grande proporção que se espalha rapidamente em vários lugares e países (BRASIL, 2019). Especificamente, significa alastramento de qualquer doença infecciosa por diversas cidades, países e até mais de um continente, passando a infectar milhões de pessoas. Trata-se de doença que começa com uma pessoa e chega a infectar milhares de pessoas (BRASIL, 2020).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) classifica a pandemia como disseminação mundial de uma nova doença. O vocábulo é utilizado quando há um grande surto de doença que possa atingir uma região e se espalhar pelo continente, passando de pessoa para pessoa. Normalmente são acionadas por doenças virais, para as quais não existem medicamentos e demandam algum tempo para que seja descoberta uma vacina eficaz, que possa trazer a imunização para todos e, assim, acabar com a transmissão (BRASIL, 2019).

Quando há uma pandemia, a OMS procura trazer declarações para que não haja alarde, mas isso torna impossível, pois essas declarações estão relacionadas à gravidade da doença e à preocupação com a intensidade em que ocorrem casos nas distribuições geográficas, indicando a manifestação em toda a população mundial e denotando o elevado risco de infecção. Atualmente, com a rapidez de deslocamento entre as pessoas, infecta-se mais rapidamente e, em vários países em um tempo muito curto. Como exemplos, a influenza H1N1, que em 2009 causou uma pandemia em menos de seis meses, e agora o covid-19 (BRASIL, 2020).

Em 31 de dezembro de 2019, na China, precisamente na cidade de Wuhan, surgiu um novo vírus com capacidade de infectar humanos, uma versão “atualizada” dos vírus pertencentes à família dos coronavírus, que são responsáveis por causar infecções respiratórias. Os primeiros coronavírus que infectaram humanos foram descobertos por volta de 1965. Foram denominados coronavírus por terem semelhança com uma coroa. Os

portadores do vírus desenvolveram a doença denominada covid-19. O vírus SARS-COV-19 foi então reconhecido como o agente etiológico causador da covid-19, doença que não contava (inicialmente) com imunização por meio do desenvolvimento de uma vacina humana, o que desencadeou um enorme aumento da patologia, que se espalhou pelo mundo, causando uma grande pandemia (BRASIL, 2020).

De acordo com Cestari (2021), o estado de São Paulo e o estado do Rio de Janeiro foram os mais afetados no Sudeste. O Ceará, no Nordeste, confirmou 195.298 mil casos até o dia 13 de agosto de 2020. Dentre esses casos, 66,3% eram de residentes em Fortaleza, a capital do Estado. No dia 20 de outubro de 2022, o Estado de São Paulo registrou um total de 6.170.605 de casos e 175.941 mil óbitos. Já no Rio de Janeiro, um total de 2.590.500 casos e no Ceará com 1.389.409 casos. Em todo território brasileiro, foi registrado 34.999.495 casos de covid-19, com 688.907 mil óbitos e uma letalidade de 2% (BOLETIM COVID-19, 2022).

A vigilância epidemiológica de Infecção pelo novo coronavírus em humanos é realizada por meio de informações de países infectados consolidadas pela OMS, e com isso, novas evidências técnicas e científicas são publicadas. Desse modo, o Guia de Vigilância Epidemiológica é composto conforme os planos existentes para notificação, registro, investigação, manejo e aplicação de medidas preventivas, de acordo com o conhecimento acumulado sobre os vírus similares ao do novo coronavírus, além de Planos de vigilância de síndrome gripal e de síndrome respiratória aguda grave (MACEDO *et al.*, 2020).

A covid-19 apresenta um curso clínico heterogêneo. Uma parcela dos pacientes apresenta-se assintomática, e outra parcela apresenta uma evolução clínica classificada como leve/moderada ou severa, que irá variar conforme a gravidade do comprometimento clínico. É uma doença altamente transmissível entre seres humanos. Os pacientes acometidos apresentam, além dos sintomas de um resfriado comum, febre, mal-estar, tosse seca, mialgia, apatia, perda total ou parcial do olfato, diminuição ou perda ou alteração do paladar, doença respiratória aguda, por vezes com necessidade de ventilação mecânica invasiva, e doença renal crônica. Mesmo a pneumonia sendo o sinal clínico inicial da covid-19, o que permitiu a detecção de casos, atualmente existem muitos relatos de infecções assintomáticas e sintomas gastrointestinais, principalmente em crianças (BRASIL, 2019).

Estimativas apontam que cerca de 80% dos acometidos pela covid-19 desenvolvem a doença na forma leve; 14% de pessoas, na forma grave; e 5%, na forma crítica. A mortalidade é muito maior nos infectados com a doença na forma grave, em pacientes idosos e que apresentam comorbidades, e a taxa de mortalidade varia de 2 a 3% (MACEDO *et al.*, 2020).

No Brasil, o primeiro caso do novo coronavírus foi identificado no dia 26 de fevereiro de 2020, e o primeiro óbito, no dia 17 de março de 2020. Um mês depois, o Brasil passou de 2.000 óbitos e já contava com 33.682 casos positivos para a covid-19. Em 14 de maio de 2020, registraram-se 202.918 casos e 13.993 óbitos (AMAZONAS, 2020). No estado do Amazonas, Manaus foi a cidade brasileira mais afetada pelo vírus, devido às elevadas taxas de incidência e mortalidade, em maio de 2020, entrando em colapso também o sistema funerário. No final de dezembro de 2020, uma nova onda de casos trouxe colapso ao sistema municipal de saúde, devido à falta de leitos de enfermagem, UTI e oxigênio (BARRETO *et al.*, 2021).

Enquanto no período de abril a dezembro de 2020 foram notificadas 3.380 mortes por covid-19, em Manaus, em janeiro de 2021, foram notificados 2.195 óbitos, evidenciando uma nova onda de covid-19. Em 14 de janeiro de 2021, dezenas de pacientes morreram asfixiados, devido à falta de oxigênio na rede pública hospitalar de Manaus. O Ministério da Saúde e o governo do Amazonas acompanhavam o aumento do número de casos, mas não tomaram medidas eficazes, principalmente suporte de materiais e medicamentos. Os conflitos das medidas políticas e a baixa aderência às medidas não farmacológicas para controle da covid-19 apontam o aumento de casos na cidade de Manaus. Tal fato pode ter contribuído para origem de novas variantes no Amazonas, devido à probabilidade de maior transmissão de novas mutações do vírus (ALBUQUERQUE *et al.*, 2021).

Segundo dados do Ministério da Saúde, em outubro de 2021 o Brasil somou 22 milhões de pessoas contaminadas, registrando mais de 600 mil mortes. A região sudeste que registrou 9 milhões de pessoas contaminadas, foi a região brasileira com o maior número de óbitos totalizando 281 mil (BRASIL, 2020). Cabe salientar que, no Brasil, em outubro de 2021, os estados mais afetados, com novos casos e óbitos, foram: São Paulo (54.286 casos/4.315 óbitos), Ceará (21.077 casos/1.413 óbitos), Rio de Janeiro (19.467 casos/2.247 óbitos), Amazonas (17.181 casos/1.235 óbitos), Pernambuco (15.588 casos/1.298 óbitos) e Pará (10.867 casos/1.063 óbitos). Totalizaram, portanto, 68% dos casos confirmados e representaram 83% dos óbitos no Brasil (RIBOLI; ARTHUR; MANTOVANI, 2020).

No Quadro 1, apresenta-se a distribuição do número de casos e mortes relacionadas à covid-19 no Mundo e no Brasil, dados atualizados no dia 3 de março de 2023.

Quadro 1 – Distribuição do número de casos e mortes no Brasil

Local	Total de casos	Mortes
Mundo	675.907.736	6.876.811
Brasil	37.076.053	699.263
São Paulo	6.472.919	179.057
Minas Gerais	4.094.015	64.519
Paraná	2.867.453	45.760
Rio Grande do Sul	2.909.726	41.555
Rio de Janeiro	2.705.998	76.534
Santa Catarina	1.893.248	22.430
Goiás	1.738.946	27.594
Bahia	1.708.438	30.805
Ceará	1.389.409	28.013
Espírito Santo	1.222.727	14.839
Pernambuco	1.073.768	22.437
Pará	847.964	18.901
Distrito Federal	846.064	11.832
Mato Grosso	833.547	14.964
Paraíba	659.23	10.417
Amazonas	622.026	14.377
Mato Grosso do Sul	582.739	10.848
Rio Grande do Norte	558.590	8.485
Maranhão	475.899	11.000
Rondônia	458.232	7.363
Piauí	405.152	7.960
Tocantins	345.000	4.208
Sergipe	343.363	6.444

Fonte: Dados estatísticos do coronavírus (covid-19).

Em relação à mortalidade, cabe destacar que a estimativa precisa dos óbitos por covid-19 é um grande desafio para a vigilância da pandemia, principalmente em países de baixa e média renda e/ou cidades onde a letalidade da doença está se agravando e o acesso aos serviços de saúde é limitado. É mais difícil para a população socialmente desfavorecida obter isolamento efetivo, quando infectada pelo vírus, pois vive em domicílios densamente povoados e em instáveis condições de saúde pública, o que favorece a disseminação da doença (ANDRADE, 2020).

No Brasil, os desafios são ainda maiores, pois pouco se sabe sobre as características de transmissão da covid-19 em meio a grandes desigualdades sociais, e a população vive em condições instáveis de moradia e saneamento, sem acesso regular à água e em densa superlotação. A falta de conhecimento científico sobre a covid-19, sua alta velocidade de propagação e sua capacidade de causar mortes em populações vulneráveis, gera incerteza sobre as melhores estratégias a serem implementadas para enfrentar a pandemia em diferentes partes do mundo (WERNECK; CARVALHO, 2020).

De acordo com Liu *et al.*, (2020), o controle desta pandemia tem sido um grande desafio, e refletir sobre como lidar com este problema de saúde pública é uma questão fundamental que deve ser discutida por todos os países, bem como estratégias para controle dessa infecção devem ser postas em prática. Mas cabe destacar que, segundo informações apresentadas pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), nas últimas quatro semanas, a contar do dia 20/11/2022, ocorreu aumento de casos por infecções em todo o país.

Para melhor compreensão da evolução da pandemia no Brasil, o Boletim do Observatório covid-19, da Fiocruz (2020), divulgou as seis fases da pandemia. Na primeira fase (transmissibilidade para cidades menores - fevereiro a maio/2020), foi declarada Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) (Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020 Ministério da Saúde), estabelecendo o Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública para Infecção Humana pelo Novo Coronavírus (COE-nCoV) como mecanismo nacional da gestão coordenada da resposta à emergência com funções de planejamento, organização, coordenação, articulação com os gestores estaduais, distritais e municipais do SUS, e divulgação à população de informações relativas à pandemia. Foram dados os primeiros e importantes passos para o monitoramento e vigilância da pandemia. Nessa fase, havia longas filas para admissão na unidade de terapia intensiva (UTI) e altas taxas de óbito, por falha ou acesso tardio a tratamentos de alta complexidade, mesmo após o aumento significativo de leitos/covid-19, por exemplo, e abertura de vários hospitais de campanha no país. Entre abril e maio, o primeiro colapso grave do sistema de saúde do país ocorreu em Manaus, único município, na Amazônia, capaz de oferecer atendimento hospitalar de alta complexidade (FIOCRUZ, 2020).

Na segunda fase, correspondente à primeira onda e à transmissão simultânea no país (junho a agosto/2020), houve o declínio contínuo das medidas de distanciamento físico, seguida de um aumento gradual de casos, testes positivos, internações e mortes se estabilizando em um nível alto. Esse período caracterizou-se sobretudo por uma elevada mortalidade, com cerca de mil mortes diariamente. Nessa fase também começou a ser

observado o aumento no número de casos e óbitos entre gestantes, forte indício de que a covid-19 não era apenas a causa direta da morte, mas também indireta, porque criava barreiras para a assistência ao ciclo gravídico-puerperal (FIOCRUZ, 2020).

Já na terceira fase, considerada o período de transição (setembro a novembro/2020), houve menos casos e mortes, na medida em que os governos estaduais e municipais implementaram medidas de distanciamento físico e social e o uso de máscaras. O número de casos voltou a aumentar em novembro, com o maior impacto na ocupação de leitos de UTI concentrado nas regiões Sul e Centro-Oeste. Embora com variações espaciais, com alguns estados e municípios experimentando, em alguns períodos, maiores números de casos, internações, taxas de ocupação de leitos de UTI e óbitos, na maior parte de 2020 a idade média de internações em UTI foi superior a 60 anos, e a idade média de óbitos esteve sempre acima desse patamar, afetando principalmente os idosos, exceto aqueles com comorbidades. Esse fato foi decisivo para priorizar esses grupos para a aplicação da primeira dose da vacina contra a covid-19, uma vez aprovada (FIOCRUZ, 2020).

Na quarta fase (dezembro/2020 a junho/2021), uma segunda onda de transmissão começou no verão e coincidiu com o período de férias, acompanhada de um relaxamento das restrições de mobilidade, principalmente em dezembro de 2020. Nesse contexto, houve um rápido crescimento e prevalência da variante Gama, que atingiu seu pico em abril de 2021, com taxas de casos e óbitos de março a junho, atingindo picos de até 3.000 mortes por dia (média móvel). Essa fase foi caracterizada pelo colapso do sistema de saúde e pelo surgimento de crises sanitárias locais, incluindo falta de suprimentos de equipamentos para a unidade de terapia intensiva e exaustão da equipe de saúde. Em 17 de janeiro de 2021, teve início no Brasil a campanha de vacinação contra a covid-19, mas com número reduzido de doses (6,2 milhões), chegando a março com volume de doses suficiente para acelerar o processo de vacinação (27,5 milhões). O avanço, porém, não impediu o rápido crescimento, e houve grande número de casos, internações e óbitos, bem como a crise e o colapso do sistema de saúde, entre março e junho de 2021 (FIOCRUZ, 2020).

Na quinta fase (julho a novembro/2021), aconteceu a vacinação e, com isso, os impactos positivos, pois foi uma época em que o número de pacientes, casos graves e mortes diminuíram. Nesse período, à medida que a variante Delta cresceu e se tornou dominante, foi possível verificar a eficácia da vacinação na redução da transmissão e principalmente da gravidade dos casos de covid-19, o que resultou em diminuição das taxas de ocupação dos leitos de UTI. A queda na taxa de positividade do teste também sinaliza menor transmissão do vírus Sars-CoV-2, em decorrência da vacinação, que atingiu 20% da população com duas

dosagens. Em setembro, com 40% da população elegível vacinada, o Brasil atingiu a média de 500 mortes por dia. E em novembro, quando 60% da população já havia sido vacinada, a média diária de óbitos girava em torno de 250 (FIOCRUZ, 2020).

Na sexta fase (dezembro/2021 a janeiro/2022), uma nova onda de transmissão começou, em dezembro de 2021, coincidindo com a época das festividades de fim de ano e o relaxamento das medidas restritivas de mobilidade e a introdução da variante Ômicron no País. Essa fase foi também marcada por um surto do vírus influenza A em vários municípios, o que levou a um aumento dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), bem como a uma interrupção de várias semanas na coleta de dados pela vigilância sanitária, o que comprometeu a monitorização e a análise da situação.

Segundo os pesquisadores do Observatório Fiocruz covid-19, há fortes especulações sobre o momento da pandemia que o país vive e se a pandemia está próxima do fim. Embora as vacinas tenham impossibilitado que as internações e as mortes aumentassem na mesma proporção que os casos, o aumento repentino do número de pacientes inevitavelmente aumenta a demanda por serviços de saúde, o que afeta também a utilização de leitos de terapia intensiva. De acordo com o cenário, a frequência de hospitalização entre os idosos é maior do que entre os adultos. No entanto, as hospitalizações entre crianças estão aumentando em um ritmo preocupante. Com as últimas vacinações começando em 2022, as crianças são agora o grupo mais vulnerável (FIOCRUZ, 2020).

É importante mencionar que todos os vírus, incluindo o SARS-CoV-2, que causa a covid-19, mudam com o tempo, e a maioria das mudanças tem pouco ou nenhum resultado nas propriedades do vírus. No entanto, algumas modificações podem afetar as propriedades do vírus, como a facilidade com que ele se alastra, a gravidade das doenças relacionadas ao vírus ou a eficácia da vacina (WHO, 2022).

A OMS monitora e avalia a evolução do SARS-CoV-2 desde janeiro de 2020. No final de 2020, o surgimento de variantes representou um maior problema de saúde global. Problemas de saúde levaram à designação de Variantes Específicas de Interesse (VOIs) e Variantes de Preocupação (VOCs) para priorizar a vigilância e a investigação globais e, em última instância, os relatórios, para notificar a resposta contínua à pandemia de covid-19 (WHO, 2022).

Uma variante do SARS-CoV-2, que atende à definição de variantes de interesse, demonstrou, por meio de avaliação, estar associada a alterações de um grau de importância para a saúde pública global: está relacionada ao aumento da transmissibilidade ou alterações prejudiciais na epidemiologia do covid-19, ao aumento da virulência ou alteração na

apresentação clínica da doença e à diminuição da eficácia das medidas ou diagnósticos de controle de saúde pública, vacinas e tratamentos disponíveis (WHO, 2022).

Em setembro de 2022, a variante dominante de preocupação na circulação global é a variante Ômicron, que apresenta um grande número de mutações, algumas das quais provavelmente relacionadas à evasão imunológica e ao aumento da transmissibilidade. É composto por diversas linhas de transmissão, tais como: BA.1; BA.2; BA.2.12.1; BA.2.75; BA.4 e BA.5 (ANVISA, 2022).

A OMS enfatiza que essas cepas descendentes devem ser monitoradas como cepas separadas pelas chefias de saúde pública, e que avaliações comparativas de suas características virais devem ser cumpridas. Conforme orientação descritas na nota técnica nº 16/2022, publicada no dia 12/11/2022, pelo Ministério da Saúde, referente a um alerta acerca do aumento do número de casos de covid-19 e circulação de novas linhagens da Variante de Preocupação (VOC) Ômicron, com ênfase nas sublinhagens BQ.1, BA.5.3.1, menciona que:

A BQ.1 é uma sublinhagem de BA.5, ambas são descendentes da VOC Ômicron e carregam mutações na proteína Spike. A partir da semana epidemiológica 40 (3 a 9 de outubro/2022), a BQ.1 tem prevalência de 6% e já foi detectada em pelo menos 65 países. Embora não haja dados sobre gravidade ou escape imunológico de estudos em humanos, a BQ.1 está mostrando uma vantagem de crescimento significativa sobre outras sublinhagens da VOC Ômicron circulantes em muitos locais, incluindo Europa e Estados Unidos da América, e, portanto, merece monitoramento rigoroso. É provável que essas mutações adicionais tenham conferido uma vantagem de escape imunológico sobre outras sublinhagens circulantes de Ômicron e, portanto, um risco maior de reinfeção é uma possibilidade que precisa de mais investigação. Neste momento, não há dados epidemiológicos que sugiram um aumento na gravidade da doença. O impacto das alterações imunológicas observadas no escape da vacina ainda não foi estabelecido (nota técnica nº 16/2022, pág. 4).

A variante Ômicron do vírus SARS-CoV-2 (B.1.1.529), foi detectada na África do Sul, foi considerada preocupante pela OMS desde 26/11/2021. Alastrou-se e, em meados de janeiro, já era a cepa predominante no planeta, ocasionando aumento no número de casos de covid-19. No Brasil, provocou um novo surto da pandemia, interrompendo o movimento de queda no número de casos e mortes por (BUTANTAN, 2022).

A Ômicron tem mais de 30 mutações na proteína Spike, que tem a função de transportar o vírus SARS-CoV-2 no corpo humano. Algumas dessas mutações estão associadas à possibilidade de evasão imune humoral e aumento da transmissibilidade. Além disso, infecta os tecidos do trato respiratório superior mais rapidamente do que os pulmões, o que também facilita sua disseminação. Como em muitos casos o Ômicron provoca doenças leves, isso pode resultar em uma taxa de detecção mais baixa e, conseqüentemente, contribuir

mais para a transmissão. A subvariante BA.2, anunciada há pouco tempo pela OMS, é ainda mais infecciosa, e prova ser tão grave quanto o Ômicron original (BUTANTAN, 2022).

No subitem 2.2 são apresentadas informações referentes aos profissionais de enfermagem, contextualizando a importância do papel da enfermagem na linha de frente no combate à covid-19. São apresentadas, também, informações sobre o número de profissionais infectados e de mortes decorrentes da contaminação pelo vírus da covid-19.

2.2 Profissionais de enfermagem e sua relação com a covid-19

Com o surgimento e a disseminação do coronavírus, responsável pela pandemia do covid-19, cabe destacar que se observou grande preocupação das organizações empenhadas em monitorar a rápida infecção de milhares de pessoas pelo novo vírus. A rápida infecção de milhares de pessoas em todo o mundo denotou a ausência de tempo hábil para planejar estratégias de enfrentamento à doença, principalmente em pacientes considerados de risco, devido a doenças crônicas transmissíveis ou não transmissíveis, bem como em indivíduos com idade avançada (SOUZA, 2021).

Neste contexto, Nesello *et al.* (2022) observaram que o quadro clínico de pacientes com diagnóstico de doenças crônicas, multifatoriais, respiratórias e cardíacas, apresentava prognósticos prejudiciais, quando infectados pelo novo coronavírus. A presença elevada de algumas substâncias como ferritina, interleucina (IL-6), desidrogenase láctica e D-dímero atrelados a coagulopatias desencadeavam trombozes e distúrbios microvasculares.

Por conseguinte, Mascarello *et al.* (2021) denotam que, dentre os pacientes infectados por covid-19 admitidos em hospitais, a migração da enfermagem para a UTI se deu devido à presença de hipertensão e de doenças cérebro-cardiovasculares, o que demonstrou o impacto negativo da afecção no contexto de internação do paciente.

Mediante este cenário de caos na saúde pública, cabe destacar que os profissionais de enfermagem foram a linha de frente para a assistência aos pacientes infectados, observando que os fatores de estresse que integram as suas atribuições no cotidiano se demonstraram elevadas. Isso devido ao medo de infectar-se, de transmitir a doença a sua família. Adoecimento de profissionais e aumento da sobrecarga de trabalho, devido aos afastamentos, ocupação total de leitos e ausência de recursos materiais para preservar a vida dos pacientes foram esses os motivos que tornaram evidente o estresse, no período pandêmico (COSTA, 2021).

Costa (2021) realizou um estudo com 309 profissionais da área da saúde que atuaram durante a pandemia, e 289 deles disseram ter sofrido com mudanças na rotina de trabalho,

dentre as quais: estresse no trabalho, instabilidade emocional, instabilidade financeira, horas de sono insuficientes e sobrecarga de trabalho. Silva *et al.* (2022, p. 239) pontuam que:

As condições de trabalho da equipe de enfermagem incluem extensas jornadas, ritmo intenso, desvalorização profissional, conflitos interpessoais, entre outros fatores desencadeantes de desgastes físicos e psíquicos. Estas condições são potencializadas durante a pandemia pelo número de pessoas infectadas e pela escassez de EPIs adequados, situações que elevam os desgastes devido ao medo de infectar-se ou de transmitir o vírus aos entes queridos (SILVA *et al.*, 2022, p. 239).

Salienta-se que, mediante pesquisa realizada entre maio e junho de 2020, 738 enfermeiros vieram a óbito, em decorrência da covid-19, e havia registros de 55.898 casos positivos, de acordo com o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), principalmente pela ausência dos equipamentos de proteção individual (MACHADO, LOPES; ALVES, 2022).

Mendonça *et al.* (2021) citam, ainda como agravante, a não adequação dos enfermeiros para o uso de equipamentos de proteção individual (EPI), visto que muitos profissionais não o utilizavam corretamente. Ressalta-se que a utilização de máscaras, óculos, aventais, protetores faciais não faziam parte do cotidiano desses trabalhadores.

O adoecimento mental dos profissionais de enfermagem tornou-se recorrente, visto que as condições de trabalho a que estavam expostos não atendiam aos padrões de segurança para prevenção de contaminação pelo vírus. Silva *et al.* (2022), mediante a realização de um estudo transversal com 101 enfermeiros, utilizando ferramentas midiáticas, observou que a pressão oriunda da rotina de trabalho apresentou-se como maior motivação para o adoecimento dos profissionais. No quadro 2 são apresentados os fatores que contribuíram para o adoecimento dos profissionais de enfermagem.

Quadro 2 – Fatores que contribuíram para o adoecimento mental dos profissionais de enfermagem

*Respostas	N (%)
Pressão da rotina de trabalho	83 (77,6)
Baixa remuneração	76 (71,0)
Exercer a atividade em mais de um local de trabalho	70 (65,4)
Condições precárias para o exercício da profissão	70 (65,4)
Elevada carga de trabalho	67 (62,6)

Fonte: SILVA *et al.* (2022, p. 238).

Diante da Quadro apresentado, se observa que as condições de trabalho no período pandêmico denotaram insuficiência de recursos físicos, materiais e humanos, sobrecarregando os profissionais que se mostravam aptos e saudáveis para realizar a assistência, tais fatores

representaram a mudança de comportamento em virtude da presença constante de agentes estressores que levaram muitos enfermeiros a exaustão comprometendo sua atuação profissional dentro âmbito hospitalar (MACHADO, LOPES; ALVES, 2022).

Os profissionais de enfermagem buscam há tempo por reconhecimento e valorização, por salários justos e condições de trabalho mais dignas e, na pandemia da covid-19, ficou evidente a necessidade de se atender as reivindicações anteriores (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

No contexto pandêmico, foi exigido situações de trabalho adequadas, Equipamentos de Proteção Individual (EPI) em qualidade e quantidade suficientes para prestar assistência segura aos pacientes. Essas reivindicações visam valorizar o trabalho dos profissionais, que aproveitaram o momento para uma maior visibilidade, reivindicando a regulamentação das 30 horas e do piso salarial (FORTES; PIRES, 2020).

Entendemos que a enfermagem desempenha um papel fundamental na promoção a saúde, e no que tange a prevenção, a recuperação e a reabilitação do indivíduo, nos diversos níveis de atenção à saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Em 2020, comemora-se o bicentenário de nascimento de Florence Nightingale, pioneira e fundadora da enfermagem moderna.

A Enfermagem, tal como a conhecemos, foi inventada em um momento de crise, por Florence Nightingale (1820-1910) durante a guerra da Criméia (1853-1856), onde o Império Russo lutou contra a Aliança Anglo-Franco-Sarda pelo domínio do Mar Negro em terras do Império Otomano (atual Turquia). A partir de conhecimentos adquiridos com as Irmãs de Caridade que atuavam em instituições de auxílio aos pobres e doentes na Alemanha, Florence recrutou e treinou 38 enfermeiras voluntárias para cuidar dos feridos da guerra e organizou o hospital de campanha. Tais cuidados salvaram a vida de soldados feridos levando Florence a ser reconhecida como heroína na Inglaterra, sendo a única mulher condecorada pela Rainha Vitória (WIGGERS; DONOSO, 2020, p.2).

Florence Nightingale fez muitas contribuições para a saúde especialmente quando se trata de higiene e saneamento básico. Destacam-se as ações de isolamento de pacientes, o uso de métodos estatísticos de análise e planejamento de saúde, bem como a representação terapêutica da alimentação higiene, saneamento, higienização das mãos e ventilação, para prevenção da propagação de doenças (DAVID *et al.*, 2021).

O ano em que se comemorou o bicentenário de Florence Nightingale foi marcado pela maior crise global de saúde de nosso tempo, a doença do novo coronavírus que causou a doença covid-19. Em meio a um cenário de pandemia, os profissionais de enfermagem foram e são constantemente elogiados pela população, pelo empenho em trabalhar na linha de frente no combate ao coronavírus. Inúmeros foram os tipos de eventos, como os famosos

"panelaços" e palmas feitos nas janelas de casas e moradias, que foram anunciados pela mídia como uma motivação para aqueles que foram considerados super-heróis (MENDES *et al.*, 2022).

Diante desses desdobramentos, o Conselho Regional de Enfermagem de Alagoas (COREN / AL, 2020, s.p) declarou: "Nem anjo, nem herói. Somos profissionais, Somos Enfermagem". Com base nesse lema, os profissionais foram convidados a partilhar com os seus colegas e com a sociedade, por meio de vídeos que eles próprios gravaram, comentários sobre as mudanças no seu cotidiano, em nível pessoal e profissional, durante o período da pandemia. O objetivo da campanha foi notificar o público sobre as rotinas da profissão e demonstrar que, apesar de todas as dificuldades que ocorreram durante esse tempo, a enfermagem continuou comprometida com o seu trabalho (COREN-AL, 2020).

Muitas vezes, os profissionais são vistos como ANJOS ou como HERÓIS, e ainda querem nos fazer acreditar que somos desunidos. Mas não é assim que nos sentimos quando estamos trabalhando em equipe. Também não nos sentimos heróis ou anjos quando chegamos em casa com medo de estar contaminados e contaminar quem a gente mais ama. Agradecemos os aplausos, sabemos que somos dignos deles, mas também queremos dignidade e condições de trabalho (COREN-AL, 2020, s.p, grifo do autor)

No período da pandemia da covid-19, observou-se que a linha de frente dos hospitais foi formada pela equipe da enfermagem. Os trabalhadores prepararam-se para o atendimento, uniformizados, paramentados, para realizar um trabalho árduo, em todos os setores, como exemplos, pronto socorro e unidade de terapia intensiva. No início da pandemia, em março de 2020, foi lançada uma campanha pelos profissionais da saúde, conforme apresentado na Figura 2, que se caracterizou pela frase "Nós estamos aqui por você! Fique em casa por nós! A iniciativa, que surgiu no exterior a partir de postagens de médicos e enfermeiras segurando cartazes com o escrito "*we stay here for you, please stay home for us*", foi reproduzida em várias unidades de saúde, onde os enfermeiros seguravam letreiros com frases semelhantes (BEGNINI *et al.*, 2021).

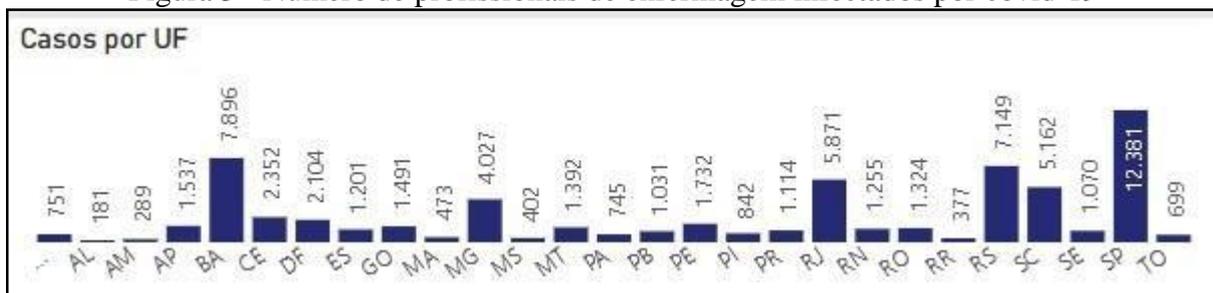
Figura 2 - Profissionais de saúde divulgam fotos e frases para incentivar as pessoas a ficarem em casa



Fonte: <https://g1.globo.com/ba/bahia/noticia/2020/03/21/profissionais-da-saude-da-bahia-fazem-apelo-nas-redes-sociais-fique-em-casa-por-nos.ghtml>

A partir das ocorrências envolvendo os profissionais de enfermagem e a pandemia da covid-19, o Conselho Federal de Enfermagem, por meio do observatório da enfermagem, começou a divulgar *online* (site) as informações relacionadas aos profissionais de enfermagem, a partir das notificações realizadas pelos hospitais em todo o Brasil. Na Figura 3, observa-se a distribuição do número de profissionais infectados (OBSERVATÓRIO DA ENFERMAGEM - COFEN, 2023).

Figura 3 - Número de profissionais de enfermagem infectados por covid-19



Fonte: Observatório da Enfermagem, dados atualizados 08/01/2023.

Na Figura 3, observa-se que os maiores números de casos estão concentrados nas regiões sudeste e nordeste, em estados com aeroportos internacionais que tiveram um importante papel na entrada e disseminação da covid-19, destacando-se São Paulo, Bahia e Rio de Janeiro, onde estão as maiores populações do Brasil e onde ocorre um intenso fluxo de turistas estrangeiros (KERR *et al.*, 2020).

Constata-se que o número de casos é alarmante e que os profissionais de enfermagem fazem parte do grupo de risco, pelo fato de a categoria estar na linha de frente, suscetíveis a fatores que contribuem para o aumento da vulnerabilidade: a sobrecarga de trabalho, falta de equipamentos de proteção individual, ambientes insalubres, sofrimento psicológico, cansaço, salários baixos, falta de capacitação em relação aos protocolos de paramentação e desparamentação (SILVA *et al.*, 2020).

Entre os profissionais da linha de frente no atendimento aos pacientes com covid-19, o maior contingente é o da enfermagem, pois a maior parte de seu trabalho envolve o contato direto com os pacientes, o que torna esses profissionais mais vulneráveis à doença (BOLETIM PANDEMIA-COVID-19, 2020). A falta de equipamentos de proteção individual adequados, o aumento da jornada de trabalho, o cansaço físico e o estresse psicológico, a insuficiência e/ou omissão nas medidas de proteção e cuidados com a saúde desses profissionais são alguns dos fatores que ampliam esse risco (COFEN, 2020).

No Brasil não foi diferente: mais de 2 milhões de profissionais de enfermagem estão presentes diariamente nos serviços de saúde (COFEN, 2020) e atuam direta ou indiretamente na linha de frente da pandemia. Até o final de junho de 2021, as unidades de saúde haviam notificado mais de 57.000 casos suspeitos e confirmados e 817 mortes por covid-19. Segundo dados do COFEN, a taxa de letalidade é estimada em 2,57 % da enfermagem (OBSERVATÓRIO DA ENFERMAGEM - COFEN, 2021).

Conforme os dados divulgados pelo observatório da enfermagem, em 08/01/2023, observa-se, na Figura 4, mais de 64 mil casos reportados, 872 óbitos de profissionais de enfermagem e uma letalidade de 2,27%.

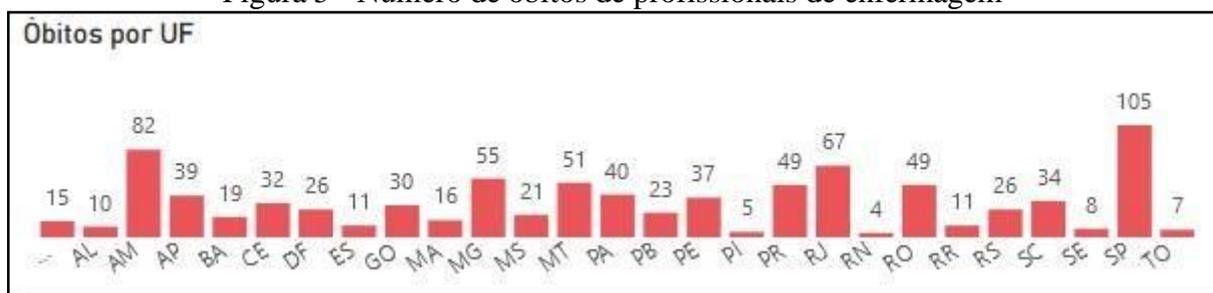
Figura 4 - Informações gerais sobre a covid-19 na enfermagem

Grupo Situação	Confirmado	Não Confirmado	Suspeita	Total
Quarentena	35.471	7.560	17.220	60.251
Falecido	833		39	872
Internado	318		241	559
Total	36.622	7.560	17.500	64.848

Fonte: Observatório da Enfermagem, dados atualizados 08/01/2023.

Na Figura 5, que apresenta os números de óbitos por estado da Federação, observa-se a prevalência de óbitos no Estado de São Paulo.

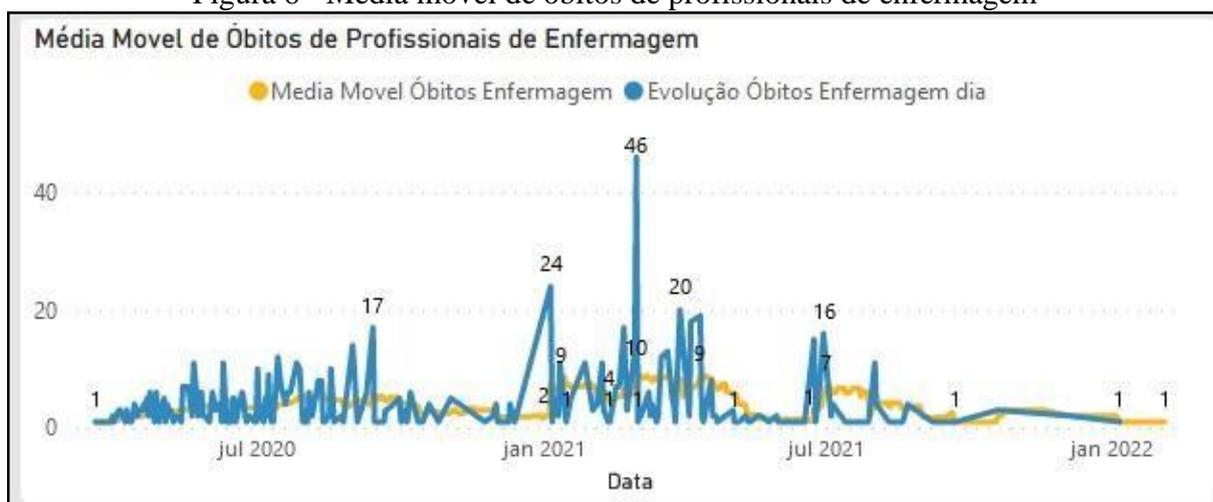
Figura 5 - Número de óbitos de profissionais de enfermagem



Fonte: Observatório da Enfermagem, dados atualizados 08/01/2023.

Já na Figura 6, observa-se uma elevação considerável na média móvel de óbitos de profissionais de enfermagem, precisamente em 3/3/2021 (N=46).

Figura 6 - Média móvel de óbitos de profissionais de enfermagem



Fonte: Observatório da Enfermagem, dados atualizados 08/01/2023.

Segundo o Conselho Federal de Enfermagem, o número de mortes de enfermeiros, técnicos e auxiliares diminuiu, em abril/2021, em todo o país, embora março tenha sido o terceiro mês com mais mortes desde o início da pandemia, com 83 profissionais mortos, perdendo para abril e maio do ano passado (2020). Abril registrou uma redução de 71 % no número de óbitos entre esses profissionais, com 24 casos.

De acordo com Walkirio Almeida, membro do comitê de crise da covid-19 do COFEN e chefe da divisão de Gerenciamento da prática Profissional de enfermagem, o motivo da queda nas mortes foi a cobertura vacinal.

Consideramos que o principal fator para essa queda foi a questão da vacinação, da priorização que foi feita em relação aos profissionais de saúde, em especial aos de enfermagem. A vacina tem sido o principal fator de proteção e tem contribuído de maneira bem forte na redução não só do número de mortes, mas do próprio número de casos desses profissionais (COFEN, 2021, s.p.).

Walkirio Almeida cita fatores secundários que também podem ter contribuído para a redução do número de mortes.

O país já não enfrenta mais o que enfrentou no ano passado, até julho, que era a questão da carência de oferta desses Equipamentos de Proteção Individual (EPIs). Foi um momento muito difícil. Além disso, os profissionais estão mais habituados com uso desses equipamentos. Em especial, o momento de retirada desses EPIs era o mais crítico, porque pode haver contaminação, tem que ter cuidado para não se infectar — explica o enfermeiro. — Depois de um ano da pandemia, esses profissionais conhecem melhor a doença, o comportamento do vírus, e conseguem, a partir daí, desenvolver barreiras de proteção (COFEN, 2021, s.p.).

Desta forma, percebe-se que os profissionais de enfermagem que atuam na linha de frente ficaram ainda mais suscetíveis à contaminação, o que resultou em milhares de afastamentos e óbitos em decorrência da covid-19. Cabe mencionar que, no início da pandemia, nos meses de março e abril/2020, o COFEN recebeu milhares de denúncias sobre “A falta de equipamentos de proteção, além do assédio para que ele não seja usado para evitar assustar a população atendida” (COFEN, 2020).

Diante dos desafios, observamos que os profissionais enfermeiros também se relacionam com a dificuldade de integrar na prática os diversos protocolos criados pela descoberta do coronavírus, como o uso de EPI durante toda a jornada de trabalho, o que dificulta o contato com o paciente e o manuseio de tecnologias (MENDES *et al.*, 2022).

A pandemia atingiu de uma forma geral todos os trabalhadores da saúde atuantes na linha de frente:

O Brasil conta hoje com um robusto sistema de saúde, o SUS, com mais de 200 mil estabelecimentos de saúde, sejam ambulatoriais ou hospitalares; com mais de 430 mil leitos e emprega diretamente mais de 3.500.000 profissionais e trabalhadores da saúde, sendo eles médicos, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, odontólogos, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, etc., bem como um contingente imenso de força de trabalho de nível técnico e auxiliar especializada em: enfermagem, laboratório e análises clínicas, em radiologia, Socorristas, Condutores de ambulâncias, Maqueiros, Agentes Comunitários de Saúde, Agentes de Endemias, Agentes indígenas de Saúde, entre outros. Na linha de apoio, gerência e administração encontram-se outro enorme contingente, que engloba trabalhadores da administração, da recepção, da infraestrutura de limpeza e higiene, da segurança dos ambientes de trabalho. Também inclui a força de trabalho que se ocupa de enterrar nossos mortos vítimas da pandemia: estamos falando dos sepultadores. Pela essencialidade de cada segmento profissional na assistência e cuidados em saúde, esses trabalhadores estão atuando nos 5.570 municípios das cinco regiões do país (MACHADO; CARVALHO; CAMPOS, 2020, p. 284).

Portanto, entende-se que a covid-19, percorreu todos os trabalhadores da saúde, pois o enfrentamento da pandemia se fez por uma equipe interdisciplinar e multiprofissional. Compreendemos que é preciso levar em consideração que os números de casos e óbitos ocorridos podem ser superiores aos registrados, devido a possível subnotificação, bem como a falta de confirmação de casos por falta de testagem em massa pelos profissionais de saúde, principalmente a equipe de enfermagem (COFEN, 2022).

Diante de todo o contexto apresentado no que se refere as intercorrências causadas pela pandemia da covid-19, a alta transmissibilidade, o isolamento social, os índices de mortes, entre outros, também houve as dificuldades nas relações de trabalho, entre empregado e empregador, nesse cenário caótico, a pandemia atingiu o meio trabalhista, seja na área da saúde ou geral, desde o início da pandemia, com a implementação de decretos e/ou medidas provisórias. A seguir, são apresentadas as relações de trabalho no decorrer da pandemia da covid-19 aos trabalhadores de uma forma geral.

2.5 O impacto da pandemia da covid-19 nas relações de trabalho

No Brasil, em 26 de fevereiro de 2020, foi registrada a primeira infecção por coronavírus em um homem de 60 anos residente em São Paulo que viajou para a Itália entre 9 e 21 de fevereiro do mesmo ano. No entanto, é importante observar que a primeira vítima relatada do novo coronavírus foi uma empregada doméstica do Rio de Janeiro que contraiu o vírus de um empregador que veio da Itália (GOMES, 2020).

Desde o registro do primeiro caso, com o objetivo de controlar a contaminação e, conseqüentemente, a taxa de mortalidade causada pelo vírus no país, foram publicados decretos estaduais e municipais de acordo com as diretrizes da OMS, mas, com o avanço da doença o país teve que iniciar o isolamento social, o que levou à suspensão total ou parcial de

alguns serviços, conforme postulado por decretos estaduais e municipais, que se baseavam em suas especificidades (SILVA, 2020).

Mas, ao contrário da maioria dos governantes internacionais, bem como dos governos estaduais e municipais no Brasil, o chefe do executivo federal, o presidente Jair Messias Bolsonaro, começou a fazer discursos contrários à política brasileira “[...] determinações de prevenção da proliferação do vírus feitas por autoridades e órgãos competentes” (SILVA, 2020a, p. 71).

O negacionismo professado por Bolsonaro durante semanas fez com que o governo brasileiro tenha sido o último a anunciar medidas econômicas de apoio às famílias, após até das anunciadas por Donald Trump, nos Estados Unidos. Todos os países estão concretizando-as e ainda estamos em um ritmo muito lento para dar uma assistência real à população mais vulnerável aos efeitos da crise, mesmo que o Congresso Nacional tenha aprovado com celeridade a Lei da Renda Básica. (DINO, 2020, p. 66).

Nesse contexto, enquanto as autoridades internacionais adotavam as recomendações da OMS, o chefe do Executivo Brasileiro, na contramão, adotava um discurso negacionista, minimizando a crise sanitária e incentivando o fim do isolamento social. Vê-se que as ações do presidente da República e de seus apoiadores diante da pandemia do covid-19 têm desvendado a perversidade da necropolítica, que considera a economia em posição mais importante do que a vida da população brasileira, que seria composta por pessoas descartáveis (SOUSA, 2021).

Nesse sentido, vale observar a caracterização geral do bolsonarismo, destacando a violência com que esse projeto foi implementado no País. Diante disso, não é de se estranhar que, em razão de suas bases organizadas, sobretudo as milícias reais e digitais, alguns analistas já estejam utilizando a noção de “fascismo”, a fim de caracterizar o governo no período da pandemia. Interpretar o fascismo como um movimento político capaz de mobilizar paixões violentas de destruição do outro supõe analisar o processo de desumanização do “inimigo”, revelando suas raízes sociais e ideológicas (BRAGA, 2020).

No contexto da pandemia do novo coronavírus, as classes trabalhadoras, em particular, enfrentaram duramente seus efeitos, tanto do ponto de vista da saúde com grande número de infectados e óbitos, quanto em relação às instáveis condições de trabalho e desemprego nas periferias das cidades brasileiras. A crise sanitária aprofundou as crises econômicas e políticas existentes no País e atravessou as políticas sociais com estruturas afiadas e violentas (TARDELLI; BRISOLA; SUAVE, 2020). O trabalho não registrado não tem proteção nem direito. Somando-se a essa precariedade já comum, a proibição de aglomerações, para conter

o vírus, impactava aqueles cuja renda dependia delas, agravando ainda mais a situação desses assalariados (TARDELLI; BRISOLA; SUAVE, 2020).

A compensação do governo para essa situação caótica foi o auxílio emergencial no valor de 600 reais aos trabalhadores informais. Na prática, isso não melhorou a situação socioeconômica dos trabalhadores, porque nas áreas externas e na comunidade a possibilidade encontrada pela população é a auto-organização baseada na solidariedade, criando uma rede que inclui uma comunidade bairros, associações, sindicatos, movimentos sociais e organizações virtuais, para coletar vários produtos básicos para a sobrevivência dessa população. No entanto, tais ações são insuficientes para atender às necessidades sociais e econômicas pré-existentes, e crises de saúde exacerbadas, como a fome (TARDELLI; BRISOLA; SUAVE, 2020).

De acordo com a Confederação Nacional das Indústrias (2020), o maior impacto decorrido da pandemia se deu em virtude da queda da receita. Tal fato está agregado a outros fatores, tais como: mão de obra, devido aos afastamentos, novas formas de organização do trabalho (*home office*), dificuldade na logística de insumos, bem como enfrentamentos de dificuldades para obtenção de crédito. Os desafios expostos durante o período de pandemia não foram apenas sanitários, mas também políticos, éticos, socioeconômicos, culturais, científicos, de maneira que foram agravados significativamente pelas desigualdades entre países, por exemplo em questões estruturais.

O conceito de vulnerabilidade manifesta-se em muitos fatores, não exatamente devido à falta ou acesso inseguro à renda, mas também associado à vulnerabilidade, aos vínculos afetivos e ao acesso desigual a bens e serviços públicos (SCHNEIDER *et al.*, 2020).

Nessa condição de pandemia, observou-se que a mídia tem papel fortíssimo e insubstituível no contexto da transmissão de informações e que tem deixado explícita a necessidade de segmentar e personalizar a comunicação de risco, de acordo com o público ouvinte. Ao comunicar riscos, também é importante considerar que as mensagens precisam ser acessíveis nos meios de comunicação mais utilizados pelo público-alvo, sejam *on-line* ou *off-line*. A disseminação em massa de dados e as velozes mudanças no aspecto científico da doença e seu impacto na vida cotidiana exigem muito das pessoas que trabalham com dados (BAWDEN; ROBINSON, 2009).

O desejo de cura e libertação de uma doença que tem amedrontado a população estimula a busca por estratégias alternativas de prevenção e tratamento, e aumenta a busca por dados e telejornais que possam trazer esperança ou otimismo. Por outro lado, é preciso

promover o estudo de conteúdos que possam provocar desinformação, pavor e tensão na população (SOUSA JUNIOR *et al.*, 2020).

Salienta-se que o uso das mídias sociais se tornou uma estratégia de comunicação que transmite em tempo real justamente com o objetivo de colaborar com a circulação de dados e informações durante o avanço da pandemia. Isso decorre das recomendações feitas na atual pandemia de covid-19, que destacou o uso generalizado de tecnologia da informação de ponta para aumentar a conscientização sobre um evento específico como uma abordagem fundamental para enfrentar a crise. Mas também há muita desinformação circulando nas redes sociais, o que aumenta a preocupação em relação à doença (BANERJEE, 2020).

Além dos aspectos já citados, o isolamento social, dentre as formas de prevenção da doença, provocou, de acordo com Medeiros *et al.* (2020), mudança na rotina, impedimento de realizar atividades corriqueiras sem restrições. Os pais que não trabalham em serviços essenciais e os filhos, salvo em situações emergenciais ou de necessidade, ficaram o tempo todo dentro de casa. Os avós, ligados emocionalmente a seus netos, ficaram afastados de uma possível convivência mais próxima, devido ao risco da transmissão e à propagação do vírus. Tudo isso causou considerável preocupação.

Grande parte da população brasileira apoiou e participou de movimentos de isolamento social para prevenir a covid-19, trabalhando em conjunto para diminuir a curva de contágio no País. As pessoas suspeitas de ter covid-19 podem evoluir sintomas de transtorno obsessivo-compulsivo, como verificar a temperatura repetidamente, o que pode provocar muitos distúrbios mentais. Estudos sugerem que o medo de contrair um vírus potencialmente fatal e de rápida disseminação, cujas origens, natureza e curso ainda são pouco conhecidos, acaba afetando o bem-estar psicológico de muitas pessoas (ASMUNDSON; TAYLOR, 2020).

Entre os estudos de base populacional realizados até o momento, sobre os efeitos na saúde mental diante da pandemia do novo coronavírus, destaca-se o de Wang *et al.* (2020), com a população em geral, na China, incluindo 1.210 participantes em 194 cidades, durante o estágio inicial da pandemia. Esse estudo encontrou sintomas moderados a graves de ansiedade, depressão e estresse em 28,8 %, 16,5 % e 8,1 % dos entrevistados, respectivamente.

Além disso, 75,2 % dos entrevistados disseram temer que seus familiares contraíssem a doença. Ser mulher, estudante e ter sintomas físicos relacionados à covid-19, ou problemas de saúde anteriores, foram significativamente associados a níveis mais altos de ansiedade, depressão e estresse. Por outro lado, receber informações precisas sobre a situação local da

doença e as formas de prevenção e tratamento foram fatores significativamente associados a menores níveis de ansiedade, depressão e estresse (WANG *et al.*, 2020).

Esses sintomas de depressão, ansiedade e estresse, diante da pandemia, têm sido identificados, não só na população em geral (WANG *et al.*, 2020), mas também, em particular, entre os profissionais de saúde. Esses profissionais são os que, diferentemente de grande parte da população que estava em isolamento ou distanciamento social, devido ao controle do coronavírus, estiveram e estão na linha de frente do atendimento de alto risco, porque o vírus se espalhou de forma intensa e amplamente em todo o mundo (ANDRADE, 2020). Os corpos dos profissionais de saúde tornaram-se números, como afirmou um profissional em entrevista sobre seu trabalho: “Hoje somos números, agora nossos números de registro foram substituídos por número de lápides” (G1, 2020, s.p.). Além do cuidado com o corpo alheio, o trabalho em saúde, principalmente para quem está em contato direto com as pessoas, é permeado pelo uso do corpo.

Bezerra *et al.* (2020) observam que o profissional da saúde está diariamente exposto a condições de trabalho instáveis, num ambiente caracterizado pela falta de segurança e de infraestruturas inadequadas, e pelos riscos que daí decorrem. Isso influi em altos níveis de exaustão, doenças físicas e psicológicas, má qualidade de vida e cuidados com a saúde. Essas situações são mais usuais entre os profissionais que atuam na linha de frente, no combate à covid-19, cumprindo longas jornadas de trabalho e sujeitos a inquietações com a saúde dos pacientes e com a falta de EPI.

Humerez *et al.* (2020) especificam que as competências atribuídas aos enfermeiros e a sua equipe, para realizar os procedimentos com precaução e com menor risco de contaminação, com a pandemia estão relacionados à disseminação de informações seguras e relevantes. Com o objetivo de reduzir os riscos de contaminação e estresse no ambiente de trabalho em que atuam, buscam detectar e avaliar casos suspeitos, colaborando na vigilância epidemiológica e nas medidas de controle, informando e cuidando de pacientes em seu leito, durante o horário de trabalho.

Estresse, ansiedade, depressão e síndrome de burnout são alguns dos prejuízos que podem ser causados pelo medo e insegurança que se observa atualmente. Em outros países, onde a pandemia já atingiu o pico e se estabilizou, os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros, já apresentam acometimentos (DAL’BOSCO *et al.*, 2020).

No Brasil, profissionais de saúde de diversas especialidades, como os psicólogos, disponibilizaram-se a acolher e prestar auxílio para àqueles que, diante das situações adversas trazidas pela pandemia, têm sido psicologicamente afetados (FARO *et al.*, 2020). Porém,

diferentemente de crises semelhantes ocorridas no passado, atualmente, com a utilização em massa de redes sociais e com o acesso facilitado pela internet, o contato com as outras pessoas não é limitado. Utilizam-se WhatsApp, Instagram e vários outros aplicativos de vídeo e voz que permitem o contato com os familiares e amigos que ficaram fisicamente distantes.

Além disso, vale ressaltar que esses canais contribuíram também como meio de propagação de notícias e informações, mantendo as pessoas atualizadas e cientes sobre a necessidade do isolamento social. Pesquisas apontam que houve um aumento significativo do consumo de internet e do tempo em que as pessoas ficaram conectadas em redes sociais. Uma das mídias com maior crescimento foram as *lives*, que podem abranger diferentes temas, desde jogos até exercícios físicos (FARO *et al.*, 2020).

O trabalho mais uma vez se mostra de suma importância na vida das pessoas, como meio de crescimento, realização pessoal ou como sobrevivência. Pode ser compreendido como organizador da vida social, pois estabelece caminhos para as conquistas culturais, sociais e econômicas, elevando assim o status dos indivíduos; no entanto, também pode causar sofrimento, desequilíbrio físico e mental, como dor e frustração, principalmente em um momento difícil como foi o da pandemia da covid-19 (ALVES; GODOY, 2001; REZENDE, 2003).

Podemos trazer como impacto positivo a Medida Provisória (MP) nº 936, de 2020, que dispôs sobre Programa Emergencial de Manutenção do Emprego e da Renda e que se propôs a diminuição da carga horária e, conseqüentemente, dos salários, para um período determinado de no máximo 90 dias. Tal medida favoreceu, no momento crítico da pandemia, a preservação do emprego. Cabe destacar que essa medida prevaleceu para os funcionários de empresas privadas, salientando-se que, durante a pandemia, os mais afetados foram os trabalhadores informais não favorecidos pela MP (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DA INDÚSTRIA, 2020).

No entanto, as medidas tomadas pelo Governo não foram suficientes para assegurar os direitos a funcionários das empresas privadas, visto que as perdas de rendimento salarial denotaram um impacto negativo, sendo necessárias políticas públicas de emprego mais sólidas, para que o trabalhador não fosse prejudicado. Nesse contexto, a crise econômica vivenciada em função do coronavírus dependeu de políticas públicas que pudessem de fato favorecer a manutenção dos postos de trabalho, sem prejuízos ao trabalhador quanto aos direitos assegurados pelas leis trabalhistas, o que de fato, pelo longo período pandêmico, não ocorreu (BROOKS *et al.*, 2020).

A covid-19 passou a ser um problema de saúde pública. Os estilos de vida das pessoas mudaram, e um dos motivos da transição foi a diminuição das interações profissionais (home office) ou sociais (família, amigos), em decorrência do necessário distanciamento físico, para evitar a propagação do vírus (BROOKS *et al.*, 2020).

É reconhecida a responsabilidade dos profissionais de saúde no atendimento aos pacientes durante a pandemia de covid-19. Em seus testemunhos, alegaram: sobrecarga de tarefas, pressões e demandas impostas pelos novos fluxos de trabalho e supervalorização das incompetências tecnológicas na gestão empresarial de pessoas e materiais (LUDWIG *et al.*, 2021).

Nessa circunstância, as condições de trabalho tornaram-se insalubres, a ponto de ferir a dignidade do trabalhador, caracterizando uma prática laboral incompatível com a qualidade de vida (ALVES; GODOY, 2001). Quando abordamos o trabalho, podemos relacioná-lo às condições ambientais e à política de clima de trabalho, o que pode ocasionar uma sequência de agravantes para a integridade da saúde do trabalhador (REIS *et al.*, 2003).

Uma pesquisa realizada pela FIOCRUZ, em meados de março de 2021, trouxe uma preocupação com os profissionais de saúde que estavam enfrentando a pandemia da covid-19 há mais de um ano na linha de frente: os profissionais de saúde estavam exaustos, e esse esgotamento decorreu, não apenas da proximidade da alta morbimortalidade entre pacientes, colegas e familiares, mas também das mudanças significativas que a epidemia causou em seu bem-estar pessoal e em suas vidas profissionais (LEONEL, 2021).

De acordo com as “[...] condições de trabalho dos trabalhadores da saúde no contexto da covid-19”, em todo o território nacional a pandemia mudou significativamente a vida de 95% desses trabalhadores. Os dados também revelam que quase 50% admitiram estar sobrecarregados durante esta crise global de saúde, com jornada de trabalho superiores a 40 horas semanais e uma alta proporção (45%) deles necessitando de mais de um emprego para sobreviver (LEONEL, 2021).

Os dados da pesquisa mostram que 43,2% dos profissionais de saúde se sentiram inseguros, e principal motivo para 23% deles foi a falta, a escassez e o uso indevido de EPI. Os participantes do estudo também relataram um pavor geral de infecção no trabalho, falta de estrutura adequada para as atividades e procedimentos de tratamento hospitalar ineficientes (FIOCRUZ, 2021).

Martins *et al.* (2012, p.2968) afirmam que “[...] a qualidade de vida está relacionada ao funcionamento físico, mental, social e ao desempenho de papéis e, inclui ainda habilidades de satisfação com a vida”. Na área da saúde, o maior número de profissionais concentra-se na

enfermagem, sendo importante ressaltar seu trabalho como de grande valia para a saúde da população. Assim, é necessário possibilitar condições de qualidade de vida no trabalho que assegure a integridade física e mental desses profissionais (SENTO SÉ *et al.*, 2017).

Cabe ressaltar que o objeto de trabalho do profissional de enfermagem é o ser humano, dotado de emoções, que mostra medo, angústia, dor e que pode morrer durante o exercício da profissão. Esses sentimentos causam sobrecarga psicológica nos profissionais, com o aparecimento de cansaço e estresse nocivo no cotidiano laboral, agravado pelos escassos recursos físicos, pessoais e materiais das instituições hospitalares (ALMEIDA *et al.*, 2016).

Nesta seção, entendemos que a pandemia da covid-19 trouxe graves impactos aos trabalhadores, de uma forma geral, principalmente aos trabalhadores da área da saúde. Nesse cenário de pandemia, os profissionais da saúde que, ao contrário da população, que estava em isolamento ou distanciamento social, estavam à frente, nos atendimentos nos hospitais, com alto risco de contaminação e de transmitir o vírus aos seus familiares, independentemente das medidas aplicadas nas relações trabalhistas pelo Governo.

Podemos destacar que os profissionais da enfermagem, enfrentaram em 2020 e 2021, uma sobrecarga muito forte de trabalho, por causa do aumento de tarefas, de atendimentos diários e de pressões oriundas da nova metodologia de trabalho executada diretamente na assistência de enfermagem aos pacientes com covid-19. Vale lembrar que a sistemática de trabalho constantemente sofria modificações, devido a atualizações imposta pelos órgãos sanitários, relacionadas ao fluxo de trabalho. Isso, de fato, foi um fator preponderante, em relação à saúde mental de cada trabalhador. E, por fim, cabe lembrar que a implementação de melhorias nas condições de trabalho dos profissionais repercute positivamente no serviço prestado e no bem-estar geral dos pacientes.

No próximo subitem, busca-se apresentar contextualizações sobre o estresse, desde seu conceito, sua origem e demais particularidades.

2.6 Estresse: Conceitos, Origem e Evolução

O estresse não é uma temática apenas inerente ao mundo contemporâneo. Desde a pré-história se observava que os indivíduos sofriam exaustão devido ao trabalho realizado, devido à demanda de trabalho e a fatores como medo, fome, frio e doenças. Sempre se observou que muitas pessoas desenvolvem desequilíbrios, do ponto de vista biológico e psicológico, atualmente denominado estresse (SILVA; GOULART; GUIDO, 2018).

Silva, Goulart e Guido (2018) relatam que, a priori, a física e a engenharia foram as ciências responsáveis por estudar o estresse, tendo em vista que a sua causa se originava de

forças que atuavam sobre a resistência; portanto, seria possível a observância da carga que poderia ser suportada antes que danos fossem causados.

Cabe destacar que Hipócrates (470-377 a.C.) já demonstrara interesse em pesquisar sobre o estresse, contudo a primeira definição ocorreu em 1929, com o estudo de Cannon, um fisiologista que, ao conceituar sobre a homeostase, passou a compreender de forma mais clara interação atribuída a díade corpo-mente (OLIVEIRA, 2006).

Oliveira (2006) aponta que a homeostase está atrelada à autorregulação de diversos sistemas presentes no organismo humano, que, mediante problemas que causam desequilíbrio interno, busca formas de retomar o equilíbrio, antes da ação de agentes causadores.

Boff e Oliveira (2021) afirmam que o estresse não pode ser generalizado como oriundo do esgotamento físico ou emocional, pois também pode ser uma reação de defesa do organismo frente a uma situação que demanda esforços demasiados.

O estresse físico e emocional compreende uma das situações mais recorrentes, na sociedade moderna, com uma reação ofensiva causada pela redistribuição de fontes de energia do organismo. Para tanto, embora se mostre como mecanismo de defesa, o prolongamento das situações estressoras é passível de causar danos para o indivíduo (BOFF; OLIVEIRA, 2021).

O estresse pode ser causado por ansiedade e depressão, devido a uma alteração repentina no estilo de vida que exige a tomada de medidas para resolver um problema ou crise que, se persistir por muito tempo, pode levar a um desequilíbrio permanente no indivíduo, gerando problemas físicos, distúrbios e sintomas psicológicos, que levam ao aparecimento de doenças psicossomáticas. Essas pressões podem gerar estresse a qualquer momento, na vida pessoal, social e profissional do indivíduo (PAFARO; DE MARTINO, 2004; MONTEIRO; FREITAS; RIBEIRO, 2007).

Silva, Goulart e Guido (2018) citam que muitas vezes o estresse é confundido com fadiga e cansaço; no entanto, tais sinônimos se distanciam de seu verdadeiro conceito. Boff e Goulart (2021, p. 2) conceituam o estresse como:

[...] um reflexo do esgotamento sofrido pelo organismo frente aos desafios da ambientação, situação em que os organismos vivos demonstram mudanças em resposta a estressores, e caso medidas de controle não sejam tomadas pode-se levar a deterioração física e psicológica (BOFF; GOULART, 2021, p. 2).

Nos séculos XVIII e XIX, alguns sinônimos foram utilizados para significar o estresse, dentre eles: força, tensão e esforço. Tais termos representavam o momento vivenciado pelo mundo, com o advento da Revolução Industrial, quando muitas pessoas migraram da atividade rural para exercer suas atividades laborais em fábricas, o que afetou drasticamente

as condições de vida da sociedade, em decorrência do desenvolvimento econômico (SILVA; GOULART; GUIDO, 2018).

No século XIX, observa-se a relação do estresse com o desequilíbrio causado por situações do ambiente externo. Contudo, somente no século XX a concepção interacionista recebeu ênfase, ao apontar que as causas do estresse estavam associadas a interação com o ambiente. A concepção biologicista, por conseguinte, associa o estresse a outras causas orgânicas, como transtornos mentais, doença oncológica, uso de entorpecentes, doenças crônicas, cardiopatias, dentre outras (BOFF; OLIVEIRA, 2021).

O estresse é uma resposta complexa do organismo, que envolve reações físicas, psicológicas, mentais e hormonais frente a qualquer evento que seja interpretado pela pessoa como desafiante. Nosso enfoque é na resposta do organismo a um estímulo mediado pela interpretação que lhe é dado. Esse estímulo, interpretado como desafiador, provoca uma quebra na homeostase do funcionamento interno que, por sua vez, cria uma necessidade de adaptação para preservar o bem-estar e a vida. A necessidade de adaptação exige a emissão de vários comportamentos adaptativos que se constituem na forma como a pessoa lida com o stress, ou seja, suas estratégias, adequadas ou não de enfrentamento. (LIPP; MALAGRIS, 2001 *apud* OLIVEIRA, 2020, p. 14).

Hoje, a palavra estresse é amplamente utilizada, tornou-se parte do senso comum. Seu conceito tem sido usado pela mídia para definir problemas que afetam as pessoas quando estão sob intensa pressão, no trabalho, em casa, na escola, enfim, em seu cotidiano. O uso indiscriminado do vocábulo traz alguma confusão sobre o seu verdadeiro significado (LIMA, 2005).

Mediante o contexto, observou-se que o estresse recebeu várias denominações e explicações, conforme pontos de vista diferenciados, como o biológico e o interacionista; no entanto, apresenta-se como uma doença com grande incidência no mundo contemporâneo, cujos resultados demonstram desfechos insatisfatórios, quando não diagnosticada e tratada de forma adequada (RUBACK *et al.*, 2018).

A literatura nacional e internacional não apresenta muitas pesquisas e estudos publicados especificamente sobre o estresse em um contexto teórico, o que implica dificuldades de se abordar a temática sem relacioná-la a doenças ocupacionais (SILVA; GOULART; GUIDO, 2018). Os trabalhos publicados, em sua maioria, tratam do estresse como uma das causas de estresse ocupacional, que desencadeia doenças como a Síndrome de Burnout. Portanto, há necessidade de um olhar mais atencioso sobre essa temática e realização de pesquisas voltadas de forma pontual sobre o estresse e suas manifestações (RUBACK *et al.*, 2018).

Hans Selye apresentou grandes contribuições, com seus estudos sobre o estresse, a partir da década de 30. Foi o primeiro a realizar um modelo experimental, que consistia em administrar em ratos hormônios sexuais, para observar as reações fisiológicas quando expostos a situações como intoxicação, excesso de exercícios, frio, dentre outras situações de desgaste (BOFF; OLIVEIRA, 2021).

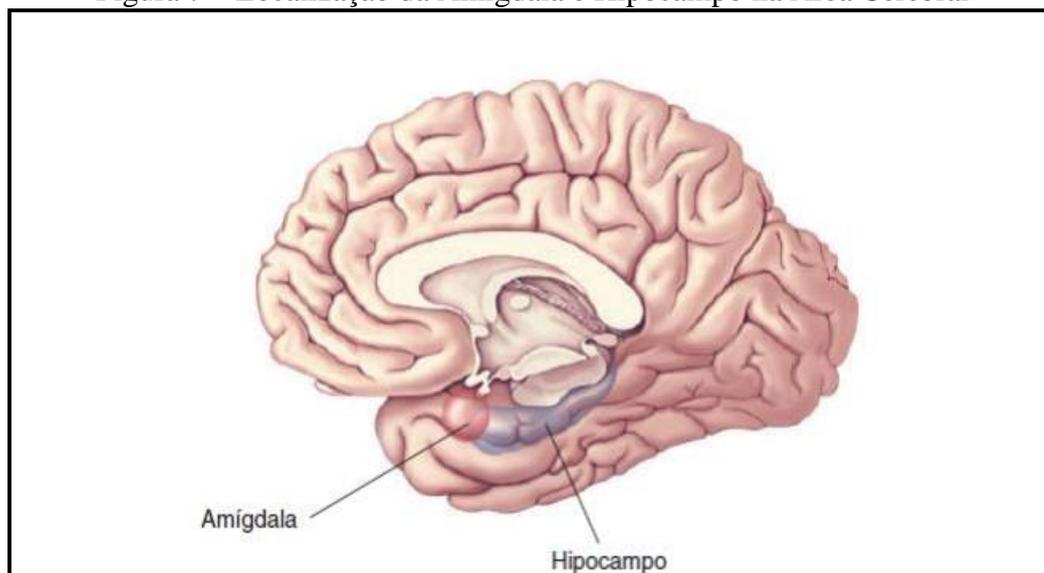
Os resultados obtidos demonstraram, mediante necropsia, que esses ratos apresentavam o desencadeamento de úlceras gástricas, bem como hipertrofia das glândulas adrenais e atrofia de órgãos linfoides. Essas reações resultaram de respostas orgânicas, identificadas como estresse, responsável por subsidiar a denominada Síndrome de Adaptação Geral (SAG) (BOFF; OLIVEIRA, 2021).

Mediante o exposto, Rocha *et al.* (2018) relatam que o estresse se dá quando o indivíduo fica exposto a um estímulo que ele identifica como nocivo, pois ocasiona desequilíbrio interno. Para tanto, quando o indivíduo entende que tem condições de enfrentar o agente gerador de estresse, a situação é minimizada. Em contrapartida, quando se sente fragilizado, passa a desenvolver o estresse. Não obstante, o enfrentamento de agentes estressores vai depender de fatores cognitivos, genéticos, e também de experiências anteriores.

O estresse, a priori, denota a função de motivar o indivíduo a buscar formas de superar os desafios do cotidiano. Essa função, denominada *eustress*, é um estresse originado por condições fisiológicas que se torna um elemento incentivador. Por conseguinte, quando o estresse causa patologias mentais e físicas, condicionado pelo mundo capitalista acerca da competitividade, e resulta em emoções negativas, denomina-se *distress* (BURLA *et al.*, 2018).

Sendo assim, com a presença de um agente estressor, emocional ou físico, que ao agir diretamente sobre o organismo ativa a amígdala, que compõe o sistema límbico, no contexto cerebral, e que está atrelada ao estímulo das emoções que se configuram em sinais bioquímicos. A Figura 7 ilustra a localização da amígdala, para entendimento do referido processo.

Figura 7 – Localização da Amígdala e Hipocampo na Área Cerebral



Fonte: BURLA *et al.* (2018).

Ressalta-se que, em situações que representam estresse, ocorre uma resposta denominada de neuronal da amígdala que desencadeia também a resposta hormonal do hipotálamo, levando a liberação de corticotropina motivando a hipófise para liberação subsequente de adrenocorticotrópico, ou seja, outro hormônio, sendo encaminhado diretamente na rede sanguínea. Esse processo incide na estimulação das glândulas adrenais responsável pela produção de cortisol que ao ser liberado denotará como estimulador do organismo ao estresse (ROCHA *et al.*, 2018).

Cabe salientar que, o sistema nervoso autônomo é estimulado pela ação do hipotálamo para que o organismo possa responder a situação de estresse, essa resposta poderá ser o enfrentamento dos agentes estressores, bem como, a fuga, originada por uma resposta endócrina e outra resposta nervosa (BURLA *et al.*, 2018).

Rocha *et al.* (2018) relatam que no caso do estresse físico, as dores sentidas pelo indivíduo advêm do centro do tronco cerebral em virtude do hipotálamo, visto que, o CRH é viabilizado para o denominado sistema porta-hipofisário, denotando a liberação de uma quantidade demasiada de cortisol no sangue.

No entanto, o estresse psicológico observa-se um aumento demasiado no funcionamento pertinente ao sistema límbico, principalmente na região que envolve o hipocampo e a amígdala propiciando estímulos ao hipotálamo, o cortisol liberado, então, atua de forma insatisfatória conduzindo a um desfecho negativo, conduzindo o indivíduo para o desequilíbrio psicológico devido a sua atuação sobre a pituitária e o hipotálamo. Neste

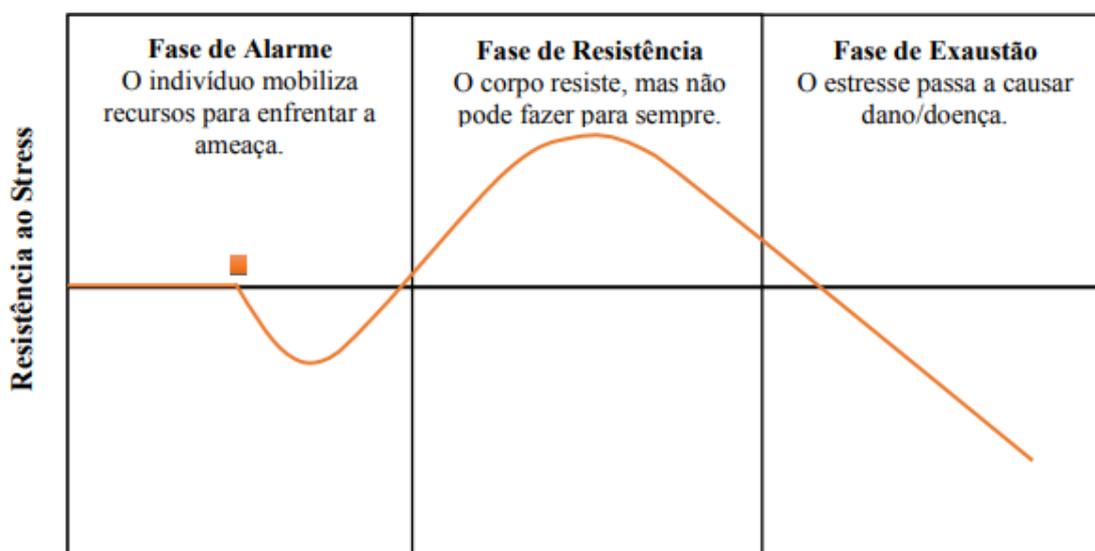
contexto, o cortisol se torna um inibidor para que o organismo possa reagir aos agentes estressores (BURLA *et al.*, 2018).

Partindo da premissa de que o estresse poderá ser desencadeado por fatores externos como situações de insalubridade, calor, frio, ambiente social ou contexto laboral, também poderá advir de fatores internos como sentimentos, como tristeza, alegria, medo dentre outras emoções, cabe salientar que o seu desenvolvimento se subdivide em fases (SANTI, 2014).

Ao retomar os estudos de Selye (1936), o indivíduo quando submetido a situações de estresse apresenta respostas fisiológicas, desta forma, o estudioso do assunto destacou a Síndrome de Adaptação Geral (SAG). Sendo assim, a SAG se divide em três fases, dentre as quais: fase de alarme, fase de resistência e fase de exaustão (SILVA; GOULART; GUIDO, 2018).

Pereira, Cavalcante e Albuquerque (2018) ilustraram essas fases tendo como subsídio o estudo de Selye, conforme se demonstra a Figura 8, relacionando a resistência ao stress ao tempo para desencadeamento de cada fase.

Figura 8 – Síndrome de Adaptação Geral (SAG)



Fonte: Pereira, Cavalcante e Albuquerque (2018, p.56).

A primeira fase, denominada de fase de alarme, compreende a etapa em que o indivíduo se depara com a situação de estresse e apresenta respostas fisiológicas, como a liberação de hormônios decorrentes do sistema endócrino, para enfrentamento do agente agressor (PEREIRA; CAVALCANTE; ALBUQUERQUE, 2018).

Por conseguinte, a segunda fase, denominada fase de resistência, consiste no período em que o organismo procura se adaptar à situação que causou o estresse. Contudo, essa fase

denota cuidados, visto que, quando essa etapa ocorre num período prolongado, pode causar o adoecimento do indivíduo e o desenvolvimento de afecções, como hipertensão arterial, asma, úlceras e baixa imunidade, o que o leva a entrar na fase subsequente (SILVA; GOULART; GUIDO, 2018).

A terceira fase consiste na exaustão, compreendida por exposição repetitiva, bem como prolongada, aos agentes agressores, que estimulam o organismo de forma. Esse processo causa a redução da imunidade do indivíduo, levando-o ao esgotamento energético, que resulta na exaustão. Nesta fase, se as situações de estresse permanecerem afetando o indivíduo, poderão causar sequelas irreversíveis, ou ainda, a morte (PEREIRA; CAVALCANTE; ALBUQUERQUE, 2018).

Neste contexto, Silva e Torres (2020, p. 4) para justificar esse processo, citam Lipp (2001, p. 13):

O organismo é atingido no plano biológico ou físico e no plano psicológico ou emocional. A pessoa é agredida de um modo geral, e cada indivíduo tem propensão para adoecer de acordo com o *locus de minor resistance*, isto é, o órgão-alvo de maior fragilidade, com a própria constituição e suas heranças genéticas (LIPP, 2001 *apud* SILVA; TORRES, 2020, p. 4).

Segundo Santi (2014), a fase de exaustão denota relevância devido à gravidade do quadro do indivíduo pela busca demasiada de enfrentamento aos agentes estressores. As doenças associadas são uma resposta do organismo, portanto é de suma relevância identificar os agentes estressores, para favorecer o equilíbrio e prevenir desfechos negativos.

Quanto ao entendimento sobre a causa do estresse, pode-se compreender que é decorrente da exposição do indivíduo a agentes estressores que influenciam seu organismo, podendo desencadear danos psicológicos, ou mesmo biológicos, assim como adoecimento e óbito (ROSA, 2016).

Os agentes estressores podem se originar de desgastes, esses desgastes advindos de reações psicológicas, físicas e comportamentais, conforme apresenta o Quadro 3.

Quadro 3 – Exemplos de reações do corpo humano e as suas consequências

DESGASTE	EXEMPLOS DE CONSEQUÊNCIAS ESPECÍFICAS
Reações Psicológicas	Raiva Ansiedade Frustração Insatisfação no Trabalho
Reações Físicas	Sintomas Físicos Tontura Dor de Cabeça Taquicardia Problemas Estomacais Câncer Doenças do Coração
Reações comportamentais	Acidentes Fumo Uso de Substâncias Rotatividade

Fonte: SPECTOR *apud* OLIVEIRA *et al.* (2014).

Cada indivíduo reage de forma ímpar às adversidades, como demonstrado na tabela. Das possíveis consequências, no entanto, o indivíduo pode externar apenas uma, ou até mais (OLIVEIRA *et al.*, 2014).

Rosa (2016, p. 14) ratifica a proposição supracitada ao apontar que:

[...] não existe uma causa determinante específica para os estados de estresse sendo muito variável de acordo com cada indivíduo e a sua maneira de interpretar e reagir as diversas situação dos quais é exposto diariamente, estando isso relacionado tanto a fatores afetivos, fisiológicos e comportamentais, além da própria capacidade do organismo de apresentar respostas as necessidades momentâneas que podem surgir (INOCENTE, 2007 *apud* ROSA, 2016, p. 14).

Zuardi (2014) explica que as respostas obtidas pelo organismo são proporcionais aos tipos de agentes estressores a que indivíduo está exposto. É necessário um olhar atencioso para os sinais de desequilíbrio que denotam os sintomas do estresse, com a finalidade de desencadear reações inibitórias e o organismo possa se imunizar-se e se tornar suscetível ao aparecimento de doenças associadas.

Assim como as consequências são únicas, de acordo com cada indivíduo, os sintomas de estresse também podem se diferenciar. Segundo Carvalho e Serafim (*apud* Oliveira *et al.*,

2014, p. 6), “[...] a vulnerabilidade psicológica varia, conseqüentemente, de acordo com a estrutura psíquica de cada indivíduo”.

Neste sentido, veja-se o Quadro 4, que apresenta os possíveis sintomas de estresse.

Quadro 4 – Sintomas de Estresse

Problemas físicos		
Músculos tensos ou rígidos	Vômitos	Perda ou ganho de peso
Bruxismo	Cansaço	Suores
Dores de cabeça devido à tensão	Fragilidade	Problemas estomacais
Sensação de asfixia	Tremores musculares	Náuseas
Erupções na pele	Hipertensão	Reações alérgicas
Menstruação dolorosa	Batimentos cardíacos rápidos ou irregulares	
Problemas psicológicos		
Pensamentos ansiosos	Raiva	Depressão
Dificuldades de memória	Fadiga	Pouca concentração
Ressentimento	Incapacidade de relaxar	
Problemas comportamentais		
Inquietação	Choro	Fuga de tarefas
Problemas para dormir	Punhos cerrados	Consumo de substâncias entorpecentes
Mudanças em hábitos alimentares	Temperamento agressivo	Fuga de relacionamentos

Fonte: STRAUB, *apud* TRENTIN; SOCZEK (2017, p. 3).

Portanto, os agentes estressores no ambiente de trabalho devem ser observados com a finalidade de não prejudicar as atividades da organização, pois o trabalhador que não está em condições de trabalho efetivamente gera prejuízos à organização, no que se refere à questão financeira e à questão produtiva (OLIVEIRA *et al.*, 2014).

Souza (1999) menciona que o corpo de uma pessoa, frente a uma reação de estresse, pode apresentar várias conseqüências, como demonstrado no Quadro 5.

Quadro 5 - Reação e consequências do estresse no corpo humano

Órgão	Efeitos
Cérebro	Constrói substâncias conhecidas como opiáceos, que causam o bem-estar e serotonina, que relaxa o corpo. Em caso de estresse, o cérebro reduz a produção de ambos. Como resultado, a pessoa fica irritada e, às vezes, com insônia.
Glândulas suprarrenais	Produzem adrenalina e noradrenalina, que despertam o corpo, e cortisol, que estimula os músculos. O excesso de cortisol reduz a resistência à infecção e pode levar à morte neuronal, envelhecimento cerebral e perda de memória.
Coração	A noradrenalina produzida pelas glândulas adrenais acelera os batimentos cardíacos, causa pressão alta e, se produzida por muito tempo, fará com que o músculo cardíaco trabalhe muito. Consequentemente, ocorrerá uma sobrecarga.
Pulmões	A tensão causa (aumento do processo respiratório) e, para quem sofre de asma, acentua as crises.
Pele	Estenose arterial periférica - a pele pode absorver menos água. O estresse constante faz com que esse tecido envelheça mais rápido.
Estômago	O cérebro diz ao estômago para produzir mais ácido e menos ácido estomacal. A acidez excessiva é combinada com uma diminuição na resistência da mucosa gástrica à infecção, o que provoca úlceras e gastrite.
Órgãos sexuais	Nas mulheres, o estresse reduz os níveis de progesterona, o que pode levar à diminuição da libido e a distúrbios que causam cólicas terríveis durante o período menstrual. Em homens e mulheres, os efeitos prejudicam o desempenho sexual, tanto em termos de ereção quanto no intumescimento da vagina, por constrição dos vasos sanguíneos sob um efeito simpático.

Fonte: Souza (1999) Volume 3, p. 2 - O estresse forte e o desgaste geral.

As reações e consequências do estresse para o corpo humano causam um importante desgaste geral. Isso porque o estresse é uma resposta fisiológica cujo resultado imediato é a liberação de hormônios que desencadeiam o processo de geração de energia para o organismo realizar a ação de combate, quando o indivíduo percebe que está mais forte, ou de fugir, quando ameaçado (SOUZA, 2002).

Por fim, a pessoa torna-se totalmente vulnerável ao aparecimento de doenças, uma vez que pode ter ultrapassado a reserva de energia adaptativa que possuía (SANTOS, 2007). Nesse sentido, cabe destacar o estresse ocupacional, devido à competitividade e à exigência do mercado, pois cada vez mais os trabalhadores, em seu cotidiano, sofrem com exigências e pressões que contrariam todas as teorias que asseguram a qualidade de vida no trabalho (OLIVEIRA *et al.*, 2014).

Assim, observa-se grande quantidade de trabalhadores que sofrem com o estresse, e tal fato, além de resultar em problemas psicológicos, pode incorrer em problemas de elevada gravidade, como doenças fisiológicas, originadas no âmbito laboral e não observadas pelos gestores, que podem prejudicar a produtividade da organização (OLIVEIRA *et al.*, 2014).

Os funcionários que têm atribuições que demandam elevada responsabilidade de atos decisórios, visando a resultados satisfatórios, distanciam-se, em sua maioria, de atividades relacionadas, tanto ao lazer quanto ao descanso, indispensáveis para sua saúde física e mental (PRADO, 2016).

O estresse ocupacional recebeu ênfase na década de 1970, com pesquisas que demonstravam as consequências do ambiente de trabalho para o desenvolvimento do estresse. A partir daquela década, iniciaram-se estudos com a finalidade de assegurar a qualidade de vida e proteger a saúde do trabalhador (NASCIMENTO; SILVA, 2019).

Lima (2018) relata que o estresse ocupacional tem sido recorrente dentre os indivíduos, em decorrência de algumas situações quais sejam: excesso da jornada de trabalho, ausência de controle, baixa remuneração, impostos demasiados, dentre outras que possam resultar no desgaste da saúde mental. Nascimento e Silva (2019) apontam que o ritmo de trabalho muitas vezes não acompanha o ritmo biológico do trabalhador.

Ressalte-se que as situações supracitadas interferem diretamente na qualidade de vida do trabalhador, resultando no desencadeamento de afecções que podem afastá-lo do âmbito laboral. Dependendo de seu organismo e de suas reações de enfrentamento, esse esgotamento poderá ocorrer por um período curto ou longo (NASCIMENTO; SILVA, 2019).

Contudo, Marçal e Rosso (2018) afirmam que a era da tecnologia, a rapidez com que as informações ocorrem e a necessidade de constantes mudanças para atender à necessidade e expectativa do empregador, no que se refere à competitividade e acúmulo de lucros, favoreceram o desenvolvimento do estresse nos funcionários.

De acordo com Azevedo *et al.* (2019), o estresse ocupacional está associado a determinantes variáveis que se caracterizam como respostas aos estímulos vivenciados no ambiente de trabalho. Essas reações advêm de situações desagradáveis a que os funcionários ficam expostos.

Costa e Ventura (2019, p. 09) conceituam o estresse ocupacional como “[...] o resultado da incapacidade de enfrentamento do indivíduo frente aos estressores organizacionais, que interferem em seus atos, provocando desajustes no seu desempenho”.

Marçal e Rosso (2018), mediante o exposto, destacam que o estresse ocupacional decorre da ausência de habilidades dos trabalhadores para reagir de forma satisfatória às situações do cotidiano, como produtividade, agilidade e inovação constantes.

Os agentes estressores no ambiente de trabalho estão atrelados às condições de trabalho vivenciadas, e o estresse ocupacional atualmente é entendido como uma doença epidêmica do século XX que atinge a todos os setores hierárquicos de uma empresa, como gestores, empregadores e empregados. Assim, é de suma relevância que sejam identificados os agentes estressores e realizadas campanhas preventivas, para preservar a saúde do trabalhador (AZEVEDO *et al.*, 2019).

Os empregadores que desenvolvem o estresse ocupacional apresentam atitudes que podem comprometer a organização, dentre as quais a ausência de comprometimento com a empresa, a queda de produtividade, afastamentos, comportamentos inadequados junto a outros empregados e com clientes (COSTA; VENTURA, 2019).

Os fatores que contribuem para o desencadeamento de estresse no ambiente de trabalho são de difícil identificação, pois cada indivíduo tem resposta diferenciada a uma mesma situação; no entanto, são as reações dos funcionários que podem demonstrar que algo está ocasionando esse desgaste emocional e físico ao trabalhador (LIMA, 2018).

As doenças mentais, como o estresse ocupacional, têm-se apresentado como uma das principais causas de afastamento do trabalhador de seu ambiente de trabalho. Nascimento e Silva (2019) citam que, em 2010, os afastamentos ocupavam a terceira causa de liberação de auxílio-doença, devido à incapacidade laboral dos trabalhadores.

Tabosa e Cordeiro (2018) relataram que, de acordo com a Organização Internacional do Trabalho (OIT) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) publicaram em 2016, dentre os registros de doenças e acidentes laborais, aproximadamente 14% se referiam a funcionários que apresentavam transtornos mentais.

Os profissionais que ficam constantemente expostos a agentes agressores no âmbito laboral e são diagnosticados em um contexto de exaustão podem demonstrar comportamentos que se caracterizam como agressividade, depressão e ansiedade. Esses comportamentos denotam que se há necessidade urgente de tratamento, para esses profissionais (COSTA; VENTURA, 2019).

Azevedo *et al.* (2019) apontam que as organizações necessitam viabilizar ações voltadas à valorização do capital humano representado pelos seus funcionários, para que, preservada sua saúde física e mental, possam contribuir efetivamente para a consecução de seus objetivos e metas.

2.7 Estratégias de Enfrentamento (*Coping*)

Em uma situação que considera geradora de estresse, a pessoa utiliza mecanismos para tentar amenizá-la, chamados de estratégias de enfrentamento.

O enfrentamento é entendido como um conjunto de estratégias que as pessoas usam para se adaptar a situações adversas, estressantes, crônicas ou agudas (ANATONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998).

Já França e Rodrigues (2002) descrevem o enfrentamento como um conjunto de empenhos que uma pessoa desenvolve para lidar com demandas externas ou internas consideradas por ela como algo além de suas capacidades. O *coping* pode ser entendido como uma estratégia para obter informações sobre o que está acontecendo e manter as condições para agir, reduzir a resposta ao estresse e manter o equilíbrio.

Acrescenta Stephenson (2001) que algumas situações estressantes podem ser vistas como mais ameaçadoras e desestabilizadoras do que outras, por ocasionarem distúrbios emocionais que levam a um desequilíbrio nas condições psicológicas e sociais de cada indivíduo que tenta enfrentá-las e se adaptar a elas. A estruturação e a reestruturação são necessárias para lidar com essas situações. Os empenhos para lidar com esses eventos são conhecidos como estratégias de enfrentamento (*coping*).

Os indivíduos enfrentam diariamente situações problemáticas mais ou menos graves: a morte de um ente querido, perda de emprego ou angústias diárias. Conforme Pizzato (2007), essas condições podem ser reais ou imaginárias, e o indivíduo compreende que responder a elas, enfrenta-las ou adaptar-se a elas exige estruturação e reestruturação.

[...] Algumas dessas situações podem ser percebidas como mais ameaçadoras e desestabilizadoras do que outras, induzindo assim perturbações emocionais que desequilibram as condições psicossociais de cada indivíduo” (PIZZATO, 2007, p. 141).

Coping ou estratégias de enfrentamento são tentativas de enfrentar e responder a esses eventos desestabilizadores (PIZZATO, 2007).

As estratégias de enfrentamento correspondem a um processo por meio do qual o indivíduo gerencia as demandas da relação pessoa/ambiente e as emoções que dela derivam. Diante de uma situação considerada estressante, as pessoas fazem uma avaliação do que está acontecendo, para que o organismo possa responder convenientemente ao estressor, resolvendo-o ou aliviando-o (SANTOS, 2007).

Para Savoia (1999), as estratégias de enfrentamento, entendidas como habilidades desenvolvidas para dominar situações estressantes e de enfrentamento, são definidas como

respostas que visam aumentar, criar ou manter a percepção de controle pessoal. Como as pessoas reagem de maneira diferente às situações estressantes, elas tendem a escolher uma estratégia de enfrentamento específica, com base em seu repertório individual.

Para Lazarus e Folkman (1984), as estratégias de enfrentamento são abordadas como um processo transacional baseado na avaliação cognitiva do evento e no gerenciamento do estresse (CHAMON; SANTOS; CHAMON, 2008).

Lazarus e Folkman (1984) imputam a esse modelo de enfrentamento um caráter dinâmico, cognitivo e consciente de avaliações e reavaliações contínuas da relação entre o indivíduo e seu meio. Qualquer mudança nessa relação provocará uma reavaliação dos fatos, seu significado e o que eles querem dizer, isso pode ser feito. Para eles, a interação do indivíduo com o ambiente é influenciada por dois mecanismos mediadores, a avaliação cognitiva e o enfrentamento. Assim, o processo de reavaliação influenciará os empenhos subsequentes de gerenciamento de problemas.

A Figura 9 ilustra o modelo de Lazarus e Folkman (1984), que considera o enfrentamento focalizado no problema e ou na emoção.

Conforme Anatoniazzi, Dell'aglio e Bandeira (1998), este modelo envolve quatro conceitos fundamentais:

1º) O enfrentamento é considerado como um processo ou uma interação entre o indivíduo e o ambiente;

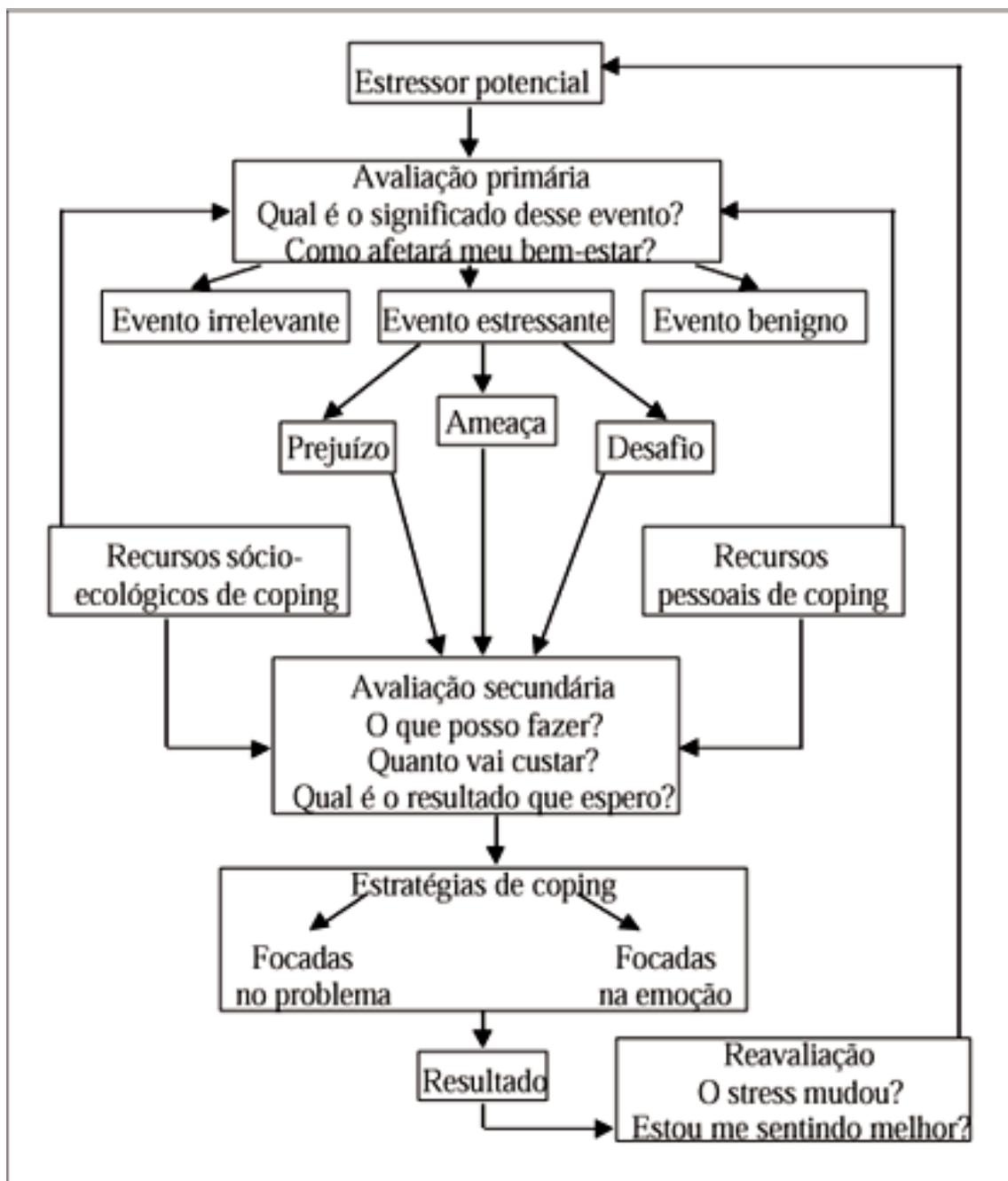
2º) A função do enfrentamento é administrar a situação estressora, e não controlar ou dominar;

3º) O processo de enfrentamento pressupõe a noção de avaliação, ou seja, a forma como o cérebro do indivíduo cognitivamente interpreta e percebe o fenômeno; e

4º) O processo de enfrentamento é a mobilização de esforços e comportamentos a fim de administrar as demandas internas ou externas que surgem da interação com o ambiente.

O enfrentamento é considerado como um mediador entre o estressor e o seu resultado, contudo existe uma relação intrínseca entre as estratégias de enfrentamento e seus resultados, que causa confusão quanto à definição de tentativas ou recursos de enfrentamento e resultados de enfrentamento (ANATONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998).

Figura 9 – Modelo do processamento de estresse e estratégias de enfrentamento de Lazarus e Folkman, 1984



Fonte: Antoniazzi, Dell’Aglío e Bandeira, 1998, p. 277.

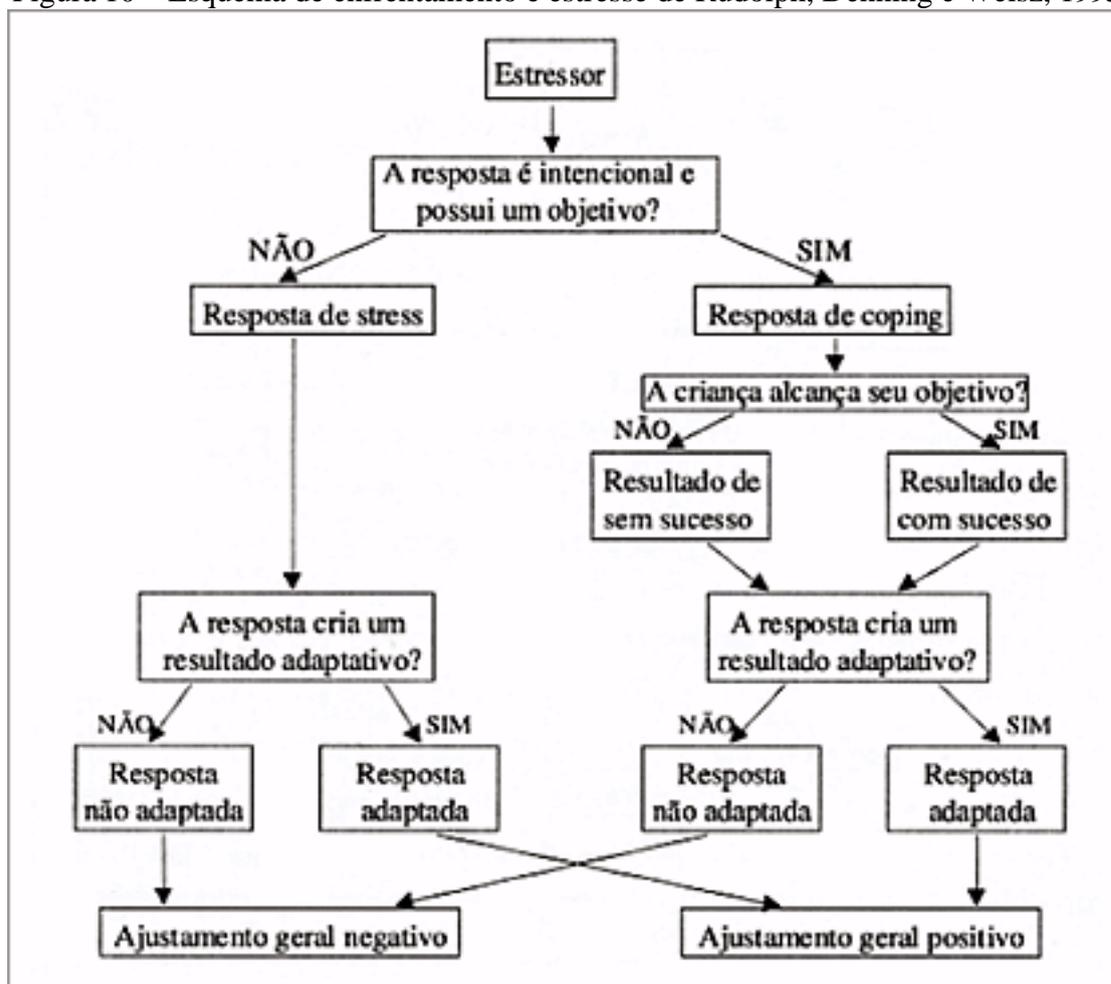
Enfrentamento é considerado como um mediador entre o estressor e o resultado deste estressor, contudo existe uma relação intrínseca entre as estratégias de enfrentamento e seus resultados que causa confusão quanto à definição de tentativas ou recursos de enfrentamento e resultados de enfrentamento (ANATONIAZZI; DELL’AGLIO; BANDEIRA, 1998).

Na Figura 10, Rudolph *et al.* (1995, *apud* ANATONIAZZI; DELL’AGLIO; BANDEIRA, 1998) apontam que o enfrentamento deve ser entendido como uma ocorrência

na qual três aspectos fundamentais são separados: uma resposta de enfrentamento, um objetivo que fundamenta essa resposta e um resultado que deve diferenciar a resposta de enfrentamento da resposta de estresse, que é qualquer resposta que envolva uma reação comportamental ou emocional, não intencional e sem finalidade específica (ANATONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998). Assim, a resposta de enfrentamento é vista como uma ação intencional, física ou mental, que começa em resposta a um estressor percebido e que é direcionada para circunstâncias externas ou estados internos (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

O objetivo do enfrentamento é a intenção de uma resposta de enfrentamento, normalmente orientada para a redução do estresse (ANATONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998).

Figura 10 – Esquema de enfrentamento e estresse de Rudolph, Denning e Weisz, 1995



Fonte: Antoniazzi, Dell'Aglio e Bandeira, 1998, p. 278.

Nessa perspectiva, uma resposta de enfrentamento é considerada uma ação intencional, física ou mental iniciada em resposta a um estressor percebido e direcionada a uma situação externa ou interna (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

As respostas de enfrentamento podem ser classificadas de acordo com a função (estratégia de enfrentamento centrada no problema ou centrada na emoção) ou tipo (evitação, busca de informações, busca de suporte emocional) (FRANÇA; RODRIGUES, 2005).

Uma resposta ao estresse é qualquer resposta que envolva uma reação emocional ou comportamental espontânea. Conseqüentemente, o intento de enfrentamento é a intenção da resposta de enfrentamento que muitas vezes visa reduzir o estresse. Os autores propõem esse plano, enfatizando a diferença entre o resultado de enfrentamento (o resultado específico da resposta de enfrentamento) e o resultado do estresse (o resultado imediato da resposta ao estresse). Ambos podem ou não contribuir para a adaptação do indivíduo (ANATONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998).

Para Chamon (2006), embora não haja consenso, a maioria dos estudos classifica o *coping* em duas categorias principais:

- I. Estilos de enfrentamento: são maneiras estáveis, inconscientes, habituais ou tendências mais ou menos elevadas de fazer face ao estresse. Estão associados às características de personalidade ou aos resultados do enfrentamento.
- II. Estratégias de enfrentamento: fazem referência a atividades cognitivas e a ações ou comportamentos adotados durante um episódio específico de estresse. Estão associadas à emoção ou ao problema.

As estratégias de enfrentamento são importantes porque fornecem reforço que ajuda o indivíduo a se manter em posição de agir e reduzir a resposta ao estresse. É um processo que pode mudar conforme a pessoa avalia a situação estressante.

2.8 Estresse e Estratégias de Enfrentamento no Ambiente Hospitalar

Em relação ao ambiente hospitalar, temos um contexto de constante estresse, tendo em vista características ímpares que se observam, como ritmo de trabalho acelerado, número de profissionais insuficiente, ausência de autonomia, constante supervisão institucional, comunicação prejudicada, muitas vezes até falta de recursos materiais para oportunizar a assistência a população. Essas motivações resultam em sobrecarga de estresse psíquico associado (SOUZA; SILVA; COSTA, 2018).

Contudo, as interações que ocorrem entre profissionais da saúde no contexto hospitalar poderão implicar climas diferenciados, que favorecerão ou não o estresse nas instituições hospitalares. Portanto, os agentes estressores que surgem em hospitais, dentre os seus profissionais, denotam motivações para o desencadeamento do estresse no ambiente de trabalho (MATOS; ARAÚJO, 2021).

Matos e Araújo (2021) relatam que dentre os profissionais da saúde é muito comum observar, no ambiente hospitalar, demanda de trabalho com escassez de recursos disponibilizados, sejam recursos físicos, humanos ou materiais. Os serviços desses profissionais estão estritamente associados a assistência a pacientes em estado crítico, em situação de cuidados paliativos, pacientes doentes que refletem o sofrimento em suas condições de saúde juntamente com a família. Além disso, lidam com o enfrentamento da morte no cotidiano. Todas essas situações são agentes estressores do ambiente hospitalar, fatores que favorecem o desencadeamento de esgotamento mental e físico nos profissionais da saúde, visto que os indivíduos que procuram as instituições hospitalares se encontram em situação de vulnerabilidade biológica e emocional; portanto é constante a necessidade de enfrentamento mediante as situações que se apresentam no seu cotidiano (TRENTIN; SOCZEK, 2017).

Vieira, Nogueira e Terra (2017) destacam que os profissionais da saúde necessitam de requisitos para a prevenção do estresse no ambiente hospitalar, visto que as habilidades subsidiadas pelo conhecimento técnico-científico devem estar associadas ao controle emocional.

Para tanto, o estresse ocupacional em ambientes hospitalares ainda está relacionado com fatores como jornada de trabalho excessiva e trabalho no período noturno. Ainda assim, de acordo com a função, a dificuldade e a responsabilidade demasiada tornam-se agentes estressores, quando se observa a atribuição dos profissionais da assistência de enfermagem (VIEIRA; NOGUEIRA; TERRA, 2017).

Ainda assim, Trentin e Soczek (2017) apontam que a necessidade de lidar com a resolução de problemas para assistir aos extremos da vida e a morte demonstram o estresse a que esses profissionais estão expostos diariamente. Salientam que os agentes estressores não ocorrem esporadicamente, mas de forma ininterrupta.

Os profissionais da saúde atuam em setores de risco, possuem alterações nos horários devido a troca de turnos (privação do sono), vivenciam processos de subordinação (como a equipe da enfermagem mediante aos profissionais da medicina), perda de autonomia, sofrimento quanto à pressão do ambiente e o convívio muitas vezes árduo com o paciente e seus familiares (TRENTIN; SOCZEK, 2017, p. 05).

Assim, as ações para o enfrentamento do estresse no ambiente de trabalho devem ser motivo de atenção dos gestores das instituições hospitalares, uma vez que as ausências e licenças resultam da sobrecarga de atividades aos funcionários, o que torna cada vez mais

preocupante a falta de recursos humanos para a assistência aos pacientes (FELIX; MACHADO; SOUSA, 2017).

Portanto, a qualidade de vida no ambiente de trabalho está estritamente relacionada com as condições oferecidas ao funcionário no âmbito laboral, o que torna necessário observar e minimizar as condições que possam gerar agentes estressores que venham a desencadear o estresse ocupacional, comprometendo assim a eficiência do profissional no contexto de suas atribuições, ou levando-o a faltar, devido a doenças ocupacionais (FELIX; MACHADO; SOUSA, 2017).

Vieira, Nogueira e Terra (2017) afirmam que aos funcionários dos ambientes hospitalares deve ser oferecido amparo psicológico, para que possam enfrentar as situações hostis que caracterizam o contexto laboral. Esse amparo é passível de minimizar a influência dos agentes estressores e o desenvolvimento de doenças psíquicas, emocionais e físicas decorrentes. Sendo assim, Trentin e Soczek (2017) apresentam estratégias de enfrentamento, que se subdividem em duas vertentes: confronto e evasão. O confronto busca ações para que os agentes estressores não tomem proporção que possa comprometer o indivíduo. Por conseguinte, a evasão é caracterizada como fuga – o indivíduo busca desvencilhar-se dos agentes estressores.

No Quadro 6, demonstra-se que as categorias diferem, conforme cada vertente de enfrentamento. Depende de cada indivíduo a melhor forma para prevenir o estresse e preservar sua saúde mental e física. Dessa forma, quanto à questão do confronto, observam-se quatro formas de enfrentamento: raciocínio lógico, reavaliação positiva, orientação/apoio e tomada de decisão. No caso de evasão como estratégia de enfrentamento, as categorias assim se apresentam: racionalização evasiva, aceitação resignada, alternativas compensatórias e extravasamento emocional (TRENTIN; SOCZEK, 2017).

Quadro 6 – Estratégias de enfrentamento de Estresse em Ambientes Hospitalares

Confronto	
Categorias	Itens
(1) Raciocínio lógico	Tentativas cognitivas para compreender e preparar-se mentalmente para enfrentar uma situação estressante.
(2) Reavaliação positiva	Esforços cognitivos de construir ou reestruturar mentalmente uma situação estressante aceitando sua realidade positivamente.
(3) Orientação/apoio	Ações comportamentais para a busca de informação, orientação ou ajuda.
(4) Tomada de decisão	Ações comportamentais para tomar decisões e atuar diretamente na situação estressante.
Evasão	
(5) Racionalização evasiva	Esforços cognitivos para evitar pensamentos realísticos sobre a situação estressante.
(6) Aceitação resignada	Tentativas cognitivas para aceitar, com resignação, a situação estressante.
(7) Alternativas compensatórias	Ações comportamentais para criar, em substituição, novas fontes de satisfação.
(8) Extravasamento emocional	Esforços comportamentais para reduzir a situação estressante mediante a expressão de emoções intensas e depreciativas.

Fonte: CUNHA *apud* TRENTIN; SOCZEK (2017, p. 08).

Neste contexto, as estratégias de enfrentamento compreendem formas de prevenção do estresse no ambiente hospitalar, visto que, se não houver ações voltadas à minimização da influência dos agentes estressores sobre o indivíduo, os impactos negativos nos serviços de assistência à saúde se tornarão inevitáveis, contribuindo para a elevação de indicadores que denunciam o caos da saúde no país (MATOS; ARAÚJO, 2021).

A referência ao estresse no ambiente hospitalar demonstra, instantaneamente, que os profissionais mais afetados são os que atuam na equipe de enfermagem, tendo em vista, a sua proximidade com o paciente na assistência ao cuidado, ressaltando sua responsabilidade para atuar de forma exitosa para promover a saúde (SOUZA; SILVA; COSTA, 2018).

Cabe salientar que os profissionais de enfermagem atuam na linha de frente da assistência ao paciente nos serviços de saúde. Seu trabalho é indispensável, o que justifica o maior número desses profissionais em ambientes hospitalares, para que o atendimento possa ser ininterrupto (SCHOLZE *et al.*, 2017).

Ressalta-se que o enfermeiro, devido às atribuições a ele destinadas, é submetido a elevados níveis de estresse mediante a pressão cotidiana. Um dos agravantes atrelados à profissão consiste na alta demanda de trabalho resultante de ausência de recursos humanos suficientes para assistência à saúde (LLAPA-RODRIGUEZ *et al.*, 2018).

O trabalho dos profissionais de enfermagem, portanto, é caracterizado como situação de risco, devido à possibilidade de que venham a contrair doenças, ao fato de desempenharem, muitas vezes, dupla jornada de trabalho, à escassez de momentos de lazer e descanso escassos. Esses fatores acumulam-se, com o tempo, e vêm a causar-lhes doenças ocupacionais (CARDOSO, 2019).

Os riscos ao qual os enfermeiros estão expostos consistem em riscos físicos, biológicos, químicos e ergonômicos. Os profissionais atuam na prática do cuidado e, simultaneamente, desempenham funções administrativas, realizando constantes registros das suas atividades e das condições dos pacientes assistidos (MORAES FILHO; ALMEIDA, 2016).

Cardoso (2019) aponta que os enfermeiros, embora, estejam sujeitos a constante situação de estresse, nem sempre estão preparados para vivenciá-lo. Neste sentido, a insatisfação no trabalho acarreta-lhes perda de qualidade de vida. Portanto, para que sua atuação seja bem desenvolvida, devem estar em boas condições de saúde física, psíquica e emocional.

Scholze *et al.* (2017) citam que as longas jornadas de trabalho associadas a altas demandas e número insuficiente de profissionais constituem fatores de predisposição ao desencadeamento do estresse. é preciso observar, também, que as dificuldades não se resumem somente aos motivos destacados visto que: as relações interpessoais da equipe de multiprofissionais nem sempre apresentam ideias comuns, em referência ao cuidado; há ausência de reconhecimento e desvalorização da profissão; há falta de autonomia; ocorrem exigências em demasia; estreito contato como a vivência do sofrimento dos pacientes e familiares Tudo isso reverte-se em uma condição ímpar de situações que podem causar o comprometimento físico e mental desses profissionais.

Moraes e Almeida (2016, p. 452) ratificam a proposição relatada e destacam que “[...] é fato que a enfermagem conta como uma rotina de trabalho desgastante, de uma potencialização de talentos, de uma carga horária inflexível, complexa e fragmentada e de baixos salários”. Os autores afirmam também que o medo do desemprego e a necessidade de produtividade, caracterizada por agilidade na execução de procedimentos, proporcionam o desequilíbrio do profissional, deixando-o vulnerável a desenvolver o estresse.

Sendo assim, Llapa-Rodriguez *et al.* (2018, p. 3) pontuam que:

A escassez de tempo para a realização das atividades assistenciais e alguns fatores como o elevado número de pacientes, redução do quantitativo de recursos humanos e sobrecarga de trabalho podem levar a prazos curtos para o cumprimento de ações,

comprometendo a qualidade da assistência, e levando à exaustão física e emocional (LLAPA-RODRIGUEZ *et al.*, 2018, p. 3).

Os autores supracitados apontam o risco de doenças associadas à exposição a agentes estressores, que podem resultar em distúrbios mentais, psiquiátricos e neurológicos, infarto agudo do miocárdio, gastrite, hipertensão e síndrome de Burnout (LLAPA-RODRIGUEZ *et al.*, 2018).

Na presença do Estresse, o indivíduo é submetido a um agente estressor que, se não controlado ou eliminado, pode levá-lo a manifestações físicas de estresse, tais como: dor abdominal, tremores, aumento dos batimentos cardíacos, falta de ar, crises de choro. As disfunções psicológicas podem causar preocupação excessiva, ausência de controle das situações, depressão e isolamento. Já os distúrbios psicofisiológicos podem causar agitação, excesso de sono e insônia, ausência de energia. Já as manifestações de temporalidade podem ser percebidas pela falta de planejamento e organização do tempo, preocupação com o futuro, esquecimento e inquietude (CHAMON, 2006).

2.9 Escala de Toulousaine de *Coping*

A Escala de Toulousaine de *Coping*, utilizada nesta pesquisa para levantamento das estratégias de enfrentamento, pondera a multidimensionalidade do fenômeno avaliado, considerando doze dimensões, apuradas pela intersecção de três campos agrupados por meio de condutas de ação (comportamental), de informação (cognitiva) e de emoção (afetiva), e de quatro estratégias de enfrentamento: controle, apoio social, isolamento e recusa.

Portanto, nesse contexto de conceitos, pesquisas, especificidades, modelos de enfrentamento e considerações mencionadas, a presente pesquisa trabalha com o modelo de Tap, baseado em pesquisadores da equipe de psicologia social e desenvolvimento da saúde da Universidade Toulouse – Le Mirail.

O Quadro 7 apresenta a construção teórica da escala das estratégias de enfrentamento.

Quadro 7 – Construção teórica da escala de estratégias de enfrentamento

ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO			
CONTROLE	CONTROLE PELA AÇÃO	CONTROLE COGNITIVO	CONTROLE EMOCIONAL
APOIO SOCIAL	Cooperação/ atividades	Apoio social Informação	Apoio Emocional
ISOLAMENTO	Social e comportamental	Refugia-se no sonho	Atitudes de compensação Dificuldade de expressar Sentimentos/ emoções
RECUSA	Dificuldade de aceitar a realidade, distração	Refugia-se nos sonhos (recusa mental) negação da realidade	Insensibilidade, alteração de humor, dificuldade de expressar sentimentos.

Fonte: Elaborado por Leite Júnior (2009, p. 94), com base em Chamon (2006).

Os três campos descrevem as articulações existentes entre as condutas. O primeiro campo, denominado comportamental, corresponde ao conjunto de processos pelos quais o indivíduo planeja, organiza e gerencia a ação. O segundo campo, denominado cognitivo, corresponde aos processos pelos quais o indivíduo agrupa as informações diante das situações tidas como estressantes, que lhe causam desconforto. O terceiro campo, denominado afetivo, corresponde ao conjunto de reações emocionais do sujeito, as emoções, os sentimentos e afetos nos quais o indivíduo fundamenta as suas ações, ambições e desejos.

Esses três campos são constituídos de quatro estratégias que, cruzadas, produzem 12 dimensões. O campo controle caracteriza a regularização das atividades mentais, comportamentais e de reações emocionais. O indivíduo tenta dominar a situação (regulação das atividades), ou planejá-la (controle cognitivo), ou até mesmo para disfarçar suas emoções (controle emocional) (CHAMON, 2006).

O campo social transmite necessidades, requisições e busca de ajuda. Essa ajuda pode vir por meio do diálogo e do conselho de outras pessoas, e também da cooperação com outros em atividades coletivas que buscam conexões recíprocas.

No campo isolamento, tem-se a ruptura das tarefas e das interações com os outros. A pessoa fecha-se e foge da situação, ou seja: um isolamento social e comportamental, pois busca eliminar e esquecer as aflições. Nesse caso, pode adotar condutas de compensação, por meio de alimentos, drogas ou álcool (CHAMON, 2006).

O quarto campo, o da negação, refere-se à inabilidade de aceitar a realidade e os problemas. A pessoa tenta negar a situação (negação). Envolve-se em outras atividades para tentar se distrair ou encontrar satisfação em outras áreas da vida (distrair). Nesse campo também se inclui a tarefa de controlar e expressar emoções, relacionadas a aspectos cognitivos do apoio social: cooperação, assistência de informação e apoio emocional. Tem-se aí, portanto, enfrentamento positivo (CHAMON, 2006).

O enfrentamento negativo implica articulação entre fuga e isolamento, organizando-se em torno da negação, da recusa mental e da dificuldade de aceitar suas próprias emoções (CHAMON, 2006).

Segundo Sparbes, Lordes-Arder e Tap (1994, *apud* STEPHENSON; CHAMON, 2005), a conversão comportamental, a conversão pelos valores, a distração e a aceitação são percebidas de forma ambivalente e servem de mediação entre os modelos positivo e negativo de enfrentamento.

Aceitar a situação é positivo quando há relação com o controle emocional, e negativo quando é associado a retenção – resignação. A distração é positiva quando associada ao apoio social, e negativa quando se encontra associada ao sentimento de vazio mental.

A conversão (mudança de comportamento e/ou valores) é positiva quando resulta de culpabilidade e agressividade.

O Quadro 8, mostra o processo de enfrentamento nas situações de estresse.

Quadro 8 – Processo de enfrentamento nas situações de estresse

PROCESSO DE ENFRENTAMENTO									
CAMPOS									
COMPORTAMENTAL (Ação)		COGNITIVO (Atividade mental)			AFETIVO				
A C C E S	Planejamento	P R O C E S S O	Agrupar as informações Assimila/Converte Se ampara/Examina Dispõe/ Ordena	R E A C Ç O E S	Emoções	Fundamenta			
	Organização				Sentimentos	Justifica as ações			
	Gerenciamento				Afetos	Ambições desejos			
ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO		CONTROLE		APOIO SOCIAL		ISOLAMENTO		RECUSA	
		Regularização das atividades mentais comportamentais		Procura ajuda		Fecha-se		Não aceita a realidade e o problema - de negação	
		Evita decisões precipitadas, sem refletir.		Coopera com os outros participa de atividades coletivas		Rompe atividades e interações com os outros		Procura distração	
		Aceita a situação.		Consolo		Social – comportamental mental		Satisfação em outros domínios da vida	
						Condutas compensação		Conversão comportamental de valores.	
ENFRENTAMENTO POSITIVO (+)		(+) Aceita a situação controle emocional		(+)					
ENFRENTAMENTO NEGATIVO (-)						(-) Fuga e isolamento			
ENFRENTAMENTO AMBIVALENTE (+) e (-)		(+) Aceite da situação associado ao controle emocional				(+) Conversão - Mudança de comportamento e valores como esforço para resolver o problema.		(+) Distração associada ao apoio social	
		(-) Aceite de situação associado à resignação				(-) Culpa e agressividade.		(-) Distração associada ao sentimento de vazio mental.	

Fonte: Pizzato e Chamon (2005, p. 90, *apud* LEITE JUNIOR, 2009, p.93).

Neste trabalho, objetivou-se descrever, dentre as estratégias de enfrentamento estudadas (controle, apoio social, isolamento, recusa), quais são utilizadas pelos profissionais de enfermagem. Em síntese, observou-se a pertinência do tema relacionado ao estresse e as estratégias de enfrentamento para os profissionais de saúde. Nesta seção, destacam-se, desde o surgimento do estresse, os possíveis danos à saúde mental dos trabalhadores, bem como as estratégias de enfrentamento no ambiente hospitalar. A sua relevância está, entre outras coisas, ligada ao tema da prevenção e cuidado em nível individual e na organização do trabalho. A importância também se estende a níveis mais extensos, como melhorar a saúde e a qualidade de vida das pessoas.

Cabe mencionar, também, que se busca investigar esses agentes estressores no ambiente de trabalho durante o período pandêmico. Para isso, apreender suas crenças, valores, atitudes e informações sobre esse período se faz necessário. Por meio da Teoria de Representações Sociais (TRS,) investiga-se como o estresse, em um momento pandêmico, é visto, percebido pelos profissionais de saúde. Em seguida, descreve-se a TRS, sua origem e sua caracterização na psicologia social.

2.10 A Teoria das Representações Sociais

Neste capítulo, discute-se sobre a Teoria das Representações Sociais (TRS), desenvolvida por Serge Moscovici.

Para a argumentação teórica dos pressupostos da TRS, inicialmente considera-se o indivíduo como um ser dotado de relativa liberdade, inserido nos diversos grupos sociais em que participa efetivamente, formando um universo socialmente complexo. Aprecia-se ainda que é no interior desses grupos que ocorrem interações entre os indivíduos. A participação desse indivíduo, como elemento constituidor desse grupo, é que faz com que se localize como sujeito social constituído. Os discursos produzidos são de extrema importância para a TRS, pois é por meio deles que se entendem os conceitos, crenças, conhecimentos, valores, atitudes, informações, conceitos e valores atribuídos a um determinado objeto e/ou fenômeno. Segundo Jodelet (2001), o indivíduo sempre precisa saber com o que está lidando, no mundo ao seu redor. É preciso adaptar-se, comportar-se, situar-se física ou intelectualmente, para reconhecer e solucionar os problemas que o mundo apresenta.

A profissão de enfermagem, em suas diversas áreas de atuação, caracteriza-se pela utilização de vários referenciais teóricos e metodológicos, em seus estudos e produções científicas, como oportunidade de aprofundar as questões e reconhecê-las sob múltiplos olhares. Um dos referenciais teóricos mais aplicados na enfermagem, embora derivado dos

estudos da psicologia social, são as Representações Sociais (RS), postuladas por Serge Moscovici, estão relacionadas ao pensamento simbólico, que supõe e dá sentido à linguagem, às ações e às atitudes, no cotidiano da enfermagem (SILVA; CAMARGO; PADILHA, 2011; SILVA *et al.*, 2017).

Particularmente no setor saúde e assistência, o desenvolvimento de estudos nessa área auxilia os pesquisadores a compreenderem o que controla e determina o comportamento dos profissionais, gestores e usuários do sistema. Neste contexto de diferentes saberes, podem ser propostas intervenções e novas características podem ser introduzidas nos grupos, por meio dos resultados de investigação no campo das RS, promovendo novas práticas e novos panoramas nos contextos já identificados (SILVA, 2021).

Ao aplicar a Teoria das representações Sociais (TRS) à pesquisa em enfermagem, é possível compreender as representações construídas para o cuidado e os significados atribuídos a elas, a realidade material que serve de referência, as explicações criadas que possibilitam a compreensão dos comportamentos das atitudes e escolhas das pessoas nos caminhos que seguem no seu dia a dia. Por fim, ampliar a compreensão das pessoas, seus afetos e seus processos de conhecer e agir no mundo auxilia na condução da enfermagem em um plano terapêutico pautado na lógica do “outro” (FERREIRA, 2016).

A TRS foi escolhida por ser considerada a mais adequada para estudar como o estresse é percebido, em tempos de pandemia, pelos profissionais de enfermagem. As representações sociais permitem, segundo Silva, Camargo e Padilha (2011), esclarecer como o conhecimento é assimilado, naturalizado e expresso por grupos sociais, por meio de sua comunicação e de seus comportamentos, o que possibilita a compreensão de práticas e a determinação de intervenções que, desde que respeitadas as especificidades de cada segmento social, será mais eficaz e trará melhores resultados.

2.10.1 O Conceito de Representação Social

Nesta seção, trata-se da definição de representações sociais. Devido à complexidade dos fenômenos psicossociais envolvidos na construção das representações sociais, o seu conceito se torna dinâmico, multifacetado e, com isso, de difícil definição. Dessa maneira, Moscovici inicia a sua primeira aproximação, afirmando que “[...] a representação social é um corpo organizado de conhecimentos e uma das atividades psíquicas graças às quais os homens tornam a realidade física e social inteligível [...]” (MOSCOVICI, 2012, p. 28).

As representações sociais são conhecimentos do senso comum. Elas orientam e direcionam as ações diárias. É o conhecimento desenvolvido nas práticas e costumes de um

grupo social. Esse conhecimento é usado para prever eventos e controlar o comportamento de pessoas em grupos sociais, de acordo com uma determinada cultura (EMILIANI, 2009).

O conhecimento do senso comum tem sido desafiado desde o século XVII, quando a ciência se tornou verdadeira forma de conhecimento. Se no passado o senso comum questionava a ciência, nos tempos modernos é a ciência que incessantemente nutre o senso comum (EMILIANI, 2009).

No entanto, o surgimento da sociedade e da tecnologia moderna não significa o desaparecimento das ideias naturais do cotidiano ou sua mudança pela lógica científica. É o senso comum que ainda orienta o comportamento social das pessoas (CHAMON; CHAMON, 2007).

A TRS está inserida no campo de estudos da Psicologia Social, estabelecendo-se como contribuição teórica duradoura e amplamente difundida por todo o mundo (MOSCOVICI, 2003). De muitos modos, a psicologia social é o estudo da realidade social, o que significa que lida com explicações para as quais recorremos, automaticamente, a fim de explicar e entender o mundo ao nosso redor (RATEAU *et al.*, 2012).

Conforme propõe Jodelet (2001), o movimento da TRS, que teve seu início na França, vem encontrando interesse crescente em vários países. O conceito de representações sociais foi proposto por Moscovici, por meio da obra *La Psychanalyse, son image et son public*, editada na França em 1961 (CASTRO, 2002). Nesse estudo, o autor propôs-se a investigar como uma teoria científica, a Psicanálise, penetrou o pensamento dos diversos grupos sociais na França nos anos finais da década de 1950 e no início de 1960.

Lançada sua semente em 1961, por Serge Moscovici, a teoria das representações sociais já perdura há mais de meio século (ALMEIDA; SANTOS; TRINDADE, 2011). Desde 1961, à obra de Moscovici foram associadas referências positivas. Tratando-se do conceito de representação social, Sá (2002, p. 30) aponta que “[...] Moscovici sempre resistiu a apresentar uma definição precisa das representações sociais, por julgar que uma tentativa nesse sentido poderia acabar resultando na redução do seu alcance conceitual”. Concordando com essa afirmação Lahlou (2011, p. 65) afirma que “[...] Moscovici preserva-se cuidadosamente de propor uma única definição das representações sociais, e se refere ao fenômeno como um todo, sempre mantendo certa imprecisão sobre o contorno exato do fenômeno que ele descreve”. Na mesma linha de pensamento, Doise (2011, p. 131) concorda que “[...] da complexidade e da riqueza do conceito de representação social resultaria a incapacidade de dar uma única definição para as representações sociais”. Entretanto, Sá (1993, p. 31) esclarece

que “[...] existem alguns esforços de formalização e/ou esclarecimento conceituais [...]” relativos às representações sociais.

Dentre tais esforços de formalização e/ou esclarecimentos, Moscovici (2012, p. 39) aponta que as representações sociais “[...] são entidades quase tangíveis; circulam, se cruzam e se cristalizam continuamente através da fala, do gesto, do encontro no universo cotidiano”. Elas “[...] se apresentam como uma ‘rede’ de ideias, metáforas e imagens, mais ou menos interligadas livremente [...]” (MOSCOVICI, 2003, p. 210). Também “[...] são conjuntos dinâmicos, seu estatuto sendo o da produção de comportamentos e de relações com o ambiente, da ação que modifica uns e outros, e não a reprodução de comportamentos ou relações, como reação a um dado estímulo externo” (MOSCOVICI, 2012, p. 39).

O conceito de representação social tem sido articulado em muitos estudos que emergiram nos últimos anos em vários campos (psicologia, antropologia, sociologia ou história). Cunhada por Moscovici em 1961, para preencher a lacuna entre a psicologia e a sociologia, a TRS é hoje um dos termos centrais da psicologia social (CASTRO, 2002).

De modo igualmente relevante, a representação social tem relação com a atitude, na medida em que “[...] nossas representações internas, que herdamos da sociedade, ou que nós mesmos fabricamos, podem mudar nossa atitude em relação a algo fora de nós mesmos” (MOSCOVICI, 2003, p. 102). Complementando acerca da relação entre atitude e representação social, Abric (2003, p. 50) escreve que “[...] a relação atitude-representação, para Moscovici, é, pois, uma relação circular complexa, mas, em todo caso, determinada por um vínculo muito forte entre os dois conceitos”, confirmando a relação entre representação e atitude.

A importância da representação social também se revela em sua influência em relação ao comportamento. Nesse aspecto, Moscovici (2003, p. 96) chama atenção para a maneira “[...] como uma representação molda a realidade em que vivemos e modifica o comportamento em relação a essa realidade”, agregando importância ao conceito de representação social na gênese dos comportamentos.

Aprofundando o referencial teórico, Abric (2001, p. 206) aponta que “[...] a determinação das práticas e dos comportamentos pelo sistema de representação parece – ao menos em algumas situações – indiscutível”, e destaca a importância de orientação das condutas pelas representações. As considerações dos autores, neste parágrafo, repercutem na influência da representação social para o comportamento.

As representações sociais são objetos socialmente desenvolvidos, situados na interseção do psicológico e do social, que contribuem para a construção de uma realidade

comum e propiciam a compreensão e comunicação dos sujeitos no mundo (JODELET, 2001). Portanto, as representações sociais estão associadas a valores, conceitos e práticas individuais que orientam o comportamento nas relações sociais cotidianas e se manifestam por meio de estereótipos, sentimentos, atitudes, palavras, frases e locuções (MOSCOVICI, 1978).

É um conhecimento do “senso comum” socialmente erigido e compartilhado, em oposição ao conhecimento científico que é objetivado e fundamentalmente cognitivo (GUARESCHI, 2000).

As representações sociais são individuais e sociais. As respostas individuais são reflexos das manifestações do grupo social com o qual o sujeito compartilha vivências e experiências da sua vida pessoal, e falas semelhantes revelam certo nível de generalização, uma forma coletiva de pensar sobre o mesmo tema (GUARESCHI, 2000; FERREIRA, FIGUEIREDO, ARRUDA, 2002).

2.10.2 O objeto de Representação Social

O fato de um indivíduo emitir opiniões sobre um assunto não significa necessariamente que uma representação social esteja ligada a essa manifestação (CHAMON; CHAMON, 2007).

A construção do objeto de pesquisa é o processo pelo qual essas questões são previamente analisadas, e as soluções pertinentes, delineadas (SÁ, 1998). O autor acrescenta que, obviamente, quando decidimos realizar um estudo em representações sociais, o que queremos pesquisar é algum fenômeno de representação social.

Antes mesmo de trazer elementos para refletirmos sobre o conceito, Moscovici (1978) cuidou de caracterizar as condições necessárias para que um objeto social se torne objeto de representação. De acordo com seus trabalhos, três condições seriam necessárias para o aparecimento de uma representação social, ou seja, fenômenos responsáveis pela gênese de uma representação social:

A dispersão da informação. Essa informação diz respeito à informação disponível sobre o objeto. Deve existir uma distância entre a informação utilizável pelos atores sociais e a informação que lhes seria necessária para atingir um ponto de vista objetivo. Essa insuficiência gera incerteza e ambiguidade e favorece o aparecimento de um processo de reconstrução social.

A focalização. Representa a posição específica do grupo social em relação ao objeto. Isso determina um interesse particular por certos aspectos do objeto e um desinteresse por outros.

A pressão à inferência. Como última condição, o objeto deve levar os atores sociais a reagir e a tomar posição: “As informações devem poder tornar-se, sem demora, fundamento de conduta, instrumento de orientação”. Essa pressão se manifesta quando os sujeitos, individuais ou coletivos, precisam desenvolver condutas e discursos coerentes sobre um objeto insuficientemente conhecido (CHAMON; CHAMON, 2007, p. 125, grifo nosso).

Moliner (1996, *apud* CHAMON; CHAMON 2007, p.125-126) estabelece algumas condições para que algo seja objeto de representação:

- I. Quais objetos de representação? Os objetos de representações sociais são polimorfos, ou seja, apresentam-se sob diferentes formas na sociedade, não pertencendo a um domínio concreto de uma parte da sociedade.
- II. Para quais grupos? A representação sempre é representação de um determinado grupo. Grupo com integrantes que possuem algo em comum, que se comunicam e interagem. São possíveis duas configurações para as relações entre o grupo e o objeto: relação estrutural, cujos grupos têm sua existência intimamente ligada ao objeto de representações e; relação conjuntural, que diz respeito a grupos preexistentes confrontados com um objeto novo e problemático.
- III. Com quais compromissos em jogo? Dois compromissos servem de base aos processos de RS: identidade e coesão social. O compromisso de identidade é determinado em função do lugar que ocupa o objeto dentro do grupo social, a existência do objeto garante a sobrevivência do grupo. E o compromisso de coesão social minimiza as oposições e diferenças, visando integrar o novo objeto no quadro conceitual já existente.
- IV. Com relação a quem? Relações que o grupo mantém com o outro coletivo.
- V. Representação ou ideologia? A presença e ação de sistemas de controle podem impedir o aparecimento do processo representacional, transformando-o em sistemas ideológicos ou científicos.

Para compreender como essas representações são formadas, Moscovici (2015, p. 8) sustenta que “[...] as influências sociais da comunicação, ao constituir as realidades de nossas vidas cotidianas servem como o principal meio para estabelecer as associações com as quais nós nos ligamos uns aos outros”.

Moscovici (2003, p. 96) chama a atenção para a maneira “[...] como uma representação molda a realidade em que vivemos e modifica o comportamento em relação a essa realidade”. Nesse aspecto, é possível relevar a importância do conceito de representação social para o entendimento de fenômenos diversos da nossa vida diária, considerando sua influência mediadora. As representações sociais são construídas por meio das práticas sociais, na relação dos indivíduos com o meio e são expressas pela linguagem, pela comunicação cotidiana. Elas promovem a compreensão e a adaptação à realidade. As representações sociais representam o movimento das relações individuais e sociais (MOSCOVICI, 2009).

Moscovici (1978) discorre sobre as representações sociais como uma forma de conhecimento que os sujeitos constroem sobre um objeto social. Trata-se de uma reconstrução do objeto, dentro de determinada sociedade ou grupo, de acordo com seus valores, crenças e regras. As representações tornam-se comuns ao grupo a partir da comunicação e, dessa forma, passam a influenciar e orientar os comportamentos dos sujeitos.

2.10.3 As funções das Representações Sociais

De acordo com Jodelet (2001, p. 27) as representações sociais apresentam quatro características:

- I. São sempre representações de um objeto e de alguém;
- II. Existência de uma relação de simbolização ou interpretação: trata-se de uma construção ou expressão do sujeito;
- III. São formas de conhecimento e/ou formas de saber;
- IV. Constituem saber prático: a representação oferece subsídios para o indivíduo agir no mundo e interagir com os outros, promovendo certo ajustamento ao meio social do sujeito.

Nesse caminho apontado por Jodelet (2001), a teoria das RS vai tratar da produção dos saberes sociais, centrando-se na análise da construção e transformação do conhecimento social.

As representações sociais funcionam como um sistema de interpretação da realidade, além de serem orientadoras de comportamento e práticas sociais.

De acordo com Abric (1994), citado por Chamon e Chamon (2007, p.129-130, grifo nosso), as representações sociais apresentam quatro funções:

- Função de saber:** as representações sociais promovem a compreensão e explicação da realidade. Como os indivíduos adquirem conhecimento e interagem entre si, integrando tais conhecimentos com seus valores e cognição, e tudo isso de modo coerente com seus valores e seu funcionamento cognitivo;
- Função identitária:** elaboração de uma identidade social a partir das representações sociais, que seja compatível com normas e valores construídos historicamente;
- Função de orientação:** guiam os comportamentos e as práticas por meio de três fatores;
- Função de justificação:** justificam tomadas de posição e comportamentos depois do acontecido.

Quanto à função de orientação, Chamon e Chamon (2007, p. 130) demonstram que essa função das representações sociais serve como guias dos comportamentos e das práticas, a partir de três fatores:

- A definição da finalidade da situação.** Elas determinam a priori os tipos de relações pertinentes a um sujeito e, eventualmente, nas situações onde existe uma tarefa a ser cumprida, o tipo de estratégia cognitiva que vai ser adotada.
- Um sistema de antecipação e de espera.** Uma representação não segue o desenrolar de uma interação e não depende dela. Ela precede a interação e a orienta.
- Uma prescrição de comportamento.** A representação social reflete a natureza das regras e das ligações sociais e, dessa forma, é prescritiva de comportamentos ou de práticas obrigatórias.

Nesse sentido, a partir de funções identitárias, de saber, justificatórias e de orientação, significados e sentidos, o sujeito estabelece um equilíbrio psicossocial. O que se atribui como concreto, internalizado pelo grupo, encontra-se num núcleo mais resistente. No limiar dessa

formação, aparecem os elementos periféricos, que incitam modificações diante de variáveis que podem ou não interferir na ruptura e na mudança de conceitos.

2.10.4 Representações Sociais: O processo de formação

Para entender a dinâmica das representações sociais, é essencial reconhecer e analisar dois processos que visam transformar o não familiar em familiar. De acordo com Moscovici (2010), dois processos interdependentes formam as representações sociais: a objetivação e a ancoragem.

Por meio dos processos de objetivação e ancoragem, o grupo forma um universo particular, dotado de imagens, opiniões, crenças, valores e atitudes comuns, partilhadas, ou seja, um universo que é consensual para os sujeitos que o compõem sobre o objeto. Esse universo que Moscovici (2012) também chama de universo do senso comum, é formado por meio de um complexo jogo de transformações, no qual a rede de significados, formada anteriormente pelo grupo, é transformada a partir da presença de um novo objeto. Durante esse mesmo jogo, o objeto também sofre transformações e adquire um sentido para o grupo, integrando-se ao seu universo consensual (ALVES-MAZZOTTI, 2008).

Segundo Chamon e Chamon (2007, p. 133), “[...] as representações sociais apresentam-se sempre sob dois aspectos: o da imagem (reprodução do real de maneira concreta) e o do conceito (abstração do sentido do real, significação que corresponde à imagem do real) ”.

Devido à complexidade inerente aos processos de objetivação e ancoragem, torna-se necessário que a compreensão e a explicação de ambos ocorram separadamente, permitindo, dessa maneira, o estudo de cada um desses processos. Essa fragmentação, contudo, tem o intuito único e exclusivo de possibilitar um estudo teórico mais aprofundado desses processos, sem, contudo, deixar de considerar a sua interdependência.

2.10.4.1 Objetivação

A objetivação consiste em reproduzir um conceito em uma imagem. De acordo com Moscovici (2010, p. 74), “[...] as imagens se tornam elementos da realidade, em vez de elementos do pensamento”, pois o processo de objetivação transforma “[...] a palavra que substitui a coisa, na coisa que substitui a palavra” (MOSCOVICI, 2010, p. 71).

De acordo com Chamon e Chamon (2007, p. 134), esse é o processo que “[...] torna concreto o que é abstrato, que materializa a palavra, que transforma o conceito em coisa e os torna intercambiáveis”.

De acordo com Jodelet (2001, p. 41), a objetivação se dá em três etapas:

- I. Seleção e descontextualização dos elementos que compõem o objeto: seleção de algumas informações sobre o objeto, descontextualização do contexto original e apropriação;
- II. Formação de um núcleo ou esquema figurativo: substituição do objeto por uma estrutura imagética do objeto;
- III. Naturalização: integração do objeto ao senso comum do indivíduo/ grupo.

A objetivação e a ancoragem são mecanismos concomitantes. Um visa criar uma rede evidente para todos, independentemente do determinismo social e psicológico. A outra, ao contrário, mostra a intervenção de tais determinismos na sua gênese e a transmutação desse determinismo. O primeiro constrói a própria realidade, o segundo faz sentido (CHAMON; CHAMON, 2007). Uma das funções da objetivação é facilitar a comunicação, embora isso possa ser feito separando a ideia ou afirmação da base científica ou ideológica que lhe dá significado.

Para começar, “[...] objetivar é descobrir a qualidade icônica de uma ideia, ou ser impreciso; é reproduzir um conceito em uma imagem” (MOSCOVICI, 2003, p. 71-72).

Comparar é já representar, encher o que está naturalmente vazio, com substância. Temos apenas de comparar Deus com um pai e o que era invisível, instantaneamente se torna visível em nossas mentes, como uma pessoa a quem nós podemos responder como tal. Um enorme estoque de palavras, que se referem a objetos específicos, está em circulação em toda sociedade e nós estamos sob constante pressão para provê-los com sentidos concretos equivalentes. Desde que suponhamos que as palavras não falam sobre “nada”, somos obrigados a ligá-las a algo, a encontrar equivalentes não-verbais para elas. Assim como se acredita na maioria dos boatos por causa do provérbio: “Não há fumaça sem fogo”, assim uma coleção de imagens é criada por causa do provérbio: “Ninguém fala sobre coisa alguma” (MOSCOVICI, 2003, p. 72).

Segundo Sá (1993), objetivar é dar materialidade ao objeto. Para objetivar, é preciso descobrir a qualidade icônica de uma ideia, reproduzir um conceito em uma imagem. A objetivação é formadora de imagens, o processo pelo qual o abstrato é transformado em algo concreto, como um mecanismo de concretização simbólica da realidade. Comparar e já representar, encher o que está vazio. Todavia, segundo Moscovici (2010), nem todas as palavras que se referem a determinado objeto produzirão imagens sobre ele, ou seja, é necessário a pré-existência de imagens para selecionar aquelas dotadas de mais características comuns a uma determinada RS, para serem “objeto” de objetivações.

2.10.4.2 Ancoragem

A ancoragem completa o processo de objetivação (RATEAU *et al.*, 2012). O processo de ancoragem refere-se ao enraizamento social da representação. Sua função é gerenciar a

integração cognitiva do objeto representado em sistemas cognitivos existentes. Dessa forma, novos elementos de conhecimento são organizados em uma rede de categorias mais familiares (CHAMON; CHAMON, 2007).

Segundo Moscovici (2010, p. 61-62), a ancoragem:

[...] é um processo que transforma algo estranho e perturbador, que nos intriga, em nosso sistema particular de categorias e o compara com um paradigma de uma categoria que nós pensamos ser apropriadas. [...]. Ancorar é, pois, classificar e dar nome a alguma coisa. Coisas que não possuem nome são estranhas [...] ameaçadoras. Nós experimentamos uma resistência, um distanciamento, quando não somos capazes de avaliar algo, de descrevê-lo a nós mesmos ou a outras pessoas (MOSCOVICI, 2010, p.61-62).

Trata-se de tornar familiar o que é desconhecido. Para fazer isso, os sujeitos devem avaliar, julgar e, de alguma forma, classificar o novo com base em suas histórias e experiências. A ancoragem reduz conceitos desconhecidos aos já conhecidos, ou seja, procura menções ao desconhecido no repertório que já é familiar, classificando e comparando (MOSCOVICI; 2010; FONSECA; MORAES; CHAMON, 2009).

Ancorar é, pois, classificar e dar nome a alguma coisa. Coisas que não são classificadas e que não possuem nome são estranhas, não existentes e ao mesmo tempo ameaçadoras. O primeiro passo para superar essa resistência, em direção à conciliação de um objeto ou pessoa, acontece quando nós somos capazes de colocar esse objeto ou pessoa em uma determinada categoria, de rotulá-lo com um nome conhecido. No momento em que nós podemos falar sobre algo, avaliá-lo e então comunicá-lo - mesmo vagamente, como quando nós dizemos de alguém que ele é "inibido" - então nós podemos representar o não-usual em nosso mundo familiar, reproduzi-lo como uma réplica de um modelo familiar (MOSCOVICI, 2003, p. 61).

No entanto, segundo Sá (1993), ancorar significa rotular, nomear, categorizar, dar sentido às imagens. Assim como os objetos estranhos pertencem a uma determinada categoria e recebem um nome familiar, é considerado o processo de transmutação do incomum em comum e familiar. Ou seja, segundo Moscovici (2015), significa colocar algo estranho em um pensamento já composto. Consequentemente, quando o indivíduo compara um determinado objeto, ou ideia, a uma categoria, ele assimila as características dessa categoria e ajusta-se a elas. Corroborando isso, o mesmo autor aponta que rotular algo significa encerrá-lo em um conjunto de comportamentos e regras típicos de todos os atores dessa classe. Isso significa que, quando o indivíduo seleciona um dos paradigmas armazenados em sua memória, modela uma relação positiva ou negativa com ele. Quando é positivo, ele registrará sua aceitação, e quando é negativo ele registrará sua recusa. O anseio de classificar também remete à necessidade de defini-lo como normal ou aberrante, conforme a norma ou desviante dela.

Tal processo classificatório requer o nome do sujeito ou objeto, a exclusão do anonimato; é a ação de precipitá-lo, tendo como consequência a aquisição de características de determinado grupo (MOSCOVICI, 2010).

O estudo de Representações Sociais envolve a exploração do conhecimento cotidiano em processos relacionais envolvendo os universos subjetivo, intersubjetivo e objetivo. Essas dimensões da representação são variáveis, de acordo com o contexto em que são elaboradas, e para entendê-las é necessário identificar quem, como, por quê e para que são criadas (JOVCHELOVITCH, 2011). No campo da enfermagem, o uso teórico e metodológico das representações sociais tem se caracterizado pela sua pluralidade e complexidade conceitual nos estudos de mestrado e doutorado, colocando-se como opção que possibilita a compreensão de uma realidade concreta (ARAÚJO MARTINEZ; SOUZA; ROMIJN TOCANTINS, 2012).

Ao estudar as representações sociais de seus objetos de estudo, os profissionais de enfermagem têm melhor compreensão da realidade, pois trabalham com elementos passíveis de reconstruir, pela naturalização de novos saberes e novas práticas, outros contextos de saúde que englobam os limites atuais. Ao se fazer isso, a realidade é reconfigurada e refeita por aqueles que a edificam como oportunidade de melhoria do atual cenário de saúde (OLIVEIRA; WERBA 2005).

Neste momento, cabe mencionar, pois interessa a esta pesquisa, os agentes estressores no ambiente de trabalho durante o período pandêmico, apreender suas crenças, valores, atitudes, percepções, conhecimento e informações sobre esse período e, por meio da TRS, investigar como o estresse, em um momento pandêmico, é considerado pelos profissionais de saúde.

No que se refere à caracterização do estresse como objeto de representações sociais no contexto pandêmico da covid-19, cabe destacar que, nesse período, houve muitas mudanças sociais, ambientais e profissionais, e é importante que as pessoas entendam e se envolvam nesses processos.

Em relação ao objeto de estudo desta pesquisa, o estresse dos profissionais da enfermagem e suas representações impactam, não apenas nas percepções da realidade (trazidas por meio da interação e da comunicação social), mas também na constituição da realidade em que as representações se materializam em sugestões, emitidas em conceitos e imagens.

Nesta seção, procurou-se discorrer sobre a TRS e verificar se é este o saber que orienta as práticas cotidianas dos sujeitos dos grupos sociais. São conhecimentos do senso comum

moldados a partir de um objeto valorizado socialmente pelo grupo, que o constroem a partir das informações de que dispõem sobre esse objeto. Devido à necessidade de tomar uma decisão sobre o objeto, os sujeitos dirigem sua atenção para alguns de seus aspectos, a fim de moldar uma imagem coerente dele, visto que as informações disponíveis são excessivas ou escassas.

Com as características imbricadas às características sociais descritas por Moscovici, as instituições hospitalares abrigam diversas categorias profissionais, cujos membros, com suas características, relacionam-se por meio de pensamentos, imagens e linguagens. A partir da diversidade, constroem um mundo aparentemente estável e carregado de história, relações interpessoais e associações com tecnologias, mudanças demográficas, cultura, globalização e desenvolvimento científico, destacando os fenômenos que Moscovici chamou de RS (MOSCOVICI, 2010).

Ao desvendar essas dinâmicas que circulam e individualizam grupos e que constituem o encontro de pessoas em diferentes espaços sociais, é possível trazer à tona o que está oculto e implícito nas atitudes, nos padrões de comunicação, nos comportamentos moldados. Segundo Moscovici (2010), a RS introduz-se nos significados das palavras e se perpetua nos discursos públicos, orienta a comunicação/ação e traça a existência nesse contexto.

No próximo capítulo, apresenta-se a metodologia utilizada nesta pesquisa.

3 METODOLOGIA

Este capítulo apresenta aspectos da metodologia utilizada para descrever o desenho do estudo e o tratamento e análise de dados.

Pesquisar é buscar informações referentes a um determinado assunto, de modo a organizá-las e interpretá-las, melhorando o nível de conhecimento obtido por meio do processo de pesquisa. A pesquisa científica visa contribuir para o desenvolvimento e melhoria do conhecimento humano e deve ser planejada e executada seguindo normas e critérios (GIL, 2010).

3.1 Tipo de Pesquisa

Apresenta-se como uma pesquisa de campo descritiva e exploratória. Investiga as características de um determinado fenômeno em um grupo específico, explorando as informações dos participantes que vivenciam o fenômeno. Sobre a caracterização de um estudo descritivo em pesquisas de representação social, Oliveira (2005, p. 90) escreve que esses estudos “[...] objetivam a descrição de uma representação social sobre determinado objeto, utilizando técnicas quantitativas e/ou qualitativas”. Essa posição reforça a opção metodológica desta pesquisa por um desenho quali-quantitativo.

Trata-se de uma pesquisa quali-quantitativa, afinada com as características metodológicas da teoria das representações sociais. Tal delineamento está coerente com as ideias pontuadas por Oliveira (2005) sobre o desenvolvimento metodológico dos estudos de representações sociais nas pesquisas brasileiras. Portanto, a associação de técnicas quantitativas e qualitativas pode possibilitar a obtenção de resultados complementares. Além disso, técnicas quantitativas de análises talvez possam ser proveitosamente associadas às técnicas qualitativas, com vistas a melhor definição dos objetos de pesquisa (OLIVEIRA, 2005). Resgatando tal característica, ressalva-se a riqueza e a diversidade metodológica desta teoria, que permite associação de diferentes técnicas de coleta e análise de dados.

Esse intuito de associação metodológica qualitativa e quantitativa concorda com a concepção dos autores adiante citados, sobre os mencionados métodos de pesquisa. Minayo *et al.*, (2002, p. 22) colocam que “[...] a abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados, das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, média e estatísticas”. Complementando o pensamento supracitado, Lessard-Hébert *et al.*, (2010, p. 102) esclarecem que a investigação qualitativa visa “[...] dar lugar de relevo ao contexto da descoberta antes e durante a recolha dos dados: as questões, as hipóteses, as

variáveis ou as categorias de observação normalmente não estão totalmente formuladas ou predeterminadas no início de uma pesquisa”. Sendo assim, pretende-se utilizar as contribuições dessas duas formas de direcionar a pesquisa, para possibilitar o desenvolvimento metodológico do trabalho, em consonância com as proposições metodológicas da TRS.

Além disso, o presente estudo, de recorte transversal, tem amostragem por resposta voluntária (adesão), ou seja, participaram somente os profissionais de enfermagem por livre espontânea vontade, após o convite do pesquisador.

O objetivo dos estudos transversais é obter dados confiáveis que, ao final da investigação, permitam o desenvolvimento de conclusões confiáveis e robustas, além de gerar novas hipóteses que podem ser investigadas com novas pesquisas (ZANGIROLAMI-RAIMUNDO; ECHEIMBERG; LEONE, 2018). A principal característica dos estudos de corte transversal é que a observação das variáveis, sejam elas casos, indivíduos ou outros tipos de dados, ocorre em um único instante, quando o pesquisador registra um (foto) dos fatos de interesse e não o (filme) de sua evolução (KATZ, 2006).

A abordagem quantitativa trabalha com variáveis em forma de dados numéricos, utiliza meios estatísticos para classificá-los e analisá-los, compondo dados como a porcentagem, a média, o desvio padrão, o coeficiente de correlação e as regressões, entre outros. Além disso, apresenta maior precisão e confiabilidade, principalmente quando as amostras representam, com fidelidade, a população de onde foram retiradas (MARCONI; LAKATOS, 2005).

A pesquisa qualitativa traduz-se em dados que não podem ser medidos quantitativamente, pois realidade e sujeito são elementos indissociáveis. Portanto, quando se trata da pessoa, são considerados seus traços subjetivos e particularidades, que não podem ser traduzidos em números quantificáveis (MARCONI; LAKATOS, 2005). A pesquisa qualitativa é de natureza exploratória, pois estimula o entrevistado a refletir e se expressar sobre o assunto em questão. As informações são expostas no relatório observando-se aspectos, como as opiniões e os comentários dos entrevistados (CRESWELL, 2010).

3.2 População e Amostra

A população do estudo foi composta por 600 profissionais de enfermagem de um Hospital da Região Metropolitana do Vale do Paraíba Paulista e Litoral Norte: 130 enfermeiros e 470 técnicos e auxiliares de enfermagem. Para este trabalho, a coleta de dados foi dividida em duas etapas.

A pesquisa foi desenvolvida em duas etapas, com uma amostra de 312 profissionais de enfermagem. Da Etapa 1 participaram 82 Enfermeiros, 82 Técnicos de Enfermagem e 148 Auxiliares de Enfermagem. Da Etapa 2 participaram 18 profissionais de enfermagem: 7 Enfermeiros, 5 Técnicos de Enfermagem e 6 Auxiliares de Enfermagem.

Os profissionais de enfermagem foram convidados a participar do estudo após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UNITAU 4.916.077/21) e a autorização do Hospital, e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Neste estudo, trabalhou-se com a amostra de resposta voluntária, que é também conhecida como autosselecionada, pois se caracteriza desse modo por serem os participantes que decidem a sua inclusão ou não na pesquisa (TRIOLA, 2008). Esse tipo de amostragem é muito útil quando o objeto de pesquisa envolve seres humanos, devendo obedecer aos preceitos éticos estabelecidos.

3.3 Instrumentos de Pesquisa

A Etapa 1 da pesquisa foi realizada a partir da aplicação de um questionário (Escala) com perguntas fechadas e abertas. Para avaliar o nível de estresse dos participantes da pesquisa, foi utilizado um questionário baseado nas Escala Toulousaine de Estresse e Escala Toulousaine de *Coping*. Posteriormente, na Etapa 2, realizou-se entrevista semiestruturada.

Segundo Manzini (2004) caracteriza-se como entrevista semiestruturada o fato de se utilizar um conjunto de perguntas elaboradas para direcionar o entrevistador e manter o tema central do estudo. As entrevistas levam a investigação ao trabalho de campo, o que aproxima o pesquisador do problema de pesquisa para vivenciar a realidade do sujeito, que promoveu uma reflexão sobre as indagações formuladas (MINAYO, 2009).

No próximo subitem, apresenta-se o questionário baseado nas Escala Toulousaine de Estresse e Escala Toulousaine de *Coping*, utilizado na Etapa 1.

3.3.1 Descrição da Escala Toulousaine de Estresse

A Escala Toulousaine de Estresse é utilizada para identificar os níveis de estresse do indivíduo ou de grupos de indivíduos. Foi desenvolvida na França, pela equipe de psicologia social e desenvolvimento da saúde da Universidade Toulouse, sob orientação do Prof. Pierre Tap (CHAMON, 2006). Foi validada no Brasil por Stephenson (2001).

A escala é composta por trinta questões que introduzem afirmações em escala *Likert*, variando de um a cinco pontos: de “quase nunca”, evoluindo para cinco, que representa “quase sempre”, representando as articulações físicas, psicológicas e psicossociais, e

manifestações fisiológicas e de temporalidade que atuam quando o fator estressante não é eliminado ou controlado. As perguntas são distribuídas alternadamente, na escala (CHAMON, 2006).

O somatório dos escores da escala de estresse é obtido a partir das respostas às perguntas direcionadas, de acordo com a escala de conversão, como mostra o Quadro 9.

Quadro 9 – Demonstrativo para questões que identificam as manifestações do estresse

ESTRESSE PERGUNTAS					
MANIFESTAÇÕES					
Físicas		Psicofisiológicas	Temporalidade	Psicológicas	
Nº 02	Nº 16	Nº 05	Nº 06	Nº 01	Nº 15
Nº 04	Nº 20	Nº 11	Nº 12	Nº 03	Nº 19
Nº 08	Nº 22	Nº 17	Nº 18	Nº 07	Nº 21
Nº 10	Nº 26	Nº 23	Nº 24	Nº 09	Nº 25
Nº 14	Nº 28	Nº 29	Nº 30	Nº 13	Nº 27

Fonte: Pizzato e Chamon (2005, *apud* SANTOS, 2007).

A Escala Toulousaine de Estresse também permite identificar o estresse global, que representa as reações manifestadas pelos indivíduos frente ao estresse (CHAMON, 2006). O estresse global é avaliado por meio de todas as trinta questões do questionário, considerando estresse físico, psicológico, psicofisiológico e manifestações de temporalidade.

3.3.2 Descrição da Escala Toulousaine de *Coping*

As estratégias de enfrentamento (*coping*) utilizadas pelos sujeitos são determinadas por meio da Escala Toulousaine de *Coping*, também desenvolvida na França pela mesma equipe que desenvolveu a escala de estresse descrita na seção 3.3.1. Essa escala considera as quatro estratégias isoladamente apontadas pelos sujeitos no enfrentamento do estresse – controle, apoio social, isolamento e recusa, e não apresenta um índice global de enfrentamento, pois se trata de estratégias classificadas como positivas ou negativas (CHAMON, 2006).

É composta por cinquenta e quatro questões, também numa escala de *Likert* de um a cinco, em que um é “quase nunca“, evoluindo para cinco, que representa “quase sempre“, e que representam quatro estratégias de enfrentamento. As questões estão misturadas ao longo da escala com o objetivo de dificultar que o respondente identifique suas respectivas categorias (CHAMON, 2006).

O Quadro 10 apresenta as questões para identificação das estratégias de enfrentamento.

Quadro 10 – Demonstrativo das questões para identificação das estratégias de enfrentamento

ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO							
Controle		Psicofisiológicas		Temporalidade		Psicológicas	
Perguntas n.ºs.		Perguntas n.ºs.		Perguntas n.ºs.		Perguntas n.ºs.	
01	06	07	12	02	04	03	05
08	09	14	15	18	20	10	13
11	17	23	25	22	35	16	21
19	24	28	30	36	38	31	32
26	27	33	34	40	54	41	42
29	37	39	43			48	49
44	47	45	46			50	51
53						52	

Fonte: Elaborado por Leite Júnior (2009, p.94 baseado em CHAMON, 2006).

O uso da escala destina-se a indicar a posição relativamente constante ou habitual de uma pessoa em relação a uma situação estressante percebida. As escalas são geralmente construídas definindo uma série de asserções com as quais os participantes são solicitados a indicar seu nível de concordância ou discordância (SANTOS, 2007).

Segundo Chamon (2006), cada escore é calculado de forma isolada e, ao final, um conjunto de valores é representado em um espaço quadridimensional. Como as estratégias de enfrentamento não são homogêneas, algumas formas são positivas e outras são negativas.

Segundo Ribeiro (2008), o coeficiente alfa de Cronbach, de Stephenson, tem sido utilizado para avaliar a consistência interna dos instrumentos, produzindo resultados satisfatórios que garantem a validade interna da escala. O alfa de Cronbach varia de zero a um: zero representa um conjunto não planejado ou aleatório de mensurações, e um corresponde ao conjunto ideal de mensurações. No caso de estresse e *coping*, a escala de Cronbach pode ser usada para avaliar se uma escala é afetada por outros efeitos, como erros de medida, e dimensionar a sua confiabilidade.

A Tabela 1 apresenta os escores médios para as dimensões do Estresse e o coeficiente alfa de Cronbach, apurados na pesquisa de Stephenson (2001), para a Escala Toulousaine de Estresse.

Tabela 1 - Escores médios para as dimensões do Estresse

	Global	Físico	Psicológico	Psicofisiológico	Temporalidade
Média de Pontos De Stephenson	77,3	22,5	26,6	13,6	14,6
α de Cronbach	0,94	0,84	0,87	0,81	0,75

Fonte: Stephenson (2001, *apud* STEPHENSON; CHAMON, 2005).

O coeficiente alfa de Cronbach e os escores médios para a população brasileira, apurados na pesquisa de Stephenson (2001), para a escala Toulousaine de *coping*, são apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 - Escores médios para as diferentes Estratégias de Enfrentamento

	Controle	Apoio Social	Isolamento	Recusa
Média de Pontos De Stephenson	62,9	37,5	31,4	39,2
α de Cronbach	0,83	0,76	0,78	0,75

Fonte: Stephenson (2001, *apud* STEPHENSON; CHAMON, 2005).

Os escores médios da pesquisa de Stephenson são utilizados para comparação com os resultados obtidos nessa pesquisa.

3.3.3 Entrevistas semiestruturadas

A Etapa 2 foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas elaboradas pelo pesquisador, sob supervisão de sua orientadora. Trata-se de um roteiro dividido em perguntas, que serviram para questionar os entrevistados sobre algumas informações pessoais e experiências por eles vivenciadas como profissionais de enfermagem de um hospital em tempos da pandemia da covid-19.

O roteiro é composto das seguintes divisões: a) o contexto do trabalho; b) valores e ética no trabalho; c) as representações do estresse; e, d) a pandemia da covid-19.

Segundo Sá (1998) as entrevistas individuais são os instrumentos mais comuns em pesquisas em representações sociais. Para Chamon (2007), é um instrumento privilegiado, pois as representações são construídas entre membros de um grupo que se comunicam.

Buscou-se iniciar a entrevista com questões mais amplas e genéricas como, por exemplo, “[...] Fale a respeito do seu trabalho aqui no hospital”. Isso porque, como defendem

Léssard-Hébert *et al.*, (2010, p. 163), “[...] é muitas vezes aconselhável iniciar uma entrevista por uma questão aberta que estimule a espontaneidade do entrevistado”. Além disso, procurou-se seguir, sempre, o caminho da construção espontânea do pensamento dos participantes, inserindo-se questões sobre as temáticas descritas somente nos casos em que os entrevistados não as contemplassem ao longo da entrevista.

As entrevistas foram realizadas até que se evidenciasse a saturação das respostas, ou seja, quando as respostas começavam a se repetir (BAUER; GASKELL, 2002).

Segundo Bauer e Gaskell (2002, p. 59), “[...] as entrevistas limitam-se no critério de saturação quando pode ser aplicada a lei da diminuição de retornos, pois, mesmo que a amostra seja ampliada, as diferenças serão mínimas e as representações não serão diferentes, a saturação é observada a partir de 25 a 30 entrevistas”.

3.4 Procedimento para Coleta de Dados

Para realização deste trabalho, inicialmente foi solicitada autorização para a Instituição Hospitalar. Em seguida, o trabalho foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em pesquisa da Universidade de Taubaté. A coleta de dados foi iniciada após aprovação do Comitê de Ética (ANEXO A).

A coleta de dados da Etapa 1 foi realizada de maio a setembro de 2022, e na Etapa 2 a coleta foi realizada entre outubro/2022 e fevereiro/2023. O pesquisador e os participantes utilizaram máscaras, recomendadas para uso em ambiente hospitalar, atendendo assim às medidas preventivas referentes ao contexto da covid-19, conforme recomendação do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) da referida instituição. O local de coleta de dados da Etapa 1 foi em um salão aberto com circulação de ar e com uma mesa para apoio e preenchimento das Escalas (questionários), e as entrevistas (Etapa 2) foram realizadas no setor de trabalho dos profissionais de enfermagem, conforme disponibilidade do participante. Cabe salientar que todos os participantes da entrevista responderam ao questionário.

Na mesa foi ofertado álcool gel, para uso antes e após o término do preenchimento do questionário. Foram entregues canetas esferográficas na cor azul ou preta aos participantes, evitando assim o manuseio do mesmo material por vários participantes.

No que tange a participação na pesquisa, foi ressaltando que há benefícios e riscos. Os benefícios indiretos consistem em que o estudo poderá trazer informações importantes para apreender como os trabalhadores agem, refletem e tomam decisões diante do estresse causado pelas mudanças imediatas relacionadas a covid-19, assim como outros indivíduos poderão se beneficiar dessas informações. Como benefício direto, o participante terá oportunidade de

expressar suas opiniões sobre o tema. Os riscos são de grau mínimo, ocorrendo somente se o participante se sentir constrangido ao responder o questionário e/ou apresentar cansaço. Caso haja algum dano ao participante, será garantido a eles procedimentos que visem à reparação e ao direito a indenização. Para participar deste estudo, ele não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira.

O pesquisador apresentou a ferramenta de coleta de dados, explicando sua origem e sua validação em outros estudos. Explicou, também, que, durante o preenchimento do questionário, em hipótese alguma deveriam se identificar, ou seja, colocar nome ou qualquer outro caractere que pudesse ser associado a eles.

As entrevistas foram gravadas em meio digital (áudio), mediante autorização dos participantes. As respostas fornecidas para cada uma das perguntas da entrevista semiestruturada foram posteriormente transcritas pelo próprio pesquisador, obtendo-se o texto a ser analisado. Esse texto recebeu um tratamento informatizado, por meio do *software* IRaMuTeQ, conforme apresentado no Procedimentos para Análise de Dados.

3.5 Procedimento para Análise de Dados

No presente estudo, os dados quantitativos (sociodemográficos) referentes à Etapa 1 e à Etapa 2, foram tratados por meio da estatística descritiva, com auxílio do Microsoft Excel, que permitiu a apresentação dos resultados em forma de gráficos e tabelas, para comparações e análises bidimensionais de estresse e estratégias de enfrentamento.

A questão aberta do questionário (Escala Toulousaine de Estresse e Escala Toulousaine de *Coping*) e os dados obtidos por meio das entrevistas (Etapa 2) foram tratados com auxílio do *software* IRaMuTeQ e analisados por meio de Análise de conteúdo (BARDIN, 2010). A análise de conteúdo consiste em um conjunto de técnicas de análise, “[...] análise das comunicações, que visa obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem as inferências de conhecimentos relativos de condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (BARDIN, 2010, p. 33). É entendido como um conjunto de instrumentos metodológicos em constante aperfeiçoamento, cujo objetivo é analisar as diferentes contribuições de conteúdo, verbais ou não verbais, por meio de uma sistematização dos métodos aplicados na análise dos dados.

A análise dos dados qualitativos, efetuada por meio da análise de conteúdo, compreende três fases distintas, cronologicamente distribuídas ao longo do desenvolvimento da pesquisa. A primeira fase consiste na pré-análise dos dados (composta por quatro etapas:

leitura flutuante, seleção de documentos, reformulações de objetivos e hipóteses e formulação de indicadores). Na segunda fase, é feita uma exploração do material coletado e transcrito. Após estas duas fases iniciais, finalmente o material coletado, transcrito e revisado, é tratado e codificado (BARDIN, 2010). A validade dos resultados da investigação resulta de uma coerência interna e sistemática entre estas fases, cujo rigor na organização da investigação evita a ambiguidade e é pré-requisito fundamental.

Os dados obtidos por meio da entrevista, após preparados, foram submetidos ao *software* IRaMuTeQ, desenvolvido por Ratinaud (2009) na língua francesa, mas atualmente possui tutoriais completos em outras línguas. O *software* possibilita os seguintes tipos de análises: pesquisa de especificidades de grupos, classificação hierárquica descendente, análise de similitude e nuvem de palavras. Estas técnicas de análise permitem sua identificação por meio de um arquivo único, devidamente configurado em formato texto (.txt), denominado *Rapport* ou *corpus*, e segmentos de texto (CAMARGO; JUSTO, 2013).

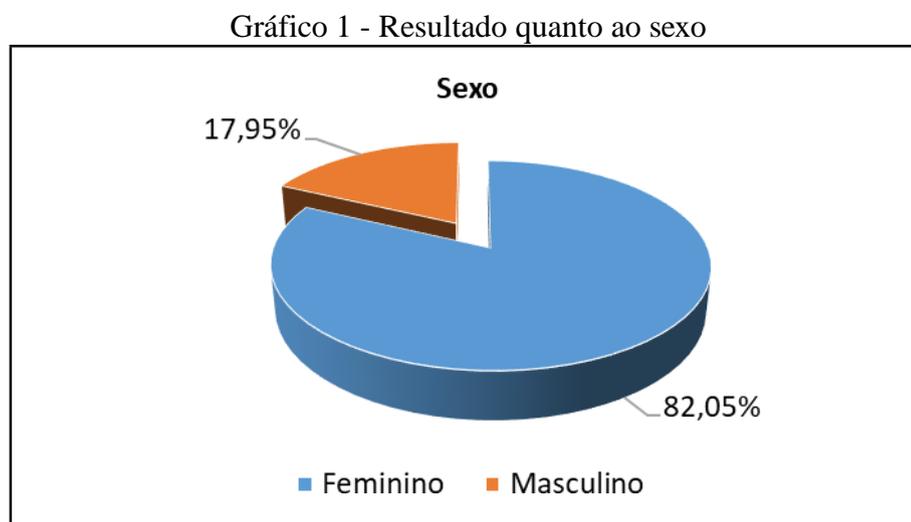
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo são apresentados os resultados obtidos com o estudo de campo e suas análises. A princípio caracteriza-se o perfil sociodemográfico dos profissionais de enfermagem, elaborado a partir dos dados fornecidos por eles no questionário que lhes foi entregue na Etapa 1. Posteriormente, apresenta-se a Etapa 2, com base nas narrativas dos profissionais entrevistados, analisadas à luz da Teoria das Representações sociais (TRS). Por fim, são realizadas as análises de estresse e das estratégias de enfrentamento, por meio da Escala Toulousaine de Estresse e de *Coping*, e descrevem-se as análises cruzadas com dados de estresse e estratégias de enfrentamento.

4.1 Perfil sociodemográfico dos profissionais de Enfermagem: Participantes da Pesquisa

A fim de caracterizar o grupo pesquisado, foram coletadas informações referentes a sexo, idade, estado civil, filhos, escolaridade, profissão, tempo de serviço na profissão e no hospital, setores em que os participantes atuam e o tabagismo relacionado à profissão. Os dados foram tabulados no *software* Microsoft Excel e apresentados nos Gráfico de 1 a 10, respectivamente.

Observa-se, no Gráfico 1, que há predominância do sexo feminino, 256 (82,05%), quando comparado à população masculina 56 (17,95%).



Fonte: Dados da pesquisa.

O predomínio do sexo feminino corrobora os dados encontrados por Santana, Ferreira e Santana (2020), que obtiveram 87,9% de predominância do sexo feminino, em um estudo

realizado com 124 profissionais de enfermagem de um hospital universitário do interior de Minas Gerais, em 2018.

Dados semelhantes encontrados em outra pesquisa, realizada por Silva *et al.* (2020), em instituição hospitalar filantrópica do estado de São Paulo. A amostra foi composta majoritariamente por mulheres (86,7%), o que se justifica historicamente, pois o cuidar era desenvolvido apenas por mulheres. Este fato é também observado nos cursos de graduação de enfermagem, pois em uma pesquisa realizada com 102 graduandos de enfermagem da Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein, em São Paulo/SP, em 2007, 95% eram do gênero feminino, o que se explica pela própria história da profissão (BARBOZA; BERESIN, 2007). A predominância do gênero feminino é uma forte característica na maioria dos cursos de enfermagem, e a profissão ainda é predominantemente feminina, no Brasil.

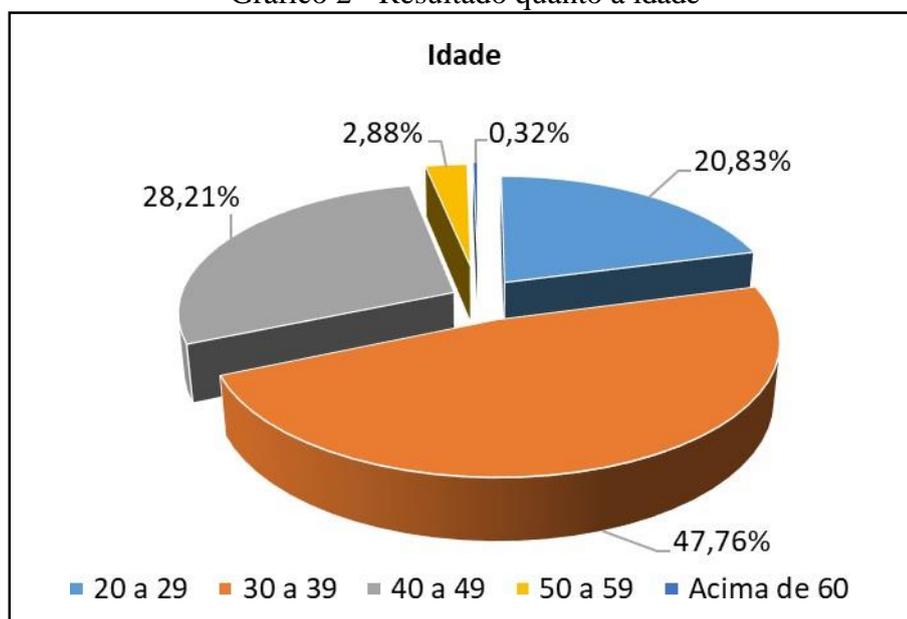
Esses resultados corroboram os encontrados em outra pesquisa, realizada em 2021, pelo Conselho Federal de Enfermagem - COFEN: dos 10.329 participantes, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e obstetizes, 87% eram do sexo feminino (COFEN, 2021). Esses dados se mantêm, pois, há 10 anos, em outro levantamento realizado pelo Conselho Federal de Enfermagem - COFEN, a maioria dos profissionais de enfermagem era do sexo feminino. Esses profissionais do sexo feminino a 87,24% dos profissionais do Brasil, e os do sexo masculino correspondem a 12,76% (COFEN, 2011).

A enfermagem tem sido historicamente um campo de atividade criado e exercido por mulheres. Desde suas antecessoras, como Florence Nightingale, na Europa, e Anna Nery, no Brasil, até as atuais profissionais, que compõem 85% da força de trabalho na área, segundo levantamentos do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2021).

Segundo Gonçalves e Sena (1998), a divisão social do trabalho na estrutura familiar dos grupos primitivos incluía a mulher encarregada de cuidar de crianças, idosos e doentes. Segundo Barros *et al.*, (1997), a palavra inglesa “*nurse*” tem sua origem no latim, *nutrix*, que significa “mãe que cria”.

A faixa etária dos profissionais de enfermagem encontra-se distribuída entre 20 e acima de 60 anos. O Gráfico 2 apresenta a distribuição desses profissionais quanto à faixa etária: 65 (20,83%) entre 20 e 29 anos; 149 (47,76%) entre 30 e 39 anos; 88 (28,21%) entre 40 e 49 anos; 9 (2,88%) entre 50 e 59 anos; e, 1 (0,32%) acima de 60 anos.

Gráfico 2 - Resultado quanto à idade



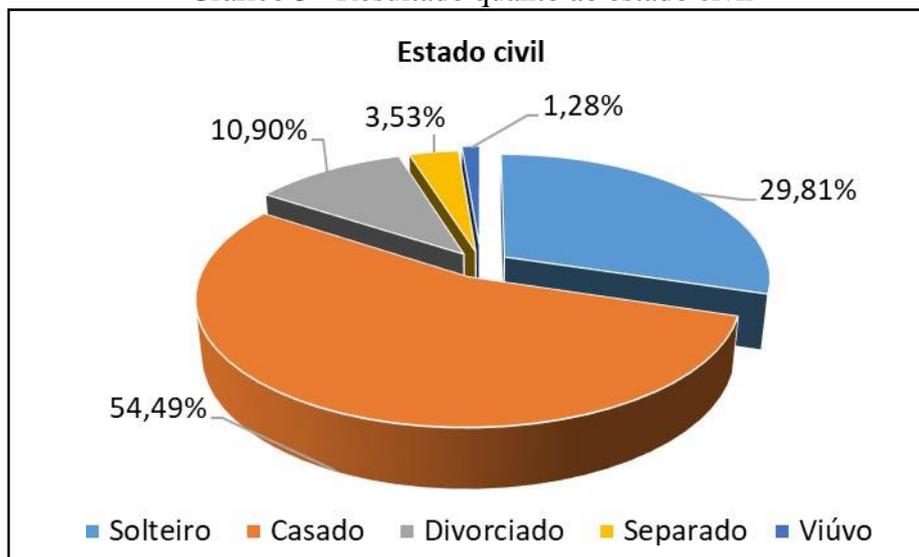
Fonte: Dados da pesquisa.

Esses dados mostram que a maior parte dos profissionais de enfermagem tem idade entre 20 e 39 anos, perfazendo um total de 214 (68,59%), o que caracteriza um grupo adulto jovem, dado semelhante ao do perfil da categoria da enfermagem evidenciado na literatura (MACHADO *et al.*, 2015). Dados semelhantes foram encontrados em uma pesquisa realizada por Silva *et al.* (2020), em instituição hospitalar, na qual os profissionais de enfermagem tinham idade predominante de até 35 anos (58%). Esses dados corroboram o resultado encontrado, em 2021, pelo Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo - COREN: 42% da amostra tinham de 34 a 43 anos.

Um levantamento realizado pela Fundação Oswaldo Cruz, por iniciativa do Conselho Federal de Enfermagem, referente ao perfil da Enfermagem do Estado de São Paulo, composta por 453.665 profissionais de Enfermagem, revela que a idade dos participantes é de até 40 anos (64,4%), de 26 a 35 anos (40,6%), de 36 a 50 anos (40,7%) e, (1,5%) mais de 61 anos (MACHADO *et al.*, 2017).

Do número total dos profissionais pesquisados, 170 (54,49%) são casados; 93 (29,81%), solteiros; 34 (10,90%), divorciados; 11 (3,53%), separados; e, 4 (1,28%), viúvos (ver Gráfico 3).

Gráfico 3 - Resultado quanto ao estado civil



Fonte: Dados da pesquisa.

O predomínio de casados vai ao encontro dos dados encontrados por Santana, Ferreira e Santana (2020) - 66 (53,2%) eram casados ou em união estável, de resultados encontrados na pesquisa de Silva *et al.* (2020): casados, 44%, e em pesquisa realizada com 10.329 profissionais de enfermagem pelo Conselho Federal de Enfermagem, que registrou 51,4% de participantes casados (COFEN, 2021).

No Gráfico 4, observa-se que 191 (61,22%) têm filhos e que 121 (38,78%) não têm filhos.

Gráfico 4 - Resultado se possuem filhos



Fonte: Dados da pesquisa.

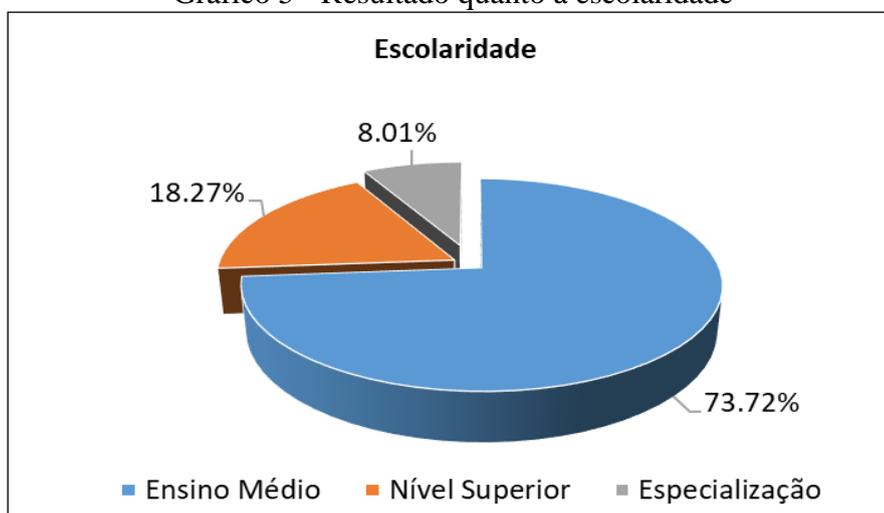
A predominância de filhos é semelhante aos dados encontrados por Santana, Ferreira e Santana (2020), em pesquisa realizada com profissionais da equipe de enfermagem de um

hospital universitário do interior de Minas Gerais, dos quais:72,6% dos participantes tinham filhos.

Dados diferentes foram encontrados em pesquisa realizada com os enfermeiros que atuam em hospitais da Região Metropolitana do Vale do Paraíba Paulista e Litoral Norte: dos 239 enfermeiros, 39,33% tinham de um a dois filhos e 7,11% (17) tinham três ou mais filhos (SANTOS, 2008).

No Gráfico 5, observa-se que os enfermeiros demonstram preocupação com aprimoramento profissional, fato evidenciado pelo número de profissionais com especialização já concluída. São 25 (8,01%) com especialização já concluída, 57 (18,27%) somente graduados e 230 (73,72%) com ensino médio, número este correspondente ao dos Auxiliares e Técnicos de Enfermagem.

Gráfico 5 - Resultado quanto à escolaridade

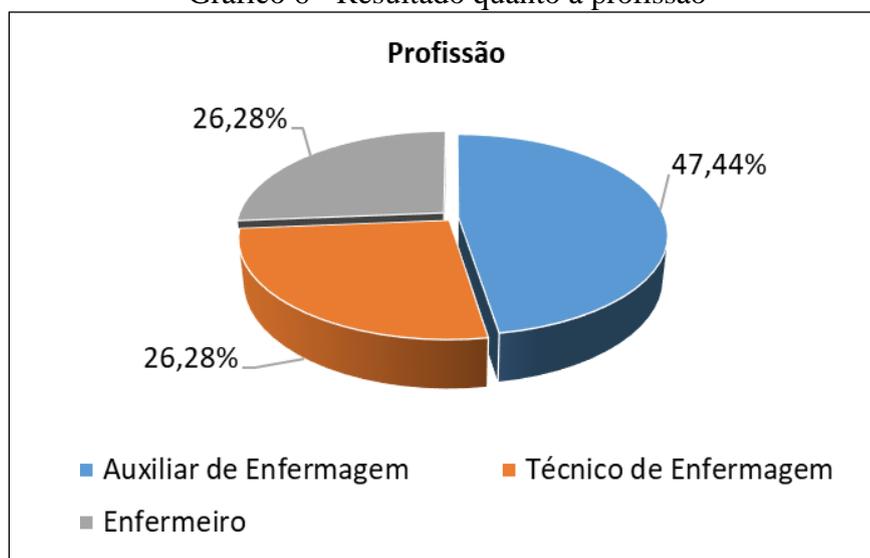


Fonte: Dados da pesquisa.

Um levantamento realizado pela Fundação Oswaldo Cruz, por iniciativa do Conselho Federal de Enfermagem, referente ao perfil dos Enfermeiros do Brasil, 80,1% têm pós-graduação: 72,8%, *lato sensu*, e 19,6%, *stricto sensu* – 10,9%, mestrado acadêmico, 3,6%, mestrado profissional, 4,7%, doutorado, 0,4%, pós-doutorado. E, em relação aos auxiliares e técnicos de enfermagem, 57,7% têm 2º grau completo (MACHADO *et al.*, 2017).

Do número total dos profissionais pesquisados, 148 (47,44%) são Auxiliares de Enfermagem; 82 (26,28%), Técnicos de Enfermagem; 34 (10,90%) e 82 (26,28%), Enfermeiros, conforme Gráfico 6.

Gráfico 6 - Resultado quanto à profissão



Fonte: Dados da pesquisa.

A equipe de enfermagem brasileira é, majoritariamente, constituída de técnicos e auxiliares de enfermagem de formação nível médio. Dado semelhante é apresentado por Machado *et al.*, (2017): 77% do contingente responde que estão registrados no sistema COFEN/COREN na modalidade profissional de auxiliar/técnico de enfermagem. Entretanto, percebe-se que os enfermeiros demonstram um importante crescimento, nesse aspecto, representado por quase $\frac{1}{4}$ (23%) da força de trabalho.

Dados atualizados pelos Conselhos Federais de Enfermagem (COFEN), em agosto de 2022, constatam que o total de profissionais de enfermagem no Brasil é 2.728.080: 447.375 (16,40%) são auxiliares de enfermagem, 1.609.061 (58,98%) são técnicos de enfermagem e 671.290 (24,60%) são enfermeiros (COFEN, 2022).

O tempo de serviço dos profissionais de enfermagem na profissão está distribuído entre 1 e acima de 26 anos. O Gráfico 7 apresenta a distribuição dos enfermeiros quanto ao tempo de serviço na profissão: 13 (4,17%), até 1 ano; 36 (11,54%), de 2 a 3 anos; 70, (22,44%) de 4 a 6 anos; 98 (31,41%), de 7 a 10 anos; 44 (14,1%), de 11 a 14 anos; 37 (11,86%), de 15 a 20 anos; 10 (3,21%), de 21 a 25 anos; e, 4 (1,28%)c acima de 26 anos.

Gráfico 7 - Resultado quanto ao tempo de serviço na profissão



Fonte: Dados da pesquisa.

Dados semelhantes foram encontrados no levantamento realizado em 2013 pela Fundação Oswaldo Cruz, em relação ao tempo de formado dos enfermeiros: até 5 anos, 37,8%; de 6 a 10 anos, 25,9%; de 11 a 20 anos, 10,9%; mais de 21 anos, 5,1%. Quanto ao perfil da formação profissional dos auxiliares e técnicos de enfermagem, estes são os dados encontrados por aquela Fundação: até 5 anos, 24,6%; de 6 a 10 anos, 25,3%; de 11 a 20 anos, 25,3%; mais de 21 anos, 8,9% (MACHADO *et al.*, 2017).

Em uma pesquisa realizada por Santos (2008), com Enfermeiros de hospitais do vale do Paraíba Paulista, resultados diferentes foram encontrados, prevalecendo o tempo de atuação na profissão de 1 a 3 anos, 71 (29,71%), seguidos de 41 (17,15%), de 7 a 10 anos, e 38 (15,90%), de 4 a 6 anos (SANTOS, 2008).

O tempo de serviço dos profissionais de enfermagem no hospital encontra-se distribuído entre 1 e acima de 26 anos. O Gráfico 8 apresenta a distribuição quanto ao tempo de serviço no hospital: 22 (7,05%), até 1 ano; 68 (21,79%), de 2 a 3 anos; 96 (30,77%), de 4 a 6 anos; 74 (23,72%), de 7 a 10 anos; 26 (8,33%), de 11 a 14 anos; 17 (5,45%), de 15 a 20 anos; 7 (2,24%), de 21 a 25 anos; e, 2 (0,64%) acima de 26 anos.

Gráfico 8 - Resultado quanto ao tempo de serviço no hospital



Fonte: Dados da pesquisa.

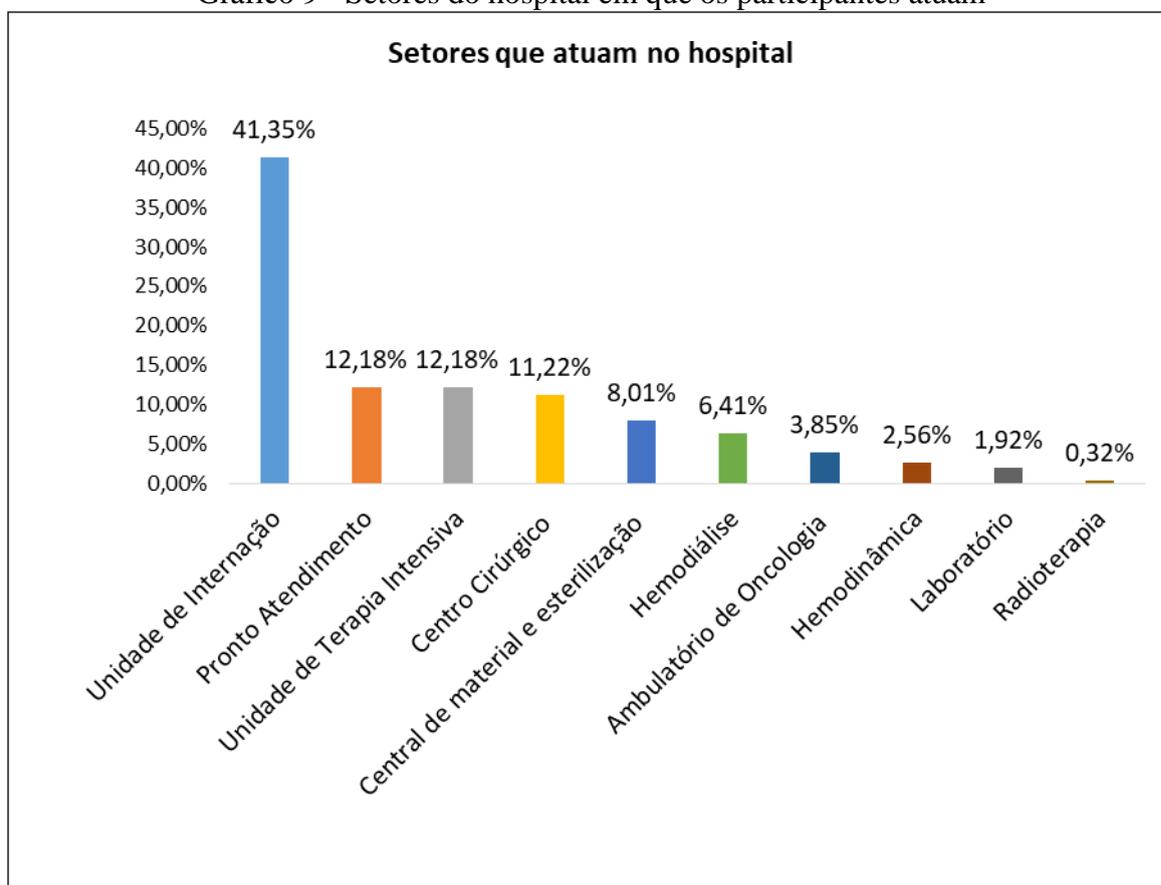
Na pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz, sobre o perfil do mercado de trabalho da equipe de enfermagem, em relação ao tempo de trabalho, os resultados encontrados foram: até 5 anos, 30%; de 6 a 10 anos, 23,2%; de 11 a 20 anos, 23,8%; mais de 21 anos, 13,6 (MACHADO *et al.*, 2017).

Na pesquisa realizada por Scholze *et al.*, (2017) em três hospitais públicos do Paraná, constatou-se que os enfermeiros com maior tempo de trabalho na instituição apresentaram menores possibilidades de trabalho desgastante.

Embora o envelhecimento dos trabalhadores amenize suas capacitâncias físicas e cognitivas, os anos de carreira conferem-lhes mais experiência laboral e maior resiliência ao estresse (YANG *et al.*, 2016). Nesse sentido, é importante reconhecer esses profissionais nos hospitais e incentivá-los a compartilhar suas experiências com seus pares, para ajudá-los a enfrentar e desenvolver estratégias de defesa contra o estresse profissional (SCHOLZE *et al.*, 2017).

Quanto à distribuição dos setores em que os profissionais participantes atuam, os resultados foram: 129 (41,35%), na Unidade de Internação; 38 (12,18%), no Pronto Atendimento e na Unidade de Terapia Intensiva; 35 (11,22%), no Centro Cirúrgico; 25 (8,01%), na Central de Materiais e Esterilização; 20 (6,41%), na Hemodiálise; 12 (3,85%), no Ambulatório de Oncologia; 8 (2,56%), na Hemodinâmica; 6 (1,92%), no Laboratório; e, 1 (0,32%), na Radioterapia (ver Gráfico 9).

Gráfico 9 - Setores do hospital em que os participantes atuam



Fonte: Dados da pesquisa.

Observa-se prevalência de 129 profissionais de enfermagem (41,35% da amostra) que atuam na unidade de internação. Isso porque no hospital pesquisado existem 5 unidades de internação, consequentemente, maior número de leitos e de pacientes internados nesses setores, bem como de profissionais alocados.

No período da pandemia da covid-19, foi destinada uma unidade de internação específica para leitos de isolamento respiratórios e leitos de isolamentos foram distribuídos nas demais unidades de internação, devido à altíssima demanda de atendimento e à necessidade de leitos, principalmente em razão do atendimento, do pronto atendimento e de cuidado assistido, na unidade de internação hospitalar e especializada e na unidade de terapia intensiva.

Na Tabela 3, observa-se que, para trabalhar no hospital, 231 (74,04%) receberam treinamento teórico e que 81 (38,78%) receberam treinamento prático.

Tabela 3 – Distribuição quanto ao tipo de treinamento para trabalhar no Hospital

Variáveis	N	%
Tipo de treinamento		
Teórico	231	74,04
Prático	81	25,96
Total	312	100

Fonte: Dados da pesquisa.

Cabe salientar que a proposta do treinamento admissional na área da Enfermagem visa preparar os profissionais da equipe para uma assistência baseada em protocolos, processos e diretrizes, e alinhada com a visão e os valores da instituição. Trata-se de processo organizado para propiciar conhecimento e desenvolvimento de habilidades para alcançar determinada competência por meio da experiência prática orientada e feedback regular (BUCCHI *et al.*, 2011). Esses treinamentos são ministrados pelo setor de Educação Corporativa.

A Educação Corporativa é caracterizada como um processo educativo contínuo, de capacitação e motivação pessoal e profissional, com o objetivo de construir indivíduos críticos, reflexivos e inovadores, com postura e ética profissional (JERICÓ, 2001; BACKES; NIETSCHE, 2002). Esta educação tem como objetivo inserir os profissionais em novos conhecimentos, habilidades e atitudes, ou seja, conscientizá-los para a busca dos três pilares da competência profissional (o conhecer, o fazer e o ser), esperando que venham a ter um desempenho qualificado, ou seja, resultados adequados nos processos de trabalho, com vistas à consecução das metas e dos objetivos organizacionais (FOLLADOR; CASTILHO, 2007).

As empresas na área da saúde têm adotado os treinamentos como estratégia competitiva para controlar e reduzir os custos das instituições. Partindo deste pressuposto, de acordo com seu orçamento, continuam investindo em educação e treinamento, proporcionando benefícios futuros para a própria instituição (JERICÓ; CASTILHO, 2004; JERICÓ; CASTILHO; PERROCA, 2006). Assim, nas organizações as pessoas tornam-se cada vez mais importantes, e tal fato se dá devido aos resultados positivos obtidos com todos os investimentos educativos (STRAIOTO, 2000).

A pesquisa realizada por Barbosa, Schirmer e Balsanelli (2022, s.p), referente à enfermagem no contexto da pandemia pela covid-19, traz lições pertinentes a este contexto de aprendizado. Veja-se, por exemplo, a lição 3:

Lição 03: qualificar, qualificar e qualificar! O exercício da enfermagem, assim como muitas profissões, demanda um contínuo aperfeiçoamento não somente de técnicas e procedimentos mais atuais e de maior impacto, mas um aperfeiçoamento em termos éticos e de compromisso social. Portanto, a qualificação profissional não é somente

uma exigência do mercado, é e deve ser uma exigência de cada profissional para combater as iatrogenias e seguir ofertando trabalhos cientificamente embasados; mais que isso, deve ser uma exigência que os lugares de trabalho proporcionem esses processos qualificadores sistemáticos, aprofundados e remunerados, ou seja, dentro do seu período de trabalho. Se as instituições formadoras têm a obrigação de produzir profissionais de qualidade com habilidades e conhecimentos, além de atitudes eticamente comprometidos, as instituições de serviços de saúde devem ter a obrigação de sistemática e continuamente aprimorar os processos qualificadores dos trabalhadores da enfermagem (BARBOSA; SCHIRMER; BALSANELLI, 2022, s.p).

Diante disso, percebe-se a importância do treinamento ao profissional de enfermagem, principalmente para o recém-admitido, tendo em vista sua necessidade de maior aprendizado, ainda mais no contexto pandêmico da covid-19, que trouxe adaptações e novas habilidades técnicas e práticas.

Na Instituição Hospitalar pesquisada, o setor de educação corporativa ministra treinamentos desde a admissão de novos funcionários, bem como treinamentos mensais, que no período da covid-19 se tornou uma prática importante e corriqueira, pois foram implementados diversos treinamentos aos profissionais de enfermagem (INSTITUIÇÃO HOSPITALAR, 2021).

Destaca-se que, com a pandemia da covid-19, surgiram novos procedimentos, como exemplo, o uso de aventais impermeáveis, para proteção dos funcionários contra a covid-19, técnica intitulada como paramentação e desparamentação. Trata-se de um Equipamento de Proteção Individual (EPIs) exigido pela Anvisa. Seu fornecimento é de responsabilidade do empregador (INSTITUIÇÃO HOSPITALAR, 2021).

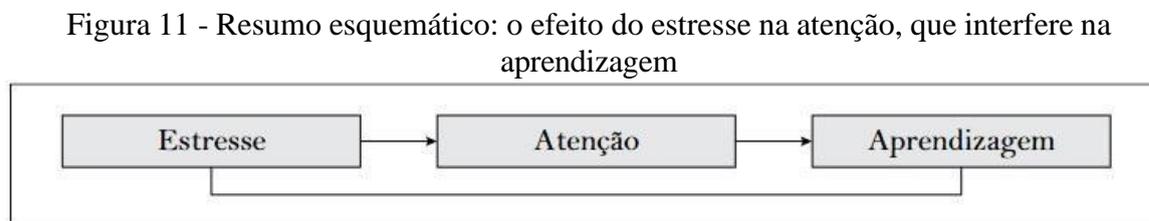
Nesse contexto, articula-se a importância do treinamento visando à assertividade no uso de EPIs, pois o profissional de saúde pode ser a segunda vítima em contato com o paciente contaminado com a covid-19. Para Bohomol *et al.* (2020, p.19):

A segunda vítima não se refere apenas aos profissionais envolvidos em casos de eventos adversos, mas também em casos de morte do paciente ou resultado não esperado do tratamento. Os gatilhos desencadeantes de sintomas emocionais prejudiciais podem ser situações semelhantes a casos anteriores, familiar que vivenciou situação similar ou mesmo apego ao paciente, gerando desgaste emocional ou mesmo físico do profissional. (BOHOMOL *et al.*, 2020, p.19).

Ressalta-se a importância dos treinamentos nesse contexto pandêmico, principalmente quanto a sua articulação com a prevenção do estresse.

Os danos causados pelo estresse, de acordo com seu nível (estado de alarme, resistência ou exaustão), incluem a diminuição ou o bloqueio da capacidade de atenção e a consequente redução ou comprometimento do potencial de aprendizagem. O estresse (distresse) ao afetar a atenção, afeta também a aprendizagem uma vez que, para aprender, o

indivíduo precisa de sua capacidade de atenção (LIMA; SOARES, 2019). A Figura 11 representa essa relação.



Fonte: LIMA; SOARES, 2019, p.250.

A capacidade de atenção sofre influências de fatores externos, como motivação, estado emocional e relevância da tarefa. Se durante um momento de aprendizagem o indivíduo estiver com sua atenção comprometida por um estressor (preocupação com alguma situação no trabalho, por exemplo), poderão ocorrer tarefas mal executadas e má compreensão sobre o tema objeto de estudo, e a aprendizagem poderá ser prejudicada (LIMA; SOARES, 2019).

Entender como a atenção participa da aprendizagem e como o estresse pode prejudicar este processo contribui para a reflexão e a proposição de meios que “promovam” a atenção do adulto e a realização de atividades que bloqueiem ou amenizem o nível de estresse entre os alunos (LIMA; SOARES, 2019).

Na Tabela 4, observa-se que 142 (45,51%) praticam atividade física e que 170 (54,49%) não praticam.

Tabela 4 - Distribuição quanto à prática de atividade física

Variáveis	N	%
Prática de atividade física		
Sim	142	45,51
Não	170	54,49
Total	312	100

Fonte: Dados da pesquisa.

Diante dos resultados encontrados nesta pesquisa, percebe-se que o ideal está longe e que estratégias devem ser implementadas, no intuito de tentar minimizar ou evitar os elevados níveis de inatividade física e suas conseqüentes morbidades.

O sedentarismo vem sendo visto como um problema de saúde pública no mundo, particularmente no Brasil (HALLAL *et al.*, 2007; CARVALHO *et al.*, 2010). A atividade física desempenha papel importante no desenvolvimento motor dos indivíduos e, além disso,

melhora as relações interpessoais nos ambientes familiares e de trabalho e a qualidade de vida (NEGRÃO; TINUCCI; RONDON, 1999).

Segundo Tamayo (2001), o nível de estresse em profissionais que não incluem atividade física regular em sua rotina é maior. Nos indivíduos que a praticam, percebe-se maior disposição e energia para a realização das atividades da rotina de trabalho.

A OMS (2022, s.p) assim define atividade física:

Qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que requeiram gasto de energia, incluindo atividades físicas praticadas durante o trabalho, jogos, execução de tarefas domésticas, viagens e em atividades de lazer. O termo “atividade física” não deve ser confundido com “exercício”, que é uma subcategoria da atividade física e é planejada, estruturada, repetitiva e tem como objetivo melhorar ou manter um ou mais componentes do condicionamento físico (OMS, 2022, s.p).

Cabe mencionar que, dentre várias rotinas de trabalho, os profissionais de enfermagem são responsáveis pelo deslocamento de pacientes e por cuidados com suas necessidades básicas, tais como higiene pessoal e banho no leito, administração de medicamentos e transporte de diferentes equipamentos. Podemos observar que essas atividades demandam maior gasto energético, pois exigem que esses profissionais percorram maiores distâncias no ambiente hospitalar e no próprio setor, seja caminhando, subindo e descendo escadas, seja realizando atividades vigorosas que exigem força física, como a transferência de pacientes para a cama ou para a cadeira e a tarefa de banho no leito (ACIOLIE NETO *et al.*, 2013).

Na Tabela 5 observa-se que apenas 24 (7,69%) são fumantes e que 288 (92,31%) não são tabagistas.

Tabela 5 - Distribuição quanto ao uso do tabagismo

Variáveis	N	%
Fumante		
Sim	24	7,69
Não	288	92,31
Total	312	100

Fonte: Dados da pesquisa.

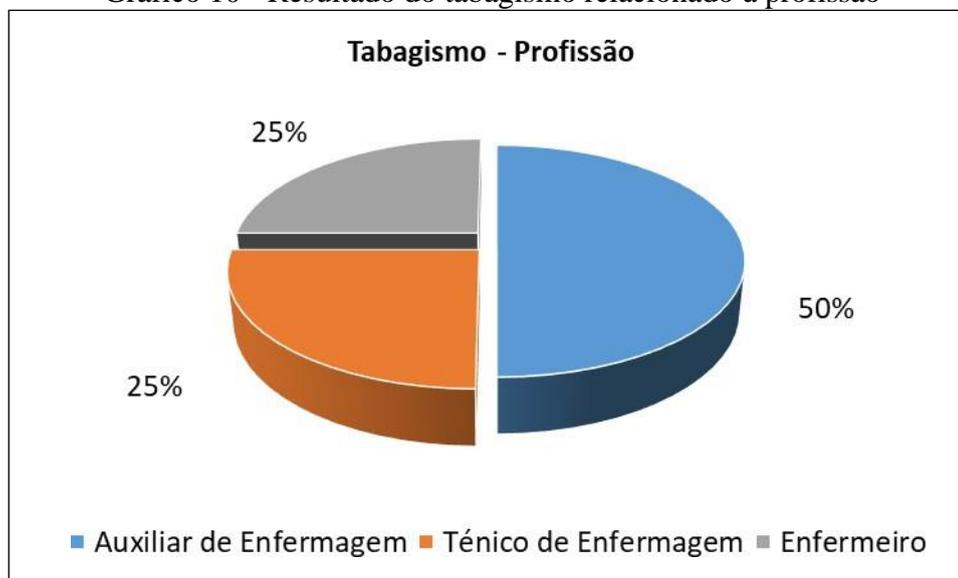
Em relação aos hábitos de vida dos participantes deste estudo, constatou-se que uma minoria era tabagista. A adoção desse perfil pode estar relacionada ao fato de esses profissionais estarem cientes dos efeitos danosos das substâncias psicoativas no nível

biopsicossocial, que incluem: excesso de peso, diabetes mellitus, doenças do coração, depressão, distúrbios do sono e dependência de drogas (CHIN; NAM; LEE, 2016).

Resultados semelhantes foram encontrados em outra pesquisa: baixa prevalência de tabagismo na enfermagem, em uma população constituída por 656 participantes: 509 (77,6%) não tabagistas, 80 (12,2%) ex-tabagistas e 67 (10,2%) tabagistas (AYOUB; SOUSA, 2019).

No Gráfico 10, observa-se que 50% dos fumantes são auxiliares de enfermagem. 25% são técnicos de enfermagem e 25% são enfermeiros.

Gráfico 10 - Resultado do tabagismo relacionado à profissão



Fonte: Dados da pesquisa.

Um estudo realizado por Kuhnen *et al.*, (2018) demonstrou que indivíduos com menor escolaridade apresentam prevalência de tabagismo até 2,39 vezes maior que os de maior escolaridade.

Tal realidade é corroborada pelo estudo realizado por Ayoub e Sousa (2019), em que auxiliares e técnicos de enfermagem (que não necessitam de curso superior) relatam fumar mais que os enfermeiros (que têm curso superior).

Na Tabela 6 (a seguir) apresenta-se a distribuição da utilização do tempo fora do ambiente hospitalar.

Tabela 6 - Distribuição da utilização do tempo fora do ambiente hospitalar

Variáveis	N	%
Atividades realizadas		
Realiza afazeres domésticos	214	68,59
Realiza alguma atividade física	50	16,03
Na internet/celular	22	7,05
Lê livros e/ou estuda	18	5,77
Assiste programas de televisão	6	1,92
Estar com a família	1	0,32
Vai ao cinema/teatro	1	0,32
Total	312	100

Fonte: Dados de pesquisa.

No que se refere à utilização do tempo fora do ambiente hospitalar, os resultados foram: 214 (47,44%) realizam afazeres domésticos; 28 (26,28%), alguma atividade física; 22 (7,05%), utilizam internet/celular; 18 (5,77%) leem livros e/ou estudam; 6 (1,92%) assistem a programa de televisão; e, 1 (0,32%), fica com a família e vai ao cinema/teatro (ver Tabela 6).

Observa-se a predominância de afazeres domésticos como primeira opção na utilização do tempo fora do ambiente hospitalar. Ao estratificar o item de maior prevalência, percebe-se que 180 (57,69%) correspondem ao sexo feminino e, mesmo que atuem no mercado de trabalho, não se desvinculam das tarefas domésticas. Esses corroboram pesquisa realizada por Iacono (2020): além do cuidado com os outros, realizam afazeres domésticos e cuidam de seus entes queridos.

Analisando as informações dos participantes apresentado nesta seção, nota-se que mais de 80% são do sexo feminino, que apenas 17,95% são do sexo masculino e que 47,44% são auxiliares de enfermagem. A maioria desse público tem entre 30 e 39 anos de idade. São indivíduos casados (54,49%) e têm filhos (61,22%).

A pesquisa mostrou que apenas um indivíduo tem mais de sessenta anos de idade e que nove estão entre 50 e 59 anos. Constatou-se que 30,77% dos profissionais entrevistados atuam na área há pouco tempo, entre 4 e 6 anos. Já 23,72% afirmaram que trabalham na área de 7 a 10 anos. Duas pessoas disseram que estão trabalhando nesse ramo há mais de vinte e seis anos. Nesse sentido, percebe-se que o tempo de experiência dos respondentes é bem variado, coexistindo pessoas que entraram recentemente no mercado com outras que nele atuam há mais de vinte anos.

Em relação ao tempo de serviço no hospital, 4 a 6 anos (30,77%), e a maioria dos participantes atuam no setor de unidade de internação. No que se refere a receber treinamento no momento da contratação, observou-se que grande parte dos participantes recebeu treinamento teórico (74,04%), e entende-se que no período pandêmico o treinamento foi de grande importância, pelo fato da incorporação de novas rotinas, protocolos e técnicas que não existiam anteriormente. Dos participantes da pesquisa, a maioria pratica atividade física e não é fumante. Quanto estão fora do hospital, concentram seus afazeres nas atividades domésticas.

No item que seguem, são apresentados os resultados referentes à Etapa 1 desta pesquisa.

4.2 Análise qualitativa - Etapa 1

Nesta seção são apresentados os dados qualitativos referentes à Etapa 1, obtidos por meio das questões abertas do questionário, que compreendem os discursos dos profissionais quando indagados sobre uma situação difícil, angustiante ou estressante, vivenciada por eles atualmente ou no passado.

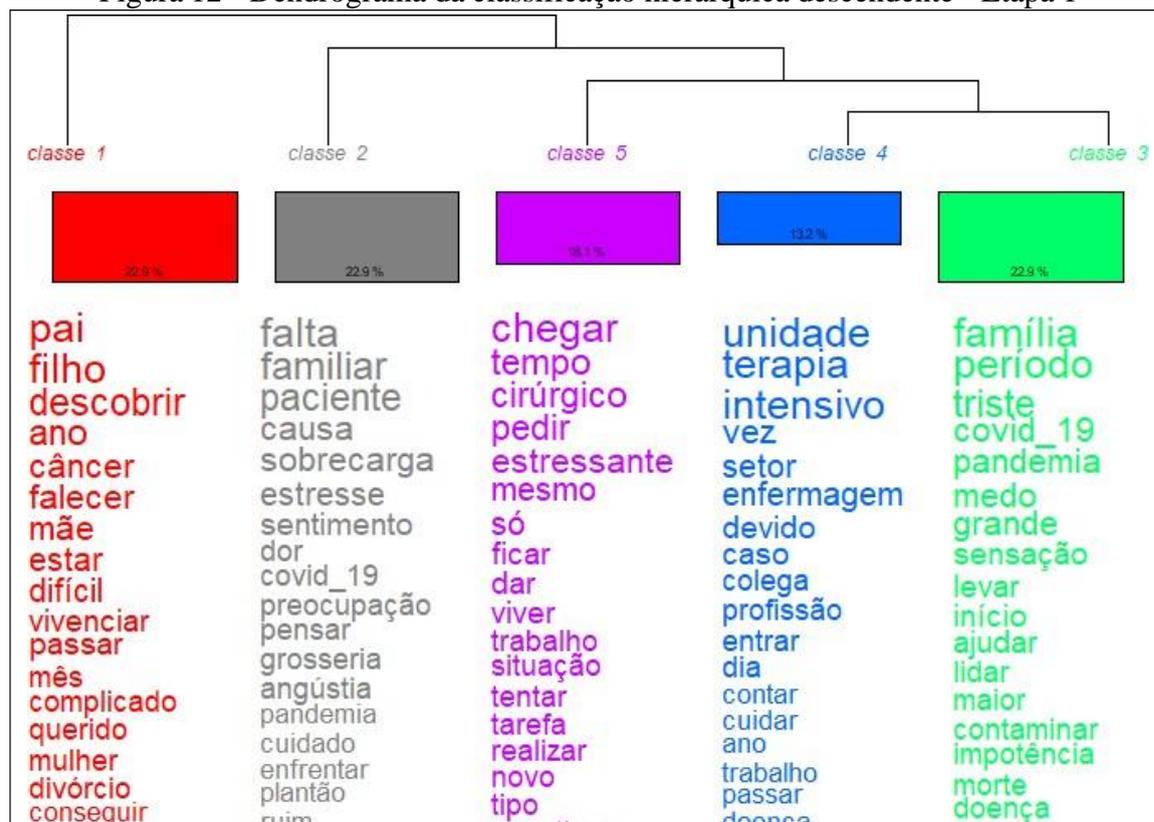
O texto foi preparado para tratamento no *software* IRaMuTeQ. Dos 312 participantes da Etapa 1, 99 participantes respondeu à questão aberta, e dessa forma, o *corpus* geral foi constituído por 99 textos, separados em 309 segmentos de texto (ST). Emergiram 3.964 ocorrências (palavras, formas ou vocábulos). O programa gerou 5 classes com os segmentos de textos obtidos das palavras estatisticamente significativas (com aproveitamento de 83,84% do conteúdo do total das entrevistas), o que permitiu a realização da análise qualitativa.

É significativo ressaltar que as análises de Classificação Hierárquica Descendente (CHD), para serem úteis na classificação de qualquer material textual, devem apresentar uma retenção mínima de 75% dos segmentos de texto. Certos autores reconhecem a possibilidade de se considerar o aproveitamento de 70% dos segmentos de textos (CAMARGO; JUSTO, 2013).

A CHD gerou 5 classes a partir do tratamento do *corpus* (Figura 12). Entende-se como classe um conjunto de vocábulos que aparecem próximos, com formação de um segmento de texto. A partir disso, os pontos centrais do texto podem ser identificados e demonstrar como os termos estão associados uns aos outros. Essas classes representam o ambiente de sentido dos vocábulos e podem indicar as representações sociais ou elementos/conteúdos de representacionais sobre o objeto social em estudo (ANDRADE JÚNIOR; ANDRADE, 2016).

Por meio da CHD, é possível apresentar o conteúdo de cada classe reproduzida, o que permite nomeá-las de acordo com esse mesmo conteúdo, além de possibilitar aprender o conhecimento dos grupos e as ideias centrais do *corpus*.

Figura 12 - Dendrograma da classificação hierárquica descendente - Etapa 1



Fonte: Dados da pesquisa/ IRaMuTeQ.

O Dendrograma deve ser lido da esquerda para a direita, a partir do primeiro subgrupo, que é pelas classes: Classe 1 (22,89%), Classe 2 (22,89%), Classe 5 (18,07%), Classe 4 (13,25%) e Classe 3 (22,89%).

Ao analisar o Dendrograma gerado pelo IRaMuTeQ, também é possível observar que as palavras são apresentadas em listas dentro de cada classe de palavras. As primeiras palavras estão grafadas em fonte maior, e as subsequentes vão diminuindo gradativamente. Essa forma de grafar as palavras, dos maiores tamanhos para os menores, está associada ao número de vezes que as palavras apareceram.

Nesse sentido, cada uma das classes de palavras foi nomeada a partir da análise de conteúdo realizada: Classe 1 - Família; Classe 2 - Falta de reconhecimento no local de trabalho, Classe 3 - A pandemia, a família e os profissionais de enfermagem, Classe 4 - A covid-19 na Unidade de Terapia Intensiva, e Classe 5 - O conflito na equipe de enfermagem.

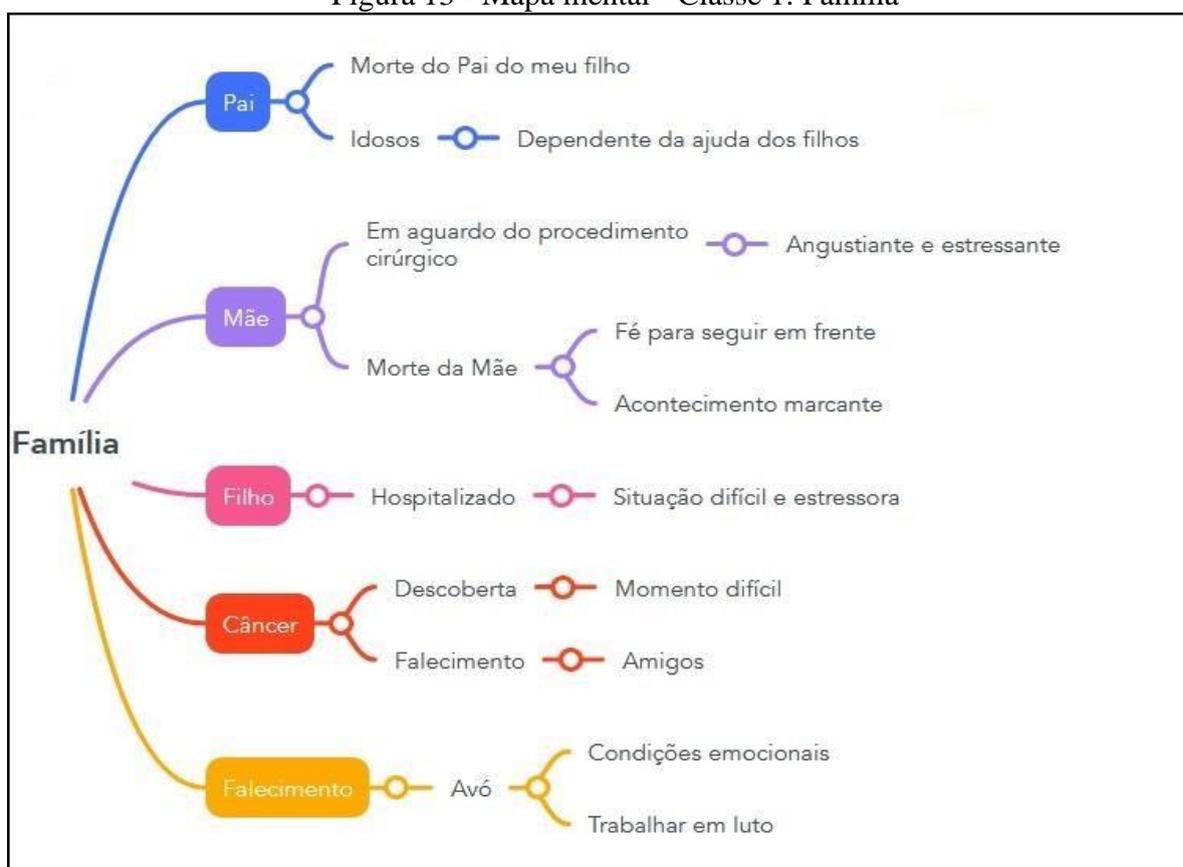
Na sequência deste texto são apresentadas as análises de cada uma das classes.

4.2.1 Classe 1: Família

A Classe 1, além de ser a primeira na ordem da leitura e corresponder a 22,89% dos vocábulos, apresentou palavras como “pai”, “filho”, “câncer”, “falecer”, “mãe” e outros. Assim, percebe-se que os profissionais da enfermagem apresentaram sobretudo conteúdos relacionados ao contexto familiar e que trouxeram falas sobre a doença e a perda do ente querido. Como são falas relacionadas as questões afetivas, a Classe 1 foi denominada Família.

Para melhor compreensão dos textos analisados nesta classe, foi elaborado um mapa mental (Figura 13).

Figura 13 - Mapa mental - Classe 1: Família



Fonte: Elaborada pelo pesquisador.

Sarti (2004) destaca a importância da família e sua concepção como realidade simbólica, pois é o lugar em que se constroem as primeiras falas, com as quais se forma a imagem da família e o do mundo exterior. Assim, é fundamentalmente como lugar de aquisição da linguagem que a família define seu caráter social. Esse processo, que se inicializa no nascimento, continua ao longo da vida e se desenvolve nas diversas posições da

família. A família, inclusive para os adultos, continua a ter o dever de dar sentido às relações interpessoais e de servir de espaço para a expansão das experiências de vida.

As palavras “pai, mãe e filho” tiveram grande destaque, nesta classe:

Estou vivendo uma situação muito angustiante e estressante com meus pais que são idosos e dependem da ajuda dos filhos minha mãe está doente aguardando por cirurgia há 2 anos e sofre com muitas dores já fiz de tudo que estava ao meu alcance (Participante 85);

Eu passei por um momento difícil com a morte do pai do meu filho (Participante 35);

Situações difíceis que vivenciei foi a perda da minha mãe o que me deu forças para seguir em frente foi a minha fé e ter ajudado o meu pai a criar os meus irmãos (Participante 126);

A situação difícil que vivenciei foi quando eu perdi a minha mãe esse acontecimento foi muito marcante em minha vida (Participante 143).

Assim, as afirmações desses profissionais de enfermagem possibilitam compreender que, quando um indivíduo da família adoece, não adoece sozinho; toda a família adoece junto, e o profissional sente-se responsável pelo cuidado em saúde da sua própria família. Para os profissionais de enfermagem, ter um familiar no processo de doença é muito doloroso; simboliza trazer o sofrimento do trabalho para casa e o sofrimento de casa para o trabalho.

Assim, a família é definida, não por indivíduos unidos por laços biológicos, mas por significantes que criam elos de sentido nas relações. Se os laços biológicos unem as famílias é porque são, em si, significantes (SARTI, 1999).

Um estudo realizado que teve como objetivo entender e analisar as representações sociais dos enfermeiros sobre cuidar de pacientes e familiares em processo de morte destacou que o cuidado voltado para a família do paciente é um desafio constante para a equipe de enfermagem. Assim, deve ser inserido no plano terapêutico e educacional da conjuntura do seu processo de trabalho, considerando os eventos que cercam esse processo, como o sofrimento, o estresse e a possibilidade de conflitos éticos frente aos elementos da vulnerabilidade dos atores da tríade paciente-profissional-familiar (GOIS; ABRÃO; FRANÇA, 2019).

Ainda na Classe 1, temos a preocupação em acompanhar um filho hospitalizado, pois os profissionais de enfermagem têm conhecimentos técnicos-científicos, o que muitas vezes torna o sofrimento mais doloroso, seja no adoecimento, seja na morte. Isso porque os profissionais de enfermagem têm também uma família cujos membros amam e valorizam.

Quando meu filho ficou hospitalizado foi uma situação muito difícil (Participante 143).

Diante de todo acontecimento, os profissionais de enfermagem, além de vivenciarem a morte no ambiente hospitalar, também enfrentam a morte de pessoas da família e/ou amigos, o que requer deles uma base sólida no preparo cognitivo/afetivo/psicológico. O contato constante com o ser humano adoentado e com os sentimentos e fragilidades que as doenças trazem, o profissional de enfermagem sente medo, ansiedade e dor, e passa por momentos que o sobrecarregam psiquicamente.

Uma situação bem difícil foi quando a minha avó faleceu e tive que vir trabalhar mesmo sem estar bem sem conseguir me concentrar e ter que fazer o serviço como se nada estivesse acontecendo (Participante 17).

A atividade laboral é primordial na vida das pessoas, como meio de crescimento, realização pessoal ou como sobrevivência. Pode ser compreendida como organizadora da vida social, pois estabelece caminhos para o desenvolvimento cultural, social e econômico, visto que pode trazer status e reconhecimento ao profissional. Em contrapartida, pode também levar ao sofrimento, ao desequilíbrio físico e mental, por meio de sentimentos de dor e frustração.

Resultados semelhantes foram encontrados em uma pesquisa realizada nas unidades de saúde de um município do interior de Alagoas, com o objetivo de descrever os impactos da pandemia de covid-19 na saúde de enfermeiros. Observou-se que a vivência do luto esteve presente nesse período pandêmico. O profissional precisava continuar a exercer sua profissão e, ao mesmo tempo, tinha que conviver com o sentimento de medo e tristeza diante da perda de um ente querido (ACIOLI *et al.*, 2022).

O luto, a morte e o morrer são processos vivenciados individualmente. Não são ocorrências normais e, no contexto da pandemia da covid-19, constituíram ocorrências complexas e desafiadoras (POVEDANO-JIMENEZ; GRANADOS-GAMEZ; GARCIA-CARO, 2020).

O cuidado à família do paciente terminal é um desafio constante para a equipe de enfermagem, a ser incluído no projeto terapêutico e educativo, no contexto de seu processo de trabalho, p/e preciso considerar os eventos que envolvem esse processo, como sofrimento, estresse e a possibilidade de conflitos éticos quanto aos elementos de vulnerabilidade dos atores da tríade paciente-profissional-família (GOIS; ABRÃO; FRANÇA, 2019).

O problema dessa transformação radical é que, ao falecer nos hospitais, sendo a morte vista como um inimigo a ser combatido, as pessoas, em sua maioria, morrem sozinhas, sem a

presença de seus familiares. Portanto, é difícil enfrentar esse pleito com serenidade, ainda que na realidade a morte deveria ser entendida como parte integrante da vida. Isso porque, ao limitar o tempo de vida, a morte incentiva as pessoas a fazerem algo produtivo (KÜBLER-ROSS, 1998). Na pandemia, principalmente em seu início, não tínhamos muitas informações sobre a doença, tampouco sobre como lidar com ela. Tudo era incerto, arriscado, complexo.

Pessini e Barchifontaine (2012, p. 427) destacam esse poder da morte:

A morte tem o poder de colocar todas as coisas nos seus devidos lugares. Longe do seu olhar, somos prisioneiros do olhar dos outros, e caímos nas armadilhas dos seus desejos. Deixamos de ser o que eles desejam que sejamos. Diante da morte, tudo se torna repentinamente puro. Não há lugar para mentiras (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2012, p. 427).

Da mesma forma, a consciência da morte, mesmo como morte do outro, é importante porque desempenha um papel em relação à vida. Nenhuma experiência se compara à da morte de uma pessoa a quem nos apegamos afetivamente, com quem formamos uns “nós”, com quem construímos uma comunidade que se rompe (RODRIGUES, 2006).

Em muitos exemplos, a morte denota desistir, desistir da vida, desistir daquilo que amamos. O falecimento significa ausência definitiva de uma pessoa que interage. Conseqüentemente, o vazio da morte é também um vazio interacional, pois carrega em si a ideia da ruptura da existência da pessoa como sujeito, e morre também sua relação com a comunidade e a cultura (AZEREDO, 2007).

A enfermagem, como profissão, cuida de indivíduos, famílias e comunidades. Assim, quando o sujeito passa a vivenciar o processo de morte, que envolve etapas que vão desde o descobrimento da doença no diagnóstico, do aparecimento dos primeiros sinais e sintomas, até a exclusão da possibilidade terapêutica do ponto de vista curativo, a família também passa a ser objeto de processo de trabalho do profissional de enfermagem (GOIS; ABRÃO; FRANÇA, 2019).

Mas essa necessidade é real, mesmo sabendo que as representações sociais da morte e do processo de morrer não decorrem apenas da finitude biológica da própria vida, mas de um processo de interpretação socialmente erigido e compartilhado em diferentes contextos (MOSCOVICI, 2001). Daí a importância de abordar tais questões e os benefícios de fazê-lo, não apenas para os indivíduos e suas famílias, mas também para nós mesmos. Isso pode nos ajudar a entender a urgência de considerar a morte como uma possibilidade real também para nós mesmos e de viver conscientemente dessa possibilidade.

Vale ressaltar que os participantes desta pesquisa estavam prestando atendimento a pacientes com covid-19 (ou com suspeita da doença). Além disso, tinham consciência do risco de morte desses pacientes. Acompanhar a morte do outro ensina muito, inclusive sobre o que é significativo na vida. As perdas associadas ao fim da vida de outra pessoa perturbam a vida cotidiana, mas fornecem rica oportunidade para rever os rituais de luto e se preparar para ele.

Em uma pesquisa realizada por Rolim Neto *et al.*, (2020), relacionada à saúde mental dos profissionais de saúde que lidaram com a morte no período pandêmico, verificaram-se ansiedade associada ao estresse, depressão associada às inúmeras mortes, problemas diários no trabalho e aumento nas demandas no tratamento de pacientes com covid-19. A exaustão psíquica e o estresse relacionado ao trabalho são potenciais causas de preocupação para os profissionais de saúde.

Enquanto a maioria da população põe em prática o distanciamento social, os trabalhadores da saúde, principalmente os enfermeiros, não podem recuar. Eles se arriscavam e se arriscam no combate ao novo coronavírus, diante de situações adversas que influenciam em sua qualidade de vida e sua vida pessoal e social (LOPES; COSTA, 2020; BRITO, SOUZA, 2021).

Na Classe 1 também observamos relatos sobre o processo de adoecimento e/ou a descoberta de uma doença, como exemplo, o câncer:

A situação mais difícil que vivenciei foi a descoberta do meu câncer melanoma descobri por acaso passei por 3 cirurgias e 2 anos de quimioterapia (Participante 132);

Recentemente descobrimos um câncer na família não sabemos o grau da doença perdi uma amiga da mesma doença câncer de mama foi difícil porque eu vi o que ela passou e teve que enfrentar (Participante 69);

Observamos também sofrimento e angústia, medo da doença, conforme outro relato:

Durante um autoexame descobri um nódulo na região mamária durante o exame foi constatado uma suspeita de câncer para mim foi uma fase angustiante essa espera do resultado um momento bem difícil, mas graças a deus foi diagnosticado como benigno pelo exame (Participante 60).

Na classe 1, ficou evidente a afetividade dos profissionais de enfermagem com seus familiares e amigos, na descoberta de uma doença ou na perda de um ente querido, pois o processo de lidar com a morte constitui uma necessidade natural diante da vida. Também percebemos o cuidado e a preocupação do profissional consigo próprio, paralelamente a esses acontecimentos, ao vivenciar a pandemia do novo coronavírus. Nos discursos dos profissionais observam-se sentimentos de medo, de preocupação e de ansiedade.

É importante destacar essa realidade, pois a família é considerada uma das principais fontes de apoio social, sendo vista como transmissora e fonte de referências culturais, e também como modelo da maneira de o indivíduo interagir com os outros (CEBERIO, 2006).

De acordo com o estudo de Lemos, Baptista e Carneiro (2011), a família pode ser vista como referência de modelo comportamental, além de oferecer aos seus integrantes modelos cognitivos e contribuir para a constituição de crenças centrais. De fato, a partir da convivência familiar o indivíduo passa a construir fundamentos para que possa estabelecer relações.

Medidas de apoio são modelos de planos de cuidado aos familiares expostas como ferramentas para o cuidado do luto, desde o compartilhamento de um diagnóstico ruim, introduzido pelo luto antecipado, até o luto. Entende-se que não é um trabalho simples e que não existe uma fórmula que contemple a todos, nesse momento, pois, assim como cada família é única, cada instituição também tem suas diferenças, pontos fortes e fracos. É preciso saber onde trabalhamos, o que representamos e ter consciência da força do nosso trabalho.

As ideias discutidas na Classe 1 trazem a família no centro dos discursos analisados e, em vários sentidos, ela tem uma representação afetiva. Assim, pode-se afirmar que, no período pandêmico, os laços familiares ficaram mais fortes (MONTEIRO, 2020) e que, diante do processo de saúde-doença, o número elevado de mortes pode ter colaborado para uma ressignificação dessa ocorrência.

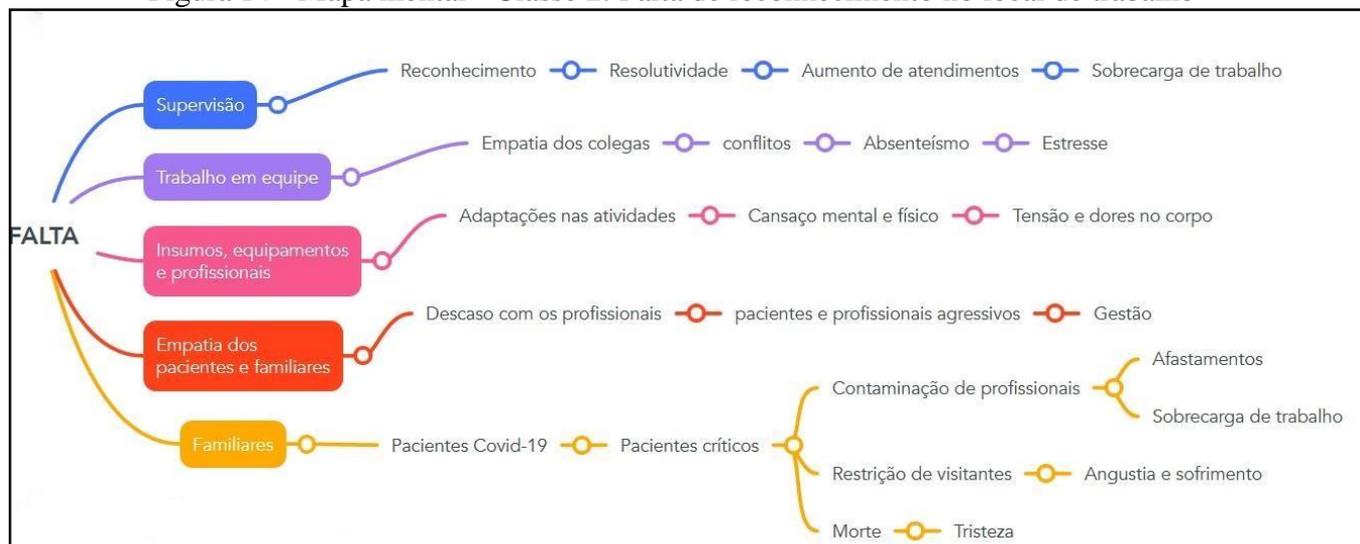
Na sequência, apresentamos os discursos da Classe 2: Falta de reconhecimento no local de trabalho.

4.2.2 Classe 2: Falta de reconhecimento no local de trabalho

A Classe 2, gerada pelo IRaMuTeQ, reuniu termos recorrentes em 22,89% das falas dos profissionais de enfermagem, e apresentou palavras como: “falta”, “familiar”, “paciente”, “causa”, “sobrecarga”, “estresse”. Esta classe de discurso reúne os elementos indicadores de uma ausência (falta) de reconhecimento profissional, seja por parte dos familiares ou pacientes, seja pela própria equipe ou supervisão, no contexto da pandemia, o que favoreceu a sobrecarga e o estresse dos profissionais. Assim, após análise minuciosa dos textos, nomeamos a classe 2: Falta de reconhecimento no trabalho.

Para aprofundamento dos textos analisados, de acordo com a análise do pesquisador, apresentamos, na Figura 14, o mapa mental correspondente à classe analisada.

Figura 14 - Mapa mental - Classe 2: Falta de reconhecimento no local de trabalho



Fonte: Elaborada pelo pesquisador.

Podemos observar, na Figura 14, que a “Falta” está relacionada a diversos contextos, na relação entre os profissionais de enfermagem e a supervisão e com os familiares. Há, também, ausência de: insumos, equipamentos e profissionais de enfermagem.

Um estudo realizado no hospital na Região Sul do Brasil por Alves *et al.* (2022), analisou um total de 1097 registros de afastamentos de profissionais de enfermagem, que corresponde a 622 registros no período pré-pandemia (nos meses de março, abril e maio de 2019) e um total 475 registros no período pandêmico (nos mesmos meses de 2020). Observou-se que, no período pré-pandemia, os profissionais que mais se ausentaram do trabalho foram: os auxiliares de enfermagem e, durante o enfrentamento da covid-19, os técnicos de enfermagem. A maioria deles atua nos setores críticos e nas enfermarias, junto aos pacientes portadores de germes multirresistentes.

Outro estudo realizado sobre as causas de afastamentos de profissionais de enfermagem por adoecimento psíquico, em um hospital geral de Curitiba, no período janeiro de 2007 a setembro de 2010, envolveu o afastamento de 3.692 profissionais de saúde (2.294 ajudantes de enfermagem, 590 técnicos de enfermagem e 808 enfermeiros). Observou-se que reações severas de estresse e distúrbios de ajustamento (Classificação Internacional de doenças - CID: F43) foram responsáveis por ausências de até 100 dias (OLIVEIRA *et al.*, 2014).

Os maiores contingentes da força de trabalho da enfermagem são compostos pelos técnicos e auxiliares de enfermagem; portanto, a ausência desses profissionais desfalca a

escala de trabalho, traz sobrecarga de atividades aos demais profissionais presentes e compromete a qualidade do cuidado prestada ao paciente (MARQUES *et al.*, 2015).

A pesquisa realizada por Marques *et al.*, (2015) corrobora os achados dessa pesquisa, pois tivemos a participação de 41,35% profissionais que atuam na Unidade de Internação, e esse foi um dos setores que registraram as maiores taxas de absenteísmo, tanto no período pré-pandemia, como no período pandêmico. Esse resultado vem ao encontro dos vocábulos apresentados nesta classe, visto que a ausência de profissionais foi citada pelos participantes:

As escalas de trabalho são pesadas muita exaustão pacientes críticos e muitas cobranças raramente surgem plantões calmos e tranquilos principalmente durante a pandemia da covid_19 foi diariamente muito puxado e corrido uma tensão total senti dores no corpo cansaço mental e físico por vezes procurei ajuda dos colegas de trabalho (Participante 21)

A falta (ausência) de colaboradores, insumos e de equipamentos adequados para realizar o meu trabalho (Participante 82)

O absenteísmo, nas instituições hospitalares, é um problema recorrente que compromete a assistência ao paciente e prejudica a qualidade do cuidado. Sendo assim, o absenteísmo é conceituado na seguinte conformidade:

[...] um fenômeno multicausal e deve ser analisado à luz da sua complexidade, contemplando fatores relativos à instituição e à classe de trabalhadores em seu ambiente e contexto organizacional e social, os riscos a que estão sujeitos (PRIMO; PINHEIRO; SAKURAI *apud* CARDOSO, 2019, p.23).

As ausências e licenças pertinentes ao absenteísmo podem apresentar diferentes causas, pois dependem do clima da organização, de suas políticas e principalmente do nível de satisfação dos funcionários. No entanto, alguns fatores podem favorecer seu aumento demasiado, como a exposição a agentes estressores e o desencadeamento de doenças ocupacionais (LUCCA; RODRIGUES, 2015).

Cabe salientar que o desempenho e a produtividade de profissional no mundo contemporâneo se fazem mediante o uso de ferramentas e que resultam em indicadores que norteiam os gestores para a tomada de decisão e a observância da qualidade na prestação de serviços (LUCCA; RODRIGUES, 2015).

Algumas profissionais, como os de enfermagem, são mais vulneráveis, visto que os riscos cotidianos implicam condições favoráveis ao desenvolvimento de estresse e doenças associadas. Portanto, é preciso compreender as motivações que podem acarretar o

absenteísmo da equipe de enfermagem nas instituições hospitalares (MANTOVANI *et al.*, 2021).

Os profissionais de enfermagem e demais assalariados da saúde são essenciais no trabalho e na linha de frente contra a covid-19, pois muitas pessoas foram infectadas pelo coronavírus, o que gerou uma sobrecarga de sua jornada de trabalho. Além disso, eles ficaram mais sensíveis ao risco de contaminação, devido a diversos fatores, como falta de equipamentos adequados, sobrecarga física, falta de assistência psicológica e de material necessário nas unidades de saúde. Por isso, o acompanhamento desses profissionais é essencial para que possam atuar na assistência e com qualidade no atendimento ao paciente (BRASIL, 2020).

Outro agravante tem sido o aumento de profissionais da saúde contaminados fora do ambiente de trabalho, o que tem resultado em sobrecarga para as equipes de saúde e em desgaste físico e psicológico aos cuidadores. O estresse é um dos indicadores, devido à sobrecarga da linha de frente no enfrentamento à pandemia da covid-19, que tem gerado muitas incertezas e impactado a saúde mental dos profissionais de enfermagem (MODESTO NETO *et al.*, 2020).

Entre as dificuldades destacaram-se as preocupações com a biossegurança, as instáveis condições de trabalho, a falta de cuidado e o impacto na saúde mental dos enfermeiros.

A biossegurança assume papel muito importante para os profissionais de saúde que desempenham identificação, notificação e coordenação de prováveis casos de covid-19. Ressalta-se que um dos principais pré-requisitos na assistência à saúde é garantir que os profissionais sigam as práticas adequadas de biossegurança. No caso da covid-19, o manuseio e o processamento de amostras de casos suspeitos ou confirmados da presença do novo coronavírus devem ser realizados por laboratórios bem aparelhados. Os profissionais devem ser devidamente treinados e assegurados pelos procedimentos técnicos e de biossegurança (CARVALHO, 2022).

No contexto da pandemia da covid-19, a NR-6 (norma regulamentadora) destaca que os equipamentos de proteção individual ajudam a proteger os profissionais de saúde no ambiente de trabalho e reduzem o risco de contaminação. Esses equipamentos são avental, luvas, protetor facial, óculos e máscara, entre outros (BRASIL, 2018).

Por outro lado, a aquisição e a oferta, de EPI em quantidade e qualidade adequada tem sido uma questão no enfrentamento do vírus SARS-CoV-2, o que pode promover o

absenteísmo de quem está na linha de frente da assistência à saúde, representada pela enfermagem (VEDOVATO *et al.*, 2021).

Também observamos relatos dos profissionais de enfermagem, no que se refere ao ambiente de trabalho e ao estresse:

A sobrecarga dos serviços diários e o estresse com os colegas e a gestão no período da pandemia da covid_19 (Participantes 10).

O que mais causa estresse no ambiente de trabalho é a falta de cooperação dos colegas que enfrentam os mesmos desafios e ainda assim não tem empatia (Participante 125).

A falta de reconhecimento e a valorização além da sobrecarga de trabalho na pandemia da covid_19 foi avassaladora muito estresse no hospital e isso potencializou todos os acontecimentos, os sentimentos, o medo e, a preocupação com as mortes que estavam aumentando e perder um paciente é muito ruim a tristeza dos seus familiares (Participante 129).

Penso em muitas situações difíceis conflitos com a equipe a falta de suporte da supervisão os pacientes agressivos (Participante 117).

Nesse contexto, podemos observar, nos relatos, a ausência de suporte por parte dos gestores, bem como de insumos, materiais e apoio dos colegas de trabalho, e o estresse consequente da sobrecarga de atividades durante a pandemia da covid-19.

Uma das situações difíceis no trabalho e muito angustiante foi quando iniciou a covid_19. A preocupação com os nossos familiares, no que pensar, porque também tinha a necessidade de trabalhar. Um desgaste emocional e físico, o acúmulo de atividades, sobrecarga por causa dos colegas afastados que foram contaminados. [...] tinha o medo disso ocorrer comigo medo da morte, precisava trabalhar e enfrentar essa dificuldade (Participante 20).

A grosseria por partes dos médicos e pacientes são situações chatas, complicadas, além da sobrecarga no trabalho, devido a pandemia da covid_19 tivemos falta de funcionários e, muito desentendimento na equipe (Participante 66).

Ainda nesta classe, nas análises das falas dos profissionais de enfermagem, observamos discursos referentes a terminalidade, morte dos pacientes por covid-19 e a não participação dos familiares, nesse momento muito triste.

No caso da covid-19, foram adotadas algumas medidas para conter o rápido aumento do número de infectados, incluindo restrições e distanciamento social (WANG *et al.*, 2020; FERGUSON *et al.*, 2020). Assim, também as interações face a face entre doentes e os membros da sua família foram dificultadas (INGRAVALLO, 2020; PATTISON, 2020).

Uma situação difícil é a não compreensão de um familiar com o estado crítico do paciente pois muitas vezes essa dificuldade causa ansiedade e um estresse na equipe (Participante 166)

A minha maior dificuldade é estar cuidando de pacientes em cuidados paliativos em terminalidade de vida (Participante 124)

Uma das situações mais difíceis foi durante a pandemia da covid_19 você ouvir do seu paciente que não queria morrer e, te pedir por isso e, você vendo a vida dele indo embora. Mesmo após tanto esforço e sentir a dor dos familiares que nem podiam se despedir e, em alguns lugares a última imagem era a foto para reconhecer o ente querido acho que disso nunca vou me recuperar (Participante 76)

Estar cuidando de um paciente e, ele faz o pedido para não morrer, uma situação que foge das nossas mãos causa angústia e sofrimento, muita dor vários sentimentos, estresse quando isso acontece (Participante 134)

Dessa forma, os profissionais de enfermagem da linha de frente têm se dedicado à humanização do cuidado (SSHAP, 2020), enfatizando os cuidados paliativos, o controle de sintomas e o alívio do sofrimento (FIOCRUZ, 2020). De acordo com BAJWAH *et al.* (2020), pacientes debilitados podem sofrer, tanto com falta de ar, quanto com o pavor de que sua condição se degenere rapidamente e venham a falecer sozinhos.

Para a pessoa hospitalizada, a família é o grupo social mais importante, pois auxilia no seu equilíbrio emocional, proporcionando-lhe alegria e bem-estar (RIBEIRO; SANTOS, 2008). A comunicação com os familiares é de extrema importância, portanto deve sempre ser comunicada sobre o que está acontecendo, por meio de uma comunicação clara, sincera e frequente. Isso porque a família quer participar das discussões e da tomada de decisão (SANTOS, 2009).

Segundo Trevisan (2005), o sofrimento dos profissionais de saúde também está ligado ao sofrimento dos outros, sobretudo quando sua capacidade de aliviar o sofrimento é restringida por mortes, falta de leitos, falta de equipamentos e medicamentos adequados para o cuidado do paciente. Quando as condições não são adequadas, esses profissionais sentem-se impotentes para aliviar o sofrimento, a dor, para salvar o outro da morte e, conseqüentemente sentem-se amargurados.

Por fim, entendemos que o apoio psicológico é primordial aos familiares, pois eles sofrem pela gravidade da doença e têm medo da morte do ente querido, além do medo de ter outros familiares infectados pelo vírus. Nesse contexto, é importante reconhecer que os processos que levam à morte a morte e ao luto foram marcantes na pandemia da covid-19, pois os rituais que marcam a despedida e a construção de significados não foram permitidos, em decorrência das normas sanitárias.

Nesta classe 2, discutimos os elementos relacionados a ausência (falta) de reconhecimento profissional, seja por parte dos familiares ou pacientes, seja pela própria equipe de trabalho, o que favorece a sobrecarga e o estresse dos profissionais.

Cabe mencionar que, no ambiente hospitalar, o risco de contaminação dos profissionais é muito significativo na pandemia da covid-19. De certa forma, suas atividades laborais podem ocasionar-lhes desgaste psicológico, ansiedade e depressão e impactar negativamente sua saúde mental dos profissionais de enfermagem. Podem ocasionar também insatisfação relacionada ao trabalho, o que é passível de configurar perdas na assistência executada aos pacientes.

Ao lidar com toda essa problemática, é razoável refletir sobre a possibilidade de encurtar o período de trabalho e oferecer suporte emocional e de bem-estar aos profissionais de enfermagem.

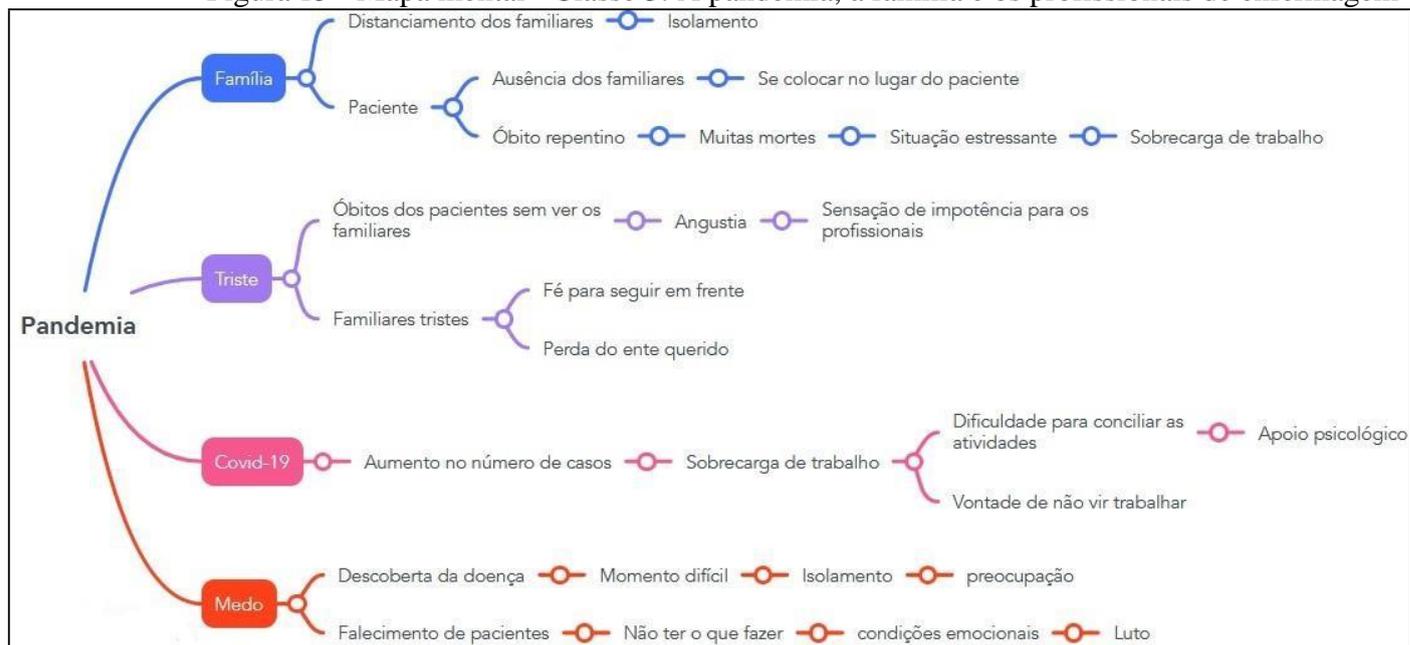
Na sequência deste texto são apresentados os discursos da Classe 3: a pandemia, a família e os profissionais de enfermagem.

4.2.3 Classe 3: A pandemia, a família e os profissionais de enfermagem

A Classe 3, gerada pelo IRaMuTeQ, reuniu termos recorrentes em 22,89 % das falas dos profissionais de enfermagem, e apresentou palavras como: “família”, “triste”, “covid_19”, “pandemia”, “medo” e outros. Mediante esse contexto, após análise minuciosa dos textos, nomeamos a classe 3: A pandemia, a família e os profissionais de enfermagem.

Para melhor compreensão dos textos analisados nesta classe, foi elaborado um mapa mental (Figura 15) correspondente à classe analisada.

Figura 15 - Mapa mental - Classe 3: A pandemia, a família e os profissionais de enfermagem



Fonte: Elaborada pelo pesquisador.

Observamos, na Figura 15, que no período pandêmico a família não participou efetivamente do processo de acompanhamento de seus familiares internados, pois não foi permitida a visita aos pacientes. Houve, portanto, sentimento de tristeza por parte dos profissionais de enfermagem e também dos pacientes, pois o medo de ir a óbito sem “ver” os familiares era evidente. Concomitantemente, os profissionais de enfermagem expressavam medo de transmitir o vírus aos seus familiares. Ainda na Figura 15, observa-se que o aumento do número de casos da covid-19 trouxe sobrecarga de trabalho, estresse e “vontade” de não ir trabalhar.

Segundo Teixeira *et al.* (2020), o fardo da doença tem sido severo para o pessoal da enfermagem, pois, além de cuidar das pessoas infectadas pelo vírus, o número de pessoas afligidas é excepcional. Como a enfermagem é frequentemente a primeira a se envolver com um paciente após um diagnóstico, essa preocupação começou a reaparecer entre este grupo.

É difícil ignorar a dor de muitas pessoas, e nesse momento o profissional psicólogo pode ser um complemento vital para a equipe de profissionais da saúde, fornecendo apoio emocional e um ambiente seguro para que os pacientes se expressem. Isto implica que a pandemia pode ter vários efeitos sobre diferentes indivíduos (DANZMANN; SILVA; GUAZINA, 2020). Notícias negativas são bem conhecidas, por terem impactos sobre a saúde mental de muitas pessoas.

Em vez de informações que possivelmente possam prejudicar, enganar ou induzir ao medo, as sociedades de hoje escolhem dados confiáveis e seguros. Portanto, é evidente que

profissionais da saúde mental, tais como psicólogos, desempenham um papel vital para lidar com as novas tensões e fornecer os cuidados emocionais adequados. Apesar disso, a disponibilidade de tais tecnologias obrigou os psicólogos a limitarem sua prática às sessões presenciais (DANZMANN; SILVA; GUAZINA, 2020).

Tem sido relatado que indivíduos têm emoções e manifestações físicas que os colocam em alerta máximo durante uma pandemia, devido à sua incapacidade de exercer controle geral sobre seu ambiente. Como a pandemia gerou uma doença mental atualmente presente, ela tem ramificações e pode ter efeitos pós-traumáticos, além dos sintomas manifestados, que incluem incerteza, ansiedade, medo, mal-estar, preocupação e desorientação (DANZMANN; SILVA; GUAZINA, 2020).

A pandemia da covid_19 foi sem dúvidas foi a maior situação difícil que já presenciei em toda minha história na enfermagem o medo o desconhecido que dia após dia só piorava muitas mortes colegas afastando necessitando de apoio psicológico e tratamento médico não foi uma experiência nada boa a sensação de impotência somos profissionais e não sabíamos muito bem como lidar com esse tipo de doença fiquei afastada da família por longas datas não queria que eles tivessem a chance de ter o vírus (Participante 144)

O maior desafio que há na profissão da área da saúde é saber lidar com as diferenças que existem em cada pessoa percebi que durante toda a minha trajetória profissional não é fácil se colocar no lugar das pessoas e também do paciente família e isso foi muito acentuado durante a pandemia da covid_19 foi um triste acontecimento que abalou todos os profissionais a minha equipe a vontade de não vir trabalhar pelo medo de se contaminar foi muito grande e as notícias na televisão nos deixava cada vez mais aflita (Participante 146)

Devido à crise de saúde global, tem havido discussões sobre questões de saúde mental entre o pessoal de enfermagem dos hospitais, cujos problemas diários eram considerados "normais" e "comuns", antes de ter que lidar com múltiplos problemas de saúde. O indivíduo responsável pelo cuidado das pessoas diagnosticadas com a covid-19 tem encontrado uma variedade de problemas. Um deles é o esgotamento profissional, que o afeta devido à sua intensa dedicação para salvar vidas, à carga de trabalho e ao seu sentimento de impotência diante da fatalidade da doença (TEIXEIRA *et al*, 2020). Nesse contexto, os profissionais de enfermagem expressam-se sobre o atendimento aos pacientes no período pandêmico.

No início da covid_19 tivemos que trabalhar na linha de frente deixamos nossas famílias para cuidar de outras famílias com o medo de levar a doença para as nossas casas com angústia porque todos os dias morriam muitas pessoas foi um período de muito estresse não gostaria de ter vivenciado esse momento (Participante 005)

A situação mais estressante foi o início da pandemia da covid_19 as condições de trabalho não foram as melhores muitas mortes, tristeza, ausência de alegria, evidenciamos muita angústia nesse período pandêmico e foi difícil o acolhimento das famílias (Participante 137)

Tive crises de ansiedade e estresse em todo o período da pandemia não queria trabalhar, o medo foi constante e os colegas se contaminando com o vírus e, muitos pacientes perdendo a vida, lutávamos para manter um ambiente agradável, mas a tristeza tomava conta das nossas vidas muitos não sabiam, mas internamente lutava para viver, não se contaminar e, levar para a minha família o medo era diário, muita preocupação (Participante 142)

A pandemia da covid_19 foi uma situação muito angustiante ir ajudar em outro setor foi estressante perder um paciente de repente dá uma sensação de impotência e, a cada dia recebíamos muitas pacientes, famílias tristes e, não tínhamos respostas para o ocorrido (Participante 132)

O cenário pandêmico tornou-se estressante, propiciando perturbação na saúde mental das pessoas, por meio de alterações emocionais e comportamentais, como medo, tristeza, raiva e solidão, além de ansiedade e estresse (ENUMO *et al.*, 2020).

Infelizmente o estresse no trabalho é uma realidade em grande parte das empresas, mas a sobrecarga no trabalho é ainda maior para as mulheres pois precisam dividir as horas do dia entre as atividades profissionais, cuidar da família e, das tarefas domésticas, as dificuldades para conciliar as atividades podem trazer diversos impactos para a saúde mental da pessoa. Na pandemia da covid_19 sofremos muito com isso mortes a todo o tempo e o medo de ser contaminada levar a doença para a minha família e, para os demais colegas de trabalho. (Participante 009)

O momento em que me deixou um pouco estressado foi logo no início da covid_19. No hospital não tinha muita experiência, o período de treinamento foi fundamental para me ajudar e, com o tempo fui aprendendo, com muita vontade e, hoje posso dizer que me sinto seguro. Mas não desejo que a pandemia da covid_19 retorne pois trouxe tristeza, medo e, as incertezas se estaríamos com vida no dia seguinte, familiares tristes. (Participante 40)

A qualidade de vida no trabalho favorece implicitamente a qualidade de vida do indivíduo, pois o maior período diário está atrelado ao período de trabalho, em que são exercidas as atuações profissionais. Nesse contexto, quando o trabalho demanda insatisfação, automaticamente a qualidade de vida do indivíduo fica prejudicada, e ele demonstra tal situação por meio de doenças ocupacionais que caracterizam o descontentamento e/ou esgotamento com as condições laborais (SENTO SÉ *et al.*, 2017).

Constatou-se que o impacto emocional nas pessoas está relacionado à sua exposição à pandemia e suas implicações, mas nem a população brasileira nem o Sistema Único de Saúde (SUS) estavam preparados para combater esse surto (DANZMANN; SILVA; GUAZINA, 2020).

Como na maioria das outras profissões da saúde, a prática da enfermagem é baseada na atenção minuciosa aos detalhes, que se estende tanto ao paciente quanto ao enfermeiro. Eles colaboram com outros profissionais de saúde para oferecer qualidade de atendimento, abordando prevenção, melhoria e tratamento das necessidades de saúde da comunidade de

forma consistente e flexível (DAL'BOSCO *et al.*, 2020).

O trabalho da equipe de enfermagem requer habilidades técnicas, científicas, práticas, informativas e de gestão emocional (DAL'BOSCO *et al.*, 2020), devido ao perigo, desgaste, responsabilidades com as pessoas e confronto de questionamentos, dúvidas e ansiedades inerentes à natureza dessa ocupação.

A covid-19 simplesmente ajudou a chamar a atenção para a saúde mental dos profissionais que já estavam sofrendo devido à falta de equipamentos adequados e aceitáveis no local de trabalho (SOUZA *et al.*, 2021). A necessidade esmagadora de especialistas para combater a doença fez com que o pessoal de saúde pública e privada trabalhasse em horas extras. Mesmo antes da pandemia, os profissionais da saúde tinham uma infinidade de dificuldades diárias para manter sua saúde mental. Devido ao potencial para um surto de crises de saúde mental e outras deteriorações nessa população, é essencial que os profissionais de saúde tenham um plano e uma estrutura sólidos para a prestação de cuidados de saúde mental (LAI *et al.*, 2019).

A covid-19 tem os efeitos psicológicos de uma doença mental, visto que produz isolamento social, o que por sua vez leva as famílias a se afastarem no momento em que as pessoas começam a observar o processo de morte. Devido a todas essas variações, a função do psicólogo na equipe exposta ao vírus é da maior importância. No entanto, manter a estrutura diante do terror e a ideia de que se pode pegar o vírus a qualquer momento e ver a morte de colegas exacerba a doença psicológica (SOUZA *et al.*, 2021).

A pandemia da covid_19 foi um período assustador não esperávamos ver tantos óbitos de uma forma tão rápida mesmo com toda a assistência prestada por todas as equipes, o paciente não melhorava, isso foi angustiante, muitos óbitos, famílias tristes e angustiadas, perguntando qual o motivo disso tudo e, a luta para ir trabalhar no setor respiratório da covid-19 uma sensação de impotência (Participante 140)

Foi muito triste trabalhar no período da pandemia da covid_19 não tínhamos a certeza de que voltaríamos para as nossas famílias, o medo de se contaminar e, não saber como seria os próximos dias. Ver muitos colegas positivar com a doença do coronavírus e se afastar, a insegurança que enfrentamos diariamente mesmo já sendo vacinados tinha medo (Participante 141)

Há uma variedade de opções de terapia de saúde mental disponíveis para profissionais de saúde que lidam com a pandemia mundial da covid-19. A eficácia dessas iniciativas para

melhorar e consolidar a assistência à saúde dos profissionais de saúde afetados depende da execução proativa das atividades, de documentação e da distribuição dos resultados. A pesquisa sobre os cuidadores que podem informar as políticas públicas de saúde mental durante a pandemia da covid-19 também se reflete, juntamente com a preparação dos profissionais de saúde mental que hospedarão os cuidadores, no modo como administrarão sua própria saúde mental, e a supervisão dos casos será um componente dessa estratégia para profissionais que atuam em plataformas digitais. Portanto, o Estado é responsável, em parceria com outras agências nacionais e internacionais de treinamento e pesquisa, pela administração dos sistemas de saúde mental para os profissionais da saúde (GALLASCH *et al.*, 2020).

Em meio à pandemia de covid-19, a Comissão Nacional de Enfermagem em Saúde Mental do Cofen tem disponibilizado uma ferramenta de apoio emocional por meio de chat aos profissionais de Enfermagem que estão atuando no enfrentamento dessa crise de saúde pública. Denominada ‘Enfermagem Solidária’, a iniciativa tem atendido cerca de 130 profissionais por dia. A estratégia, colocada à disposição dos profissionais de Enfermagem desde o dia 26 de março de 2020, é um canal de atendimento 24 horas que conta com a participação voluntária de mais de 150 enfermeiros especialistas, mestres e doutores em saúde mental. Desde que foi criada até o dia 14 de abril de 2020, foram realizados 2.533 atendimentos. Segundo Simone Peruzzo:

A iniciativa do sistema Cofen/Conselhos Regionais tem o objetivo de manter atendimento ininterrupto àqueles que estão na linha de frente do combate à pandemia da covid-19 e necessitam ter seus sentimentos acolhidos e, de certa forma, precisam ser ajudados a compreender fragilidades e potencialidades diante de seus medos e da ansiedade, ou ainda tirar dúvidas sobre situações vividas durante a assistência. (COFEN-PR, 2020, s.p).

As pandemias geralmente resultam em mortes em massa em um curto período, o que tem várias implicações psicológicas (TAYLOR, 2019). Assim, a pandemia da covid-19 impôs desafios adicionais aos rituais de despedida de pacientes terminais. O fato de muitas pessoas à beira da morte estarem isoladas, sem chance de interações face a face com seus familiares pode suscitar controvérsias sobre o fim da vida (PATTISON, 2020).

Ver uma pessoa que permaneceu internada no setor da covid_19 e depois ir a óbito foram muitos esforços para que isso não ocorresse, mas não tínhamos controle disso tudo muito novo e triste desesperador (Participante 79)

Diante disso, percebe-se a fala sobre os sentimentos diante da morte por essa doença. Compreende-se que não foi o mesmo tipo de óbito que normalmente os profissionais enfrentavam diariamente, antes da pandemia; tratava-se de um caso, por exemplo, “muito novo”. São resultados representacionais no sentido de “estranho”: tudo foi feito e o paciente morreu. Lidar com a morte faz parte da profissão da enfermagem, mas durante a pandemia da covid-19 tudo foi diferente, pois todos consideraram que não foram tempos normais.

Nesse contexto, percebem-se os sinais e os sintomas de luto complicado, enfatizam-se os pensamentos invasivos, comuns e perseverantes sobre a pessoa que morreu (WALLACE *et al.*, 2020).

A pandemia da covid_19 foi uma situação muito angustiante ir ajudar em outro setor foi estressante perder um paciente de repente dá uma sensação de impotência e a cada dia recebíamos muitas pacientes famílias tristes e não tínhamos respostas para o ocorrido (Participante 32)

Na época da covid_19 ver as pessoas morrendo e, ser impotente, período bem desesperador e, não foi nada fácil lidar com tudo isso, colegas de trabalho procurando ajuda e, até mesmo a desistência da profissão tínhamos medo da morte (Participante 072)

Não poder se despedir é um fator de risco conhecido para o luto complicado em entes queridos, assim como não ter se “preparado” para a morte (MORRIS *et al.*, 2020; NIELSEN *et al.*, 2017).

A pandemia da covid-19 ocasionou mudanças drásticas nas circunstâncias que envolvem a morte e o luto, deixando centenas de milhares de pessoas sozinhas e em condições desfavoráveis para lidar com a perda de entes queridos e sob risco de desenvolver formas persistentes de transtornos mentais. Sofrimento. Essas condições exigem o rápido desenvolvimento de intervenções e novas formas de cuidar de pacientes com covid-19 e suas famílias (CARR *et al.*, 2020; SINGER *et al.*, 2020; WAKAM *et al.*, 2020).

Desde a criação do mundo já se indicou que o homem tinha medo do que lhe era desconhecido, da morte, da figura moribunda, naquele grande imaginário desconhecido ao longo dos tempos. Apesar da evolução da sociedade, das descobertas incríveis e da busca incessante pelo mundo perfeito, os aspectos relacionados à morte e ao morrer continuam sendo objetos de reflexões e ações, influenciados por múltiplos fatores e enclausurados pela subjetividade de todos nós (AZEREDO, 2007).

Nesta classe 3, discutimos a necessidade da participação da família e dos profissionais de enfermagem no período pandêmico, quando a família não participou efetivamente do processo de acompanhamento de seus familiares internados, devido à restrição de visitas e a

recomendações de órgão sanitários. Por outro lado, os pacientes internados tinham medo de ir a óbito e não ter um último contato com seus familiares.

Nas falas dos profissionais de enfermagem, percebem-se discursos e sentimentos diante da morte por covid-19, pois não se tratava do mesmo tipo de óbito que os profissionais enfrentavam diariamente, antes da pandemia. Por exemplo, um dos participantes que relatou muitas ocorrências de óbitos disse que, apesar de todos os esforços para que isso não ocorresse, não se tinha controle e tudo isso era “muito novo”. Neste caso, observamos resultados representacionais no sentido de estranho: “fizemos de tudo” e o paciente foi a óbito. Para a enfermagem, lidar com a morte faz parte da profissão, mas na pandemia da covid-19 a quantidade e a rapidez das mortes, assim como o medo representado pelos profissionais, caracterizou um contexto anormal.

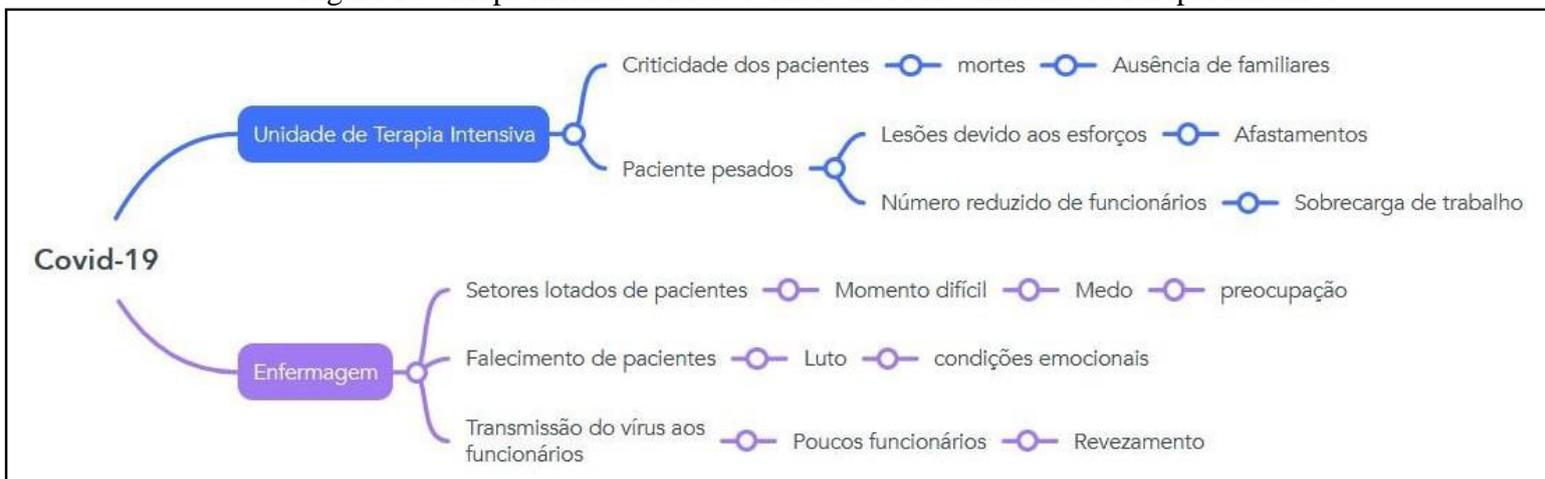
Na sequência deste texto são apresentados os discursos da Classe 4: A covid-19 na Unidade de Terapia Intensiva.

4.2.4 Classe 4: A covid-19 na Unidade de Terapia Intensiva

A Classe 4, gerada pelo IRaMuTeQ, reuniu termos recorrentes em 13,25% das falas dos profissionais de enfermagem e apresentou palavras como “Unidade de Terapia Intensiva” e “Enfermagem” e outras.

Para melhor compreensão dos textos analisados, foi elaborado um mapa mental (Figura 16) correspondente à classe analisada.

Figura 16 - Mapa mental - Classe 4: A covid-19 na Unidade de Terapia Intensiva



Fonte: Elaborada pelo pesquisador.

Nesta classe, observamos discursos relacionados ao setor da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) no contexto pandêmico, pois nesse período a UTI tornou-se um setor

altamente sobrecarregado e complexo, por causa da gravidade dos pacientes. A enfermagem ficou sobrecarregada, com menos funcionários, devido a ocorrências de afastamentos relacionados aos esforços para cuidar dos pacientes críticos na UTI.

Na UTI, o número adequado de profissionais para atendimento está diretamente relacionado a melhor qualidade da assistência e a atendimento eficiente, o que se reflete na redução de erros em procedimentos e na taxa de mortalidade. A UTI é uma unidade que necessita de um número suficiente de profissionais de enfermagem, para acompanhamento contínuo da evolução dos pacientes, o que muitas vezes é fundamental para um bom resultado do cuidado (SUNG-HYUN *et al.*, 2009).

A preocupação dos estudos em representações sociais (RS) com os profissionais de saúde atuantes em UTI é desafiadora, dada a complexidade dos fenômenos que ocorrem nesse contexto. O ambiente da UTI incorpora muitos elementos, desde recursos tecnológicos e pacientes críticos que requerem tratamento imediato e decisões de cuidado, até profissionais de saúde com o necessário arcabouço de conhecimentos, experiência, ética e humanismo. A UTI é definida pelo Ministério da saúde (MS) como um sistema organizado que oferece suporte avançado para sustentar a vida em situações clínicas de extrema gravidade e risco de morte por falência de órgãos, de forma contínua, por uma equipe multidisciplinar especializada (BRASIL, 2020).

Entrelaçadas de características, análogas às características sociais descritas por Moscovici, a UTI apresenta uma série de categorias profissionais, cujos membros atuantes apresentam características específicas e devem se relacionar por meio de ideias, imagens e linguagens. A partir dessa diversidade, edifica-se um mundo aparentemente estável e carregado de história. Assim, nesse setor as relações interpessoais e associações com tecnologias, mudanças demográficas, cultura e desenvolvimento científico, são similares aos fenômenos que Moscovici chamou de RS (MOSCOVICI, 2015).

No momento da pandemia da covid_19 foi quando entrei pela primeira vez no setor respiratório da unidade de terapia intensiva isso foi muito tenso e triste fiquei com medo de me contaminar e também transmitir para a minha família e aos colegas de trabalho (Participante 062)

[...] a difícil situação quando me deparei com lesões nos meus ombros e coluna devido ao trabalho na unidade de terapia intensiva adulto passei de cuidar de pessoas para ser cuidada e afastada das minhas atividades. De técnico de enfermagem do pronto socorro e, na unidade de terapia intensiva na qual exerci desde quando conclui meu curso de enfermagem, de repente me deparei com essas situações de limitações das minhas atividades, que sempre dediquei e tive afastamento do trabalho por vários períodos devido as lesões e ao retornar ao hospital fui remanejada para outro setor e com restrições de não pegar peso (Participante 075)

Para atuar na UTI, é necessário conhecimento, experiência, flexibilidade e comprometimento ético da equipe. Na vida cotidiana, a carga de trabalho é intensa e muitas vezes é combinada com escassez e/ou escassez de recursos humanos. Isso cria uma situação indesejável, que pode colocar em risco a vida do paciente, imediatamente ou mais tarde.

Trabalhei na unidade de terapia intensiva da covid_19 por dois anos ininterruptos durante toda a pandemia da covid_19 em revezamento com os outros funcionários. Por mais que o serviço fosse estressante mentalmente e fisicamente não recebemos o apoio da coordenação e, sequer a empatia de perguntar como estávamos. [...] por um tempo ficamos com uma equipe reduzida devido aos afastamentos de colegas de trabalho por causa da doença da covid_19. [...] O sentimento de impotência e desrespeito com a equipe e com os pacientes me acompanham até hoje, somos somente números (Participante 086)

Para Olinó *et al.* (2019), a sobrecarga mental tem impacto direto na qualidade da assistência prestada. Forte *et al.* (2018) destacam a necessidade de profissionais em número suficiente, com carga horária justa e estrutura adequada para garantir atendimento de qualidade sem sobrecarregar a saúde dos pacientes.

Novaretti *et al.* (2014) observam, em seu estudo, que a sobrecarga de trabalho ligada à desproporção entre o número de profissionais de enfermagem e os pacientes é indicada como fator de risco, principalmente quanto ao aumento da incidência de infecções hospitalares em pacientes graves. Além disso, é considerada um obstáculo para as ações de educação continuada devido à indisponibilidade de os profissionais de enfermagem delas participarem.

Na mesma direção, apesar da importância do dimensionamento adequado da equipe de enfermagem para o cuidado especializado, na prática a obrigatoriedade do cumprimento de tarefas em determinado período de tempo acaba se sobrepondo, devido à escassez de pessoal e ao excesso de trabalho, ou de possíveis controvérsias relacionadas a casos clínicos, exames laboratoriais ou mesmo de condições/cuidados que possam demandar conhecimentos que são aplicados no dia a dia e que interferem diretamente na assistência ao paciente (VASCONCELOS *et al.*, 2017).

O cuidado no ambiente da unidade de terapia Intensiva (UTI) decorre das interações criadas entre os diversos e complexos elementos compartilhados nesse cenário. Compreendendo a UTI como um todo, interdependência significa compreender que os recursos materiais e tecnológicos, o espaço físico e os recursos humanos estão inter-relacionados e criam características específicas que definem o cuidado (BACKES; ERDMANN; BÜSCHER, 2015; MOTTA; PAULO, 2020).

Por fim, nesta classe 4, percebe-se que os profissionais de enfermagem, nas interações com outros elementos que circulam nos espaços sociais, constroem modos de pensar e de estar nesses ambientes. Portanto, pode-se dizer que os profissionais de enfermagem, ao interagirem entre si, com o ambiente, com os diferentes elementos sobrepostos (sobrecarga, falta de pessoal, entre outros) enraizados na gestão, determinam comportamentos que se naturalizam com o tempo e trazem soluções concretas e resultados para a realidade.

Observamos, nas falas dos profissionais, manifestação de saberes relacionados ao conhecimento científico, visto que se trata de um setor altamente complexo e dotado de particularidades. Assim, a representação social do estresse pelos profissionais atuantes na UTI apontou que é difícil trabalhar durante a pandemia nesse setor, inclusive em termos de gestão, pois há falta de apoio da coordenação, e o fato de não se olhar para os profissionais que ali trabalham revela que não se atribui importância a todos os acontecimentos que ali ocorrem.

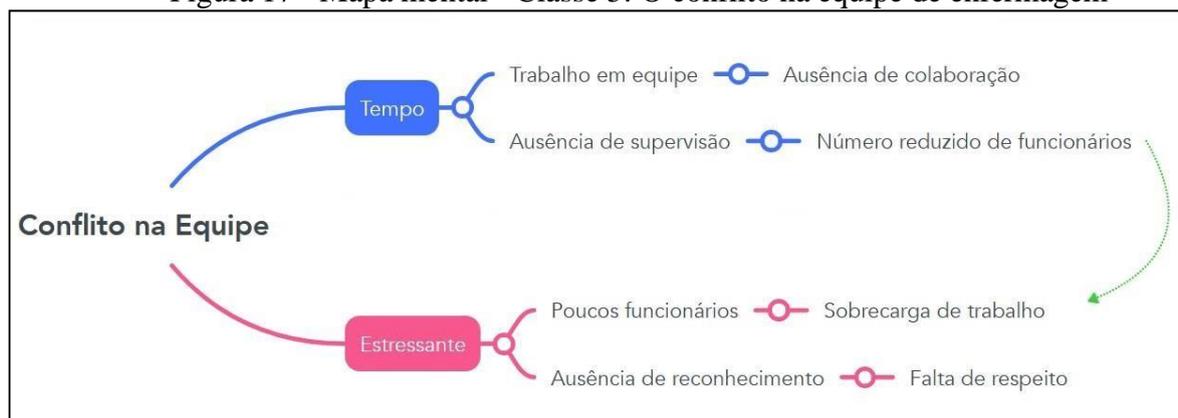
Na sequência deste texto são apresentados os discursos da Classe 5: O conflito na equipe de enfermagem.

4.2.5 Classe 5: O conflito na equipe de enfermagem

A Classe 5, gerada pelo IRaMuTeQ, reuniu termos recorrentes em 18,07% das falas dos profissionais de enfermagem. Esses termos foram “tempo”, “cirúrgico”, “estressante” e outros.

Para melhor compreensão dos textos analisados nesta classe, foi elaborado um mapa mental (Figura 17).

Figura 17 - Mapa mental - Classe 5: O conflito na equipe de enfermagem



Fonte: Elaborada pelo pesquisador.

Nesta classe, os participantes trazem discursos de situações conflitantes no ambiente de trabalho. No ambiente hospitalar, o enfermeiro é o líder da equipe e o responsável por

conduzir as situações de conflito, pois a resolutividade, empatia e humanização são competências essenciais para o desenvolvimento das atividades e para liderar a equipe de enfermagem, bem como a equipe multidisciplinar. Percebe-se, na fala de um dos participantes, o conflito no trabalho em equipe:

Trabalho com uma equipe que só ajuda entre eles mesmos, ou seja, quando preciso de ajuda para realizar o banho ou no reposicionamento do paciente e peço ajuda para algum deles eu preciso esperar por muito tempo ou mesmo pedir para outro colaborador (Participante 083)

O conflito existe devido a um desacordo entre duas ou mais pessoas, decorrente de pensamentos e valores diferentes e não condizentes com a rotina institucionalizada do trabalho. Nesse contexto, os conflitos podem surgir a partir do relacionamento com pessoas que apresentam crenças, formações, objetivos e valores profissionais divergentes (LIMA *et al.*, 2014).

Os conflitos, que são resultados de um processo de desentendimentos ou confrontos entre pessoas, organizações ou situações, podem gerar o estresse na equipe de trabalho, ainda que nem todos estejam envolvidos (LAMPERT *et al.*, 2013).

O plantão é muito corrido, mas fazendo de tudo para dar conta do trabalho e ainda ser chamada de imprestável, isso tem gerado uma situação muito estressante, crises de ansiedade (Participante 19)

Percebem-se, na fala do Participante 19, situações de relações interpessoais no exercício da função. Esses aspectos foram discutidos também em pesquisa realizada com 250 enfermeiras em cinco hospitais australianos, para observação de padrões de governança abusivos, abuso pessoal e excesso de trabalho. As enfermeiras relataram que o assédio moral vivenciado no ambiente de trabalho também refletia em sua vida pessoal e lhes causava estresse (RODWELL *et al.*, 2014). As consequências do assédio moral são terríveis e afetam a saúde física e mental dessas vítimas.

A situação que me deixa angustiada e, que é estressante, é você fazer o seu melhor no trabalho e nunca ser o suficiente, as vezes parece que me sinto incompetente, porque na visão das pessoas o que eu faço não é o correto nunca consigo chegar no meu objetivo, que é fazer o melhor sempre (Participante 135)

Meu trabalho é muito estressante (Participante 135)

É importante mencionar que o ambiente de trabalho dos profissionais de saúde está diretamente relacionado com sua satisfação no trabalho, incluindo enfermeiros e sua equipe, a

qualidade do atendimento e a segurança do paciente. O ambiente também tem influência nos resultados do enfermeiro, devido a excesso de trabalho, condições inadequadas de trabalho, relações interpessoais conflituosas, falta de expectativas profissionais, baixa autonomia profissional e ambiguidade de funções (CUNHA; SOUZA; MELLO, 2012).

Na enfermagem, a equipe é composta de muitos profissionais, e o fato de trabalharem juntos é fonte de conflitos, pois cada profissional tem suas prioridades e individualidades. Além disso, sobrecarga de trabalho, poucos funcionários, escalas de trabalhos apertadas e escassez de materiais são questões que podem surgir no decorrer do plantão. O conflito em si não é uma situação negativa, pois demanda mudanças que podem melhorar as rotinas, quando solucionado. No entanto, torna-se problema quando se transforma em confronto (GRECO, 2011).

É fundamental que o líder da equipe reflita sobre as ocorrências, respeite as diferenças socioeconômicas e culturais de cada um, tenha um bom diálogo, saiba ouvir e se posicionar e criar vínculos. Precisa deixar os membros da equipe à vontade para se posicionarem; assim, ganhará espaço como líder e também a confiança de seus colaboradores. Para isso, o profissional de saúde precisa conhecer sua equipe e a unidade em que trabalha, e também ter clareza de sua missão. É de responsabilidade do enfermeiro contribuir para um ambiente harmonioso, colocar-se na posição de líder, ter conhecimentos, atitudes e aptidões para exercer o cargo, e sempre buscar uma liderança inovadora e criativa (SOUZA *et al.*, 2018).

Os conflitos organizacionais têm caráter positivo quando aplicados para impulsionar mudanças pessoais, grupais e organizacionais, para gerar crescimento pessoal, inovação e produtividade. No entanto, podem ser prejudiciais para a organização, se não forem geridos corretamente, pois poderão ter um efeito negativo na motivação dos funcionários e nos seus desempenhos.

Um dos desafios para os gerentes de enfermagem é a necessidade de desenvolvimento contínuo de competências e aptidões, especialmente o bom relacionamento decorrente do trabalho em equipe e das relações que respeitam diferenças culturais, sociais e econômicas das pessoas da organização (CORRADI; ZGODA; PAUL, 2008).

Me deparei em uma situação com muitas tarefas para fazer tentei dar conta de todas as tarefas ao mesmo tempo fiquei sobrecarregada e cheguei à exaustão durante a covid_19 por que não dei o meu braço a torcer, ignorei todos os sinais do meu corpo, tive crises de ansiedades por causa dos problemas do hospital (Participante 013)

Observa-se que sobrecarga de trabalho, aptidões tecnológicas limitadas, falta de gerenciamento de conflitos, falta de suporte social no ambiente de trabalho e incapacidade de resolver problemas podem levar os profissionais a crises de ansiedade.

Trabalhar na área da saúde é muito estressante conseguir conciliar o trabalho com a família é bem difícil pois temos pouco tempo para se dedicar a família (Participante 064)

Entre os motivos atribuídos ao esgotamento, os trabalhadores das enfermarias dedicadas à covid-19 apontaram a instabilidade e o nível crítico dos cuidados intensivos aos pacientes acometidos pela doença, bem como, o elevado número de óbitos. Várias mudanças organizacionais e cargas de trabalho excessivas foram experiências comuns para funcionários em unidades dedicadas/não dedicadas à covid-19.

A sobrecarga de trabalho contribui para o cansaço e, conseqüentemente para a privação de momentos de lazer. Na pandemia houve aumento do número de pacientes nos serviços hospitalares e ampliação da jornada de trabalho, bem como falta de EPIs; conseqüentemente, houve agravamento do cansaço físico e mental dos profissionais. Esses fatores podem causar ansiedade, estresse e depressão, como evidenciado em profissionais de saúde nesse período, principalmente dos técnicos de enfermagem (GORDON; MAGBEE; YODER, 2021; MOSER *et al.*, 2021). O estresse laboral está muito presente na área da saúde, pois muitos profissionais trabalham em dupla jornada, têm pouco tempo para repousar e associam o trabalho a atividades de servidão (RATOCHINSKI *et al.*, 2016).

Fatores que levam ao estresse em pessoas que trabalham incluem iluminação e ventilação inadequadas, bem como ruído excessivo e falta de recursos materiais. Observou-se também falta de pessoal, sobrecarga de tarefas e falta de experiência profissional, e o fato de que as combinações desses fatores impossibilitam a realização das atividades, tornando o trabalho difícil e estressante (CORONETTI *et al.*, 2006).

Dada a importância do estresse na vida desses profissionais e o efeito negativo que ele pode causar, os serviços de saúde devem implementar medidas para minimizar o estresse no ambiente de trabalho, apoiar os profissionais, proporcionar melhores condições de vida dentro e fora do ambiente de serviço, melhorando assim os cuidados prestados ao paciente.

Nesta classe 5, percebe-se que na fala das participantes situações conflitantes no ambiente de trabalho, relações interpessoais e a importância do papel da gestão neste processo, minimizando a ocorrência e/ou a necessidade de gerenciar os conflitos, bem como o envolvimento dos demais profissionais da equipe, pois a satisfação no ambiente de trabalho

está diretamente relacionada a satisfação da equipe. O atendimento a esses quesitos reflete na qualidade do serviço prestado.

Nesta seção foram apresentados os dados qualitativos referente à Etapa 1, que compreendem os discursos dos profissionais sobre situações estressoras. Foi possível identificar, na classe 1, a evidência da afetividade dos profissionais de enfermagem em relação a familiares e amigos dos pacientes, na descoberta de uma doença ou na perda de um ente querido. Na classe 2 foram discutidos os elementos relacionados a ausência de reconhecimento profissional, por parte dos familiares ou pacientes e pela própria equipe de trabalho, o que favoreceu sobrecarga de atividades e estresse, aos profissionais. Na classe 3, discutimos a necessidade da participação da família e dos profissionais de enfermagem no período pandêmico, quando a família não participou efetivamente do processo de acompanhamento de seus familiares internados, devido à restrição de visitas. Por esse motivo, os pacientes internados tiveram medo de morrer e não ter um último contato com seus familiares. Na classe 4, observamos, nas falas dos profissionais, manifestações de saberes relacionados ao conhecimento científico, um setor altamente complexo e dotado de particularidades. Por fim, na classe 5 há, na fala dos profissionais, referência a situações conflitantes no ambiente de trabalho, relações interpessoais e importância do papel da gestão.

Os conteúdos representacionais relacionados ao estresse, apresentados pelos profissionais de enfermagem no período pandêmico, trazem o sentido de estranho, no que se refere aos óbitos dos pacientes na UTI: tudo foi feito, mas o paciente foi a óbito. Tratava-se de um fato novo para os profissionais. Cabe destacar, também, o conflito relacionado a gestão de enfermagem, que foi visto pelos profissionais como ruim, no que se refere a falta de reconhecimento

As representações sociais sobre o estresse no trabalho têm seus processos de objetivação e ancoragem no sofrimento institucional produzido e consumido pelos profissionais. Na medida em que a sobrecarga de trabalho afeta e prejudica as relações interpessoais, favorece a desmotivação profissional. Assim, os estudos de representação social sobre o estresse podem redefinir as condições específicas nos diferentes cenários das práticas e conhecimentos da enfermagem e servir de suporte para mudanças organizacionais.

Prosseguindo com as análises, apresentamos, no subitem 4.3, os resultados obtidos nas entrevistas referentes à Etapa 2.

4.3 Análise das entrevistas - Etapa 2

Nesta seção são apresentados os resultados obtidos das entrevistas referentes à Etapa 2, com os profissionais de enfermagem, por meio de roteiro dividido em perguntas sobre as experiências por eles vivenciadas em um hospital durante a pandemia da covid-19. Os resultados foram categorizados pelo *software* IRaMuTeQ e analisados à luz da Teoria das Representações Sociais.

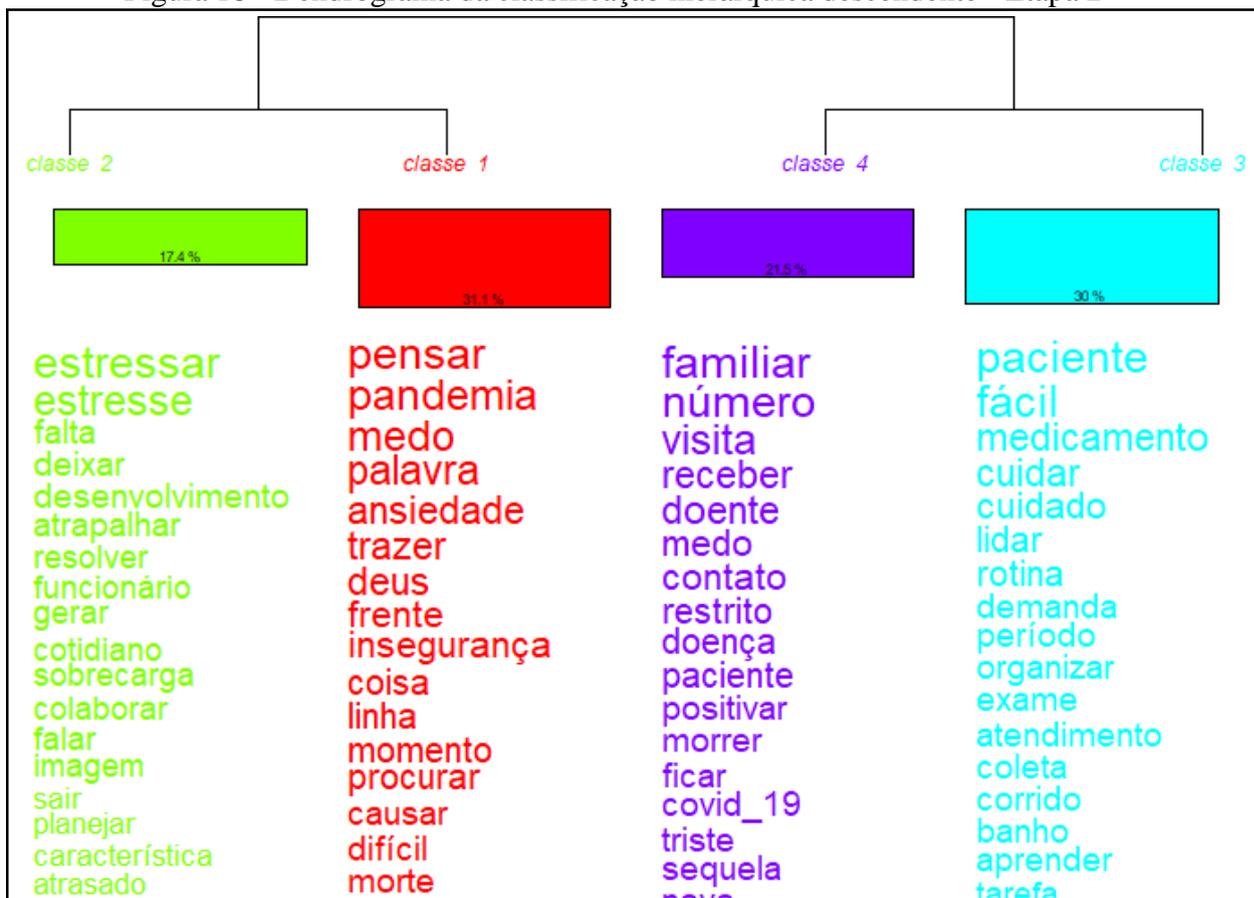
Da Etapa 2 participaram 18 sujeitos: 7 enfermeiros, 5 Técnicos de Enfermagem e 6 Auxiliares de Enfermagem. Dentre eles, 3 trabalham na Unidade de Terapia Intensa; 6, na Unidade de Internação; 6, no Pronto Atendimento Adulto; 2, no Ambulatório de Oncologia; e 1, no Laboratório. Todos os profissionais de enfermagem relataram que cuidaram e/ou tiveram contato com os pacientes acometidos pela covid-19.

Em relação às entrevistas, os áudios gravados foram transcritos e, para o tratamento desses dados, utilizou-se o *software* IRaMuTeQ, uma vez que o programa [...] auxilia na análise de conteúdos textuais densos e carregados de sentidos diversos, sejam eles escritos ou obtidos a partir da fala dos sujeitos” (AZEVEDO; MIRANDA, 2012, p. 7). A análise textual das narrativas permitiu conhecer as crenças, valores, atitudes e informações dos profissionais de enfermagem sobre o estresse, no período pandêmico.

As respostas das entrevistas foram organizadas em um único arquivo (*corpus* de análise), que foi tratado pelo *software* IRaMuTeQ. O *software* organizou o material, dividindo-o em quatro grupos de classes, de acordo a frequência das palavras. Em estudos de Representações Sociais, essas classes podem revelar conhecimentos de senso comum, campos de imagens que se referem a objetos sociais ou vários aspectos de uma única Representação Social (CAMARGO; JUSTO, 2013; VELOZ; NASCIMENTO-SCHULZE; CAMARGO, 1999).

A classificação hierárquica descendente – CHD é desenvolvida no programa IRaMuTeQ, que agrupa os segmentos de textos e os vocabulários, correlacionando-os por conteúdos temáticos semelhantes, em um esquema hierárquico de classes. Esse processo ajuda a organizar os dados, que permitem aos pesquisadores criar categorias e análises mais ágeis, com base no referencial teórico e metodológico adotado. A Figura 18 apresenta o Dendrograma resultante do processamento feito pelo IRaMuTeQ.

Figura 18 - Dendrograma da classificação hierárquica descendente - Etapa 2



Fonte: Dados da pesquisa.

O IRaMuTeQ organiza os dados em classes com base na similaridade de conteúdo. Cada classe recebeu uma parcela do total de 100% dos segmentos de texto aplicados. O Dendrograma é criado com base nas relações entre o conteúdo das classes, independentemente do percentual de segmentos em cada uma. Consequentemente, para classificação a conexão significativa do conteúdo é importante. O *corpus* geral foi constituído por 18 unidades de contextos iniciais (UCI), separados por 583 segmentos de textos (ST), com aproveitamento de 483 STs (82,85%) (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Cada segmento de texto é uma unidade contextual elementar, na qual cada palavra apresentada no Dendrograma é contextualizada. Apareceram 20.568 ocorrências. Conforme figura 18, o conteúdo analisado foi categorizado em 4 classes, cada uma delas contendo um percentual de STs: a classe 1, com 31,1%; a classe 2, com 17,4%; a classe 3, com 30%; e, a classe 4, com 21,5%.

Diante disso, cada uma das classes de palavras foi nomeada a partir da análise de conteúdo realizada: Classe 1, Ansiedade e medo; Classe 2, Estresse e falta de

equipamentos/funcionários; Classe 3, cuidado com os pacientes; e, Classe 4, Familiares/Visitas.

O Dendrograma mostra que a classe 2 e a classe 1 estão próximas uma da outra devido à sua disposição visual - agrupadas por uma chave. Da mesma maneira, percebe-se que as classes 4 e 3 estão próximas. Simultaneamente, observamos no Dendrograma que as ‘duplas de classes’ se contrapõem, ou seja, tratam de dois grupos temáticos distintos: as classes 2 e 1 tratam de temáticas consideradas opostas às temáticas agrupadas nas classes 4 e 3.

As classes 2 e 1 e 4 e 3 formam as próximas, pois, quanto mais próximas permanecem umas das outras, maior é a afinidade contextual. Portanto, maior é a possibilidade de agrupamentos futuros na construção das classes finais (GALIAZZI; MORAES; RAMOS, 2003; MORAES; GALIAZZI, 2011; LIMA; RAMOS, 2017).

Ao analisar o Dendrograma gerado pelo IRaMuTeQ, é possível perceber que a análise estatística de cada classe de palavras é apresentada em forma de lista. As primeiras palavras são escritas em fonte maior e diminuem conforme vão ficando no fim da lista, ou seja, as palavras que mais apareceram nas falas dos respondentes estão no início da lista e, portanto, escritas em fonte maior, e as palavras que menos apareceram nas falas dos respondentes estão escritas em fonte menor, no final da lista.

Com base nas informações fornecidas pelo IRaMuTeQ, inicia-se uma leitura minuciosa da UCE relacionada à palavra gerada pelo programa. A comparação desses dados com a literatura possibilita a interpretação das classes.

As quatro classes de palavras estão nomeadas nesta pesquisa a partir da temática geral que apresentam, como pode ser observado no Quadro 11.

Neste quadro também estão visualmente apontados os temas secundários que cada uma das classes de palavras apresenta, a partir das narrativas dos profissionais de enfermagem, destacadas no Dendrograma (Figura 18) sobre as palavras formadas nas falas dos participantes.

Quadro 11 - Temática geral das classes e subtemas das entrevistas

Classe de palavras	Tema	Subtema
Classe 1	Ansiedade e Medo	<ul style="list-style-type: none"> - Ansiedade por trabalhar na linha de frente, contra a pandemia da covid-19; - Sentimentos negativos ao ouvirem a palavra pandemia, ou quando relembram os dias vivenciados; - Estratégias diferentes para conter os índices de ansiedade e outros problemas, exemplo: leitura; terapia. - Entrevistados serem os responsáveis pela contaminação de seus familiares e amigos; - Medo de contrair a doença e não manifestar os sintomas e o medo de morrer.
Classe 2	Estresse e falta de equipamentos/funcionários	<ul style="list-style-type: none"> - Falta constante de funcionários ou equipamentos era um dos fatores que contribuíram para o aumento do estresse; - O impacto do estresse nos profissionais de enfermagem; - O estresse no ambiente de trabalho e a exaustão psíquica dos profissionais. - A sobrecarga de trabalho nas Unidades Críticas (UTI)
Classe 3	Cuidado com os pacientes	<ul style="list-style-type: none"> - A dificuldade em cuidar dos pacientes e de trabalhar no período de crise sanitária; - Medo e receio dos profissionais frente ao paciente com a doença; - Contentamento em poder cuidar de pessoas contaminadas pela covid-19; - Cumprir com o seu dever de prestar cuidado aos pacientes.
Classe 4	Familiares/Visitas	<ul style="list-style-type: none"> - Alternativas para conectar os pacientes internados com seus familiares; - Acolhimento aos familiares dos pacientes com a covid-19; - Restrição das visitas dos familiares aos pacientes hospitalizados; - Afastamento dos familiares por parte dos profissionais e também dos pacientes.

Fonte: Elaborado pelo pesquisador a partir das classes de palavras apresentadas pelo IRaMuTeQ.

Na sequência deste texto são apresentadas as análises das Classes, conforme o Dendrograma (Figura 18), iniciando pela classe 1 - Ansiedade e Medo, analisada à luz da Teoria das Representações Sociais.

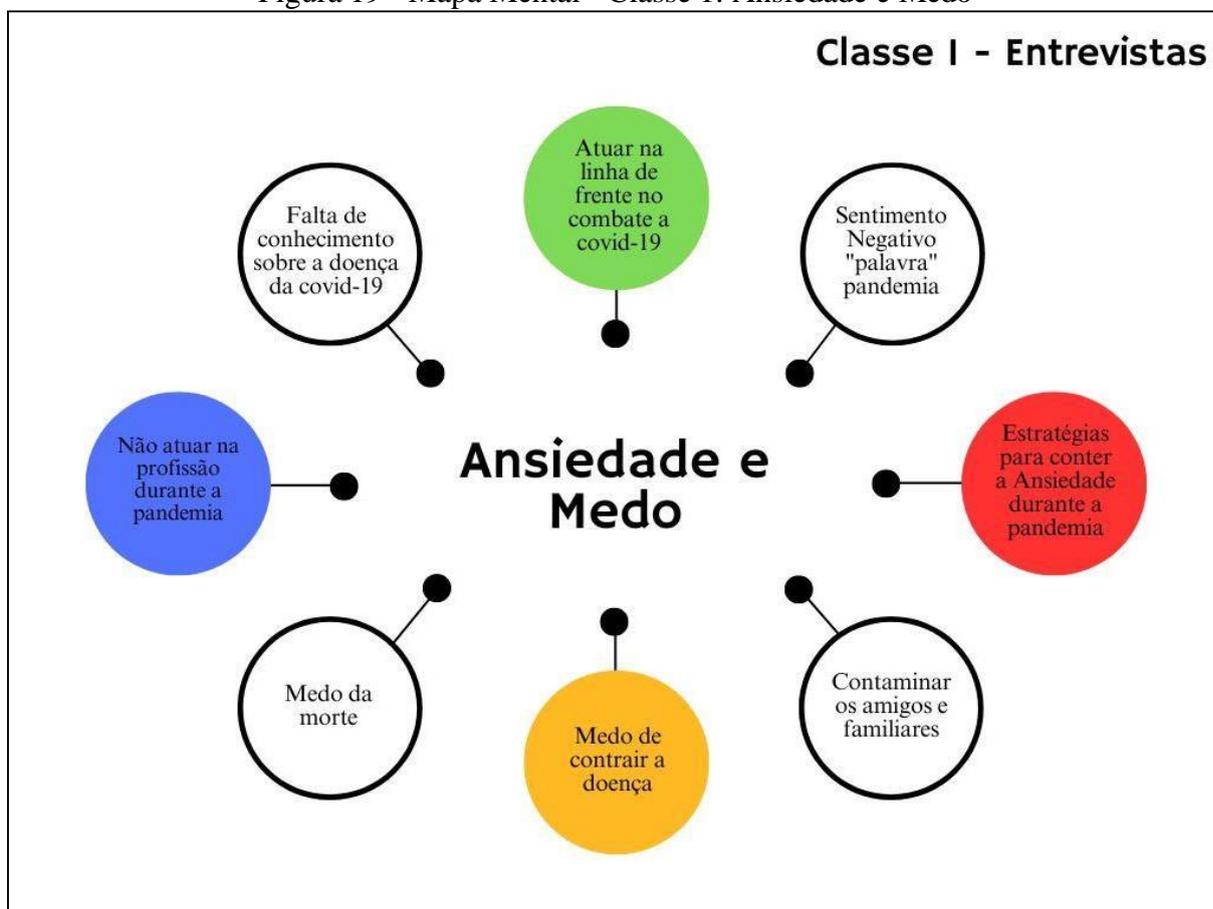
4.3.1 Classe 1: Ansiedade e Medo

A primeira Classe de Palavras gerada pelo IRaMuTeQ, denominada Classe 1: Ansiedade e Medo, é composta por termos recorrentes em 31,1% das falas dos profissionais de enfermagem. Este valor de incidência de palavras foi o maior, se comparado com os

valores encontrados em todas as outras três classes (a Classe 2 representa 17,4% das falas dos profissionais de enfermagem, a Classe 3, 30%, e a Classe 4, 21,5%, o que demonstra que esses temas são considerados de significativa importância para o grupo. A Classe 1 apresentou palavras como: “pensar”, “pandemia”, “medo”, “palavra” e “ansiedade”.

Para melhor compreensão dos textos analisados, foi elaborado um mapa mental (Figura 19) correspondente à classe analisada.

Figura 19 - Mapa Mental - Classe 1: Ansiedade e Medo



Fonte: Elaborada pelo pesquisador.

De acordo com os achados da pesquisa realizada por Ribeiro *et al.* (2022), o contexto pandêmico evidenciou uma série de limitações presentes no Sistema Único de Saúde (SUS), como a oferta reduzida de leitos hospitalares e a falta de recursos humanos e de materiais. Ademais, a ausência de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) adequados, a sobrecarga de trabalho para equipes reduzidas, a inexistência de políticas de formação continuada e a baixa qualidade dos testes realizados diretamente afetam a saúde e a segurança dos profissionais da enfermagem que estão na linha de frente no combate ao vírus.

Esse cenário aponta para a necessidade de aprimoramento das políticas públicas de saúde, com vistas a oferecer condições adequadas de trabalho e proteção para os profissionais de saúde que se dedicam diariamente ao cuidado da população, especialmente em momentos de crise sanitária (RIBEIRO *et al.*, 2022).

Segundo o estudo conduzido por Silva *et al.* (2021), esses elementos combinados podem levar a um aumento significativo dos níveis de ansiedade entre os profissionais de saúde que trabalham na linha de frente da pandemia. Consequentemente, é fundamental que sejam tomadas medidas para apoiar e proteger a saúde mental desses trabalhadores, garantindo-lhes condições de trabalho adequadas e um ambiente seguro, além de oferecer-lhes suporte psicológico, redução da carga de trabalho e estratégias para que possam lidar com o estresse e a ansiedade.

Esta pesquisa evidenciou que um fator que contribuiu para o aumento dos índices de ansiedade nos profissionais de enfermagem foi a atuação na linha de frente, contra a pandemia da covid-19. Isso se deve ao seu imenso e essencial papel na prestação de cuidados e intervenções, que devem ser constantes e integrais, aos pacientes acometidos e seus familiares, em momentos de tamanha fragilidade e dor.

Nesse sentido, notam-se, na Classe 1, repetições de palavras, como “ansiedade” e “medo”. Isso porque os participantes 1, 4, 8, 14 revelaram sentir muito medo e ansiedade. Em seu ambiente laboral.

Os meus sentimentos relacionados à atuação na linha de frente da covid_19 foram o medo, insegurança, a angustia, tristeza e muita ansiedade. Isso me consumia muito meu emocional, ficava abalado sentia que minha imunidade diminuía (Participante 1)

Era difícil cuidar desses pacientes, estar na linha de frente, era pesado, muito medo, ansiedade e, a vontade de não estar no hospital, passado por essa situação no início da pandemia da covid_19, eu me senti com medo (Participante 4)

Minha atividade diária foi se restabelecendo apesar de ter muito trabalho, mas não é como era antes no início da pandemia, muito medo de estar na linha de frente da covid_19, senti ansiedade, insegurança, medo de morrer e, deixar meus familiares (Participante 8)

Depois que a pandemia diminuiu, já estava vacinada, isso foi melhorando, o medo passou a ser mais controlado, sentimento de medo de atuar na linha de frente da pandemia, insegurança, ansiedade sem saber o futuro, o que seria de mim (Participante 14)

Percebe-se que nos discursos os participantes expõem seus sentimentos e trazem sentimentos específicos por estarem atuando na linha de frente da pandemia. No período inicial da doença, desconhecia-se como seria o futuro dos profissionais e pacientes. Agora,

além de referirem medo e ansiedade, os profissionais têm reclamado do mal-estar gerado pela visualização diária dos sofrimentos dos pacientes, como solidão, pavor, agonia, e até a morte, o que tem provocado dúvidas sobre sua permanência na profissão.

Observa-se, na fala do participante 14: “[...] sentimento de medo de atuar na linha de frente da pandemia, insegurança, ansiedade sem saber o futuro, o que seria de mim”. Este discurso mobiliza o emocional, o que será de mim? Possibilidade de futuro ou não. Nas falas dos demais participantes também se observou medo de morrer e deixar a família, de cuidar de alguém doente e ser contaminado. Esses sentimentos são inerentes à profissão da enfermagem, mas no período pandêmico foi vivenciado de forma mais intensa.

Durante a pandemia, foi possível observar o sofrimento físico e psicológico da maioria dos profissionais de saúde, devido a fatores como excesso de trabalho, jornadas longas e abrangentes, risco de contaminação constante, pressão no trabalho, adaptações velozes, escassez de equipamentos de proteção, baixos salários, falta de protocolos de precaução, falta de treinamento diante da pandemia, entre outros. Tais situações indicam o alto risco de desenvolvimento de transtornos mentais e problemas de sono que esses profissionais enfrentam diariamente (MARVALDI *et al.*, 2021).

A emoção é um processo de transmutação emocional que ocorre por meio da expressão física, mas também por outros meios. As emoções têm características específicas, inerentes à vida adulta, que são contagiosas (MAHONEY; ALMEIDA, 2005).

Nesse contexto, a Teoria das Representações Sociais (TRS) tenta compreender e explicar o fenômeno que, segundo Jodelet (2001), é uma forma de conhecimento desenvolvida e transmitida com finalidade prática que contribui para a construção da realidade comum de um grupo social. Para Moscovici (2003), no contexto das representações sociais é importante distinguir conhecimentos de opiniões. A opinião é descrita como instável, em determinados pontos do ambiente social, e as representações são características assistidas por uma pessoa individualmente. As representações sociais são conhecimentos organizados sobre um sujeito ou objeto. Esses conhecimentos são socialmente edificados e legitimados, e também são influenciados pela história e pelas práticas cotidianas.

Segundo Silva, Camargo e Padilha (2011), as representações sociais permitem elucidar como o conhecimento é assimilado, naturalizado e expresso pelos grupos sociais por meio de contato direto com o paciente, o que possibilita compreensão das práticas e determinação de intervenções que, por respeitarem as características específicas de cada segmento social, serão mais eficientes e trarão melhores resultados.

Segundo Lopes, Sousa e Passos (2022), os profissionais de enfermagem que trabalharam na linha de frente do combate ao novo coronavírus enfrentam uma série de desafios emocionais que impactaram sua saúde mental de maneira significativa, em decorrência da sobrecarga de trabalho e da compreensão ainda insuficiente sobre a doença, seu tratamento e transmissão, assim como do aumento do número de óbitos. Além disso, as autoras ressaltam que as rotinas muito demandadas podem levar a situações de exaustão física e mental, e que as expressões dolorosas e as pressões vindas dos acompanhantes e familiares das vítimas da doença contribuíram para aumentar o estresse e a carga emocional desses profissionais.

Houve relatos também de indivíduos que desenvolveram sentimentos negativos aos ouvirem a palavra pandemia, ou quando relembram os dias vivenciados.

A palavra pandemia me faz pensar nos dias atuais em muita angústia ansiedade e se fosse uma coisa seria uma dor muito forte (Participante 15)

Outros momentos, fiquei mais isolada, quieta, pensativa. Os dias foram passando e, eu fui me tranquilizando aos poucos, a palavra pandemia me faz ter medo e, ansiedade, algo incontrolável que foge do nosso domínio (Participante 16)

[...] palavra pandemia me fez a pensar sobre o medo e a ansiedade e se for uma coisa seria uma dor emocional muito forte (Participante 17)

Nota-se, no relato da Participante 16, que umas das soluções adotadas por ela foi o isolamento, que no momento pandêmico foi uma prática obrigatória. Oliveira e Pereira (2012) explicam que comportamentos dessa natureza podem ser característicos do *burnout*, uma resposta que afeta o desempenho dos trabalhadores, seus relacionamentos interpessoais, sua produtividade e, conseqüentemente, sua qualidade de vida. Esse tipo de estresse representa uma falha na capacidade de adaptação, acompanhada de mau funcionamento crônico. Souza, Ferreira e Lopes (2022) comentam que, durante a pandemia, casos de *burnout* eram frequentes em enfermeiros.

É importante destacar que o isolamento é considerado uma estratégia de *coping* negativa, pois, embora reduza o estresse, não permite sua boa gestão, o que pode trazer conseqüências graves para o indivíduo, ao fugir dos problemas, embora no tempo da pandemia o isolamento tenha sido uma regra. Esses achados vêm ao encontro dos dados encontrados na presente pesquisa, referentes à Etapa 1, porque, a partir da aplicação do questionário (escala) de enfrentamento (*coping*), identificou-se que 85% da amostra (312 profissionais de enfermagem) têm níveis altos de uso da estratégia de isolamento (uma

estratégia negativa) e que estão acima da média nacional. Talvez seja um resultado específico do período pesquisado (INSTITUIÇÃO HOSPITALAR, 2021).

Além desta estratégia, outros entrevistados mencionaram diferentes formas para conter os índices de ansiedade e outros problemas, dentre elas a leitura.

Acredito muito em Deus, procuro sempre ter fé, acho que foi isso que me fez superar todas minhas ansiedades, medos e, também gosto de ler, a leitura me relaxa fiz isso durante a pandemia (Participante 2)

Adquiri o hábito da leitura para lidar com situações de trabalho causadas pela covid_19. Isso tirava minha ansiedade, me distraía um pouco. Eu gostava de conversar bastante com a minha família, fazíamos chamada de vídeo, isso me trazia uma segurança por saber que eles estavam bem e, isolados (Participante 9)

Gostava de ler muito, me acalmava, a palavra pandemia me fez pensar sobre o medo e a ansiedade e, se for uma coisa seria uma dor emocional muito forte (Participante 17)

Observa-se, no discurso do Participante 17, que, se a pandemia fosse uma coisa, seria uma “dor muito forte”. Percebe-se, portanto, que a dor mobiliza o profissional de enfermagem. Entende-se que a enfermagem é ciência e também arte de cuidar das pessoas. Para que isso seja viável, é necessário um processo de interação entre quem cuida e quem é cuidado. É necessário que essas pessoas troquem informações e sentimentos. O ato de cuidar, na enfermagem, estabelece relações muito próximos, muitas vezes íntimas, com intenso contato corporal, o que implica uma variedade de sentidos e sensações (CARVALHO, 2003; LEMOS; ROSSI, 2002).

Conforme apontado por Moura e Silva (2021), a escrita de cartas e a leitura são medidas que possibilitam que os pensamentos dos sujeitos sejam objetivados. Para os autores, essas práticas também têm papel terapêutico importante na área médico-psiquiátrica, pois, além de promover processos de confissão, aproximam o sujeito doente da catarse proporcionada por esses instrumentos, o que pode ajudar a modular a subjetividade e permitir que o sujeito identifique novas formas de resistências para se constituir.

Também houve relatos de outras soluções adotadas pelos profissionais de enfermagem, tais como terapia, meditação e o hábito da leitura:

[...] fiz terapia por um tempo porque fiquei com muito medo e, a ansiedade tomava conta de mim (Participante 6)

Tinha as minhas preocupações por estar atuando na linha de frente, medo, ansiedade por estar nessa responsabilidade, para lidar com situações de trabalho causadas pela covid_19, eu buscava relaxar, meditar, quando conseguia (Participante 14)

Isso me ajudou a se concentrar fora do hospital e, gostava de ler muito me acalmava [...] (Participante 17)

É possível perceber que a meditação não afeta somente a dimensão cognitiva, pois também pode provocar mudanças significativas no corpo, que impactam diretamente no estado mental da pessoa. Essas mudanças fisiológicas trazem benefícios positivos para a saúde, bem-estar e qualidade de vida, como a redução da frequência cardíaca, a diminuição da temperatura corporal e o aumento do fluxo sanguíneo cerebral, entre outros efeitos (FREITAS; JESUS; OLIVEIRA, 2022).

De acordo com as autoras mencionadas, a meditação tem o potencial de ir além da dimensão cognitiva e causar mudanças fisiológicas significativas que impactam diretamente o estado mental da pessoa, gerando efeitos positivos na saúde, bem-estar e qualidade de vida. A prática da meditação reduz o fluxo mental intenso presente em pessoas ansiosas; é benéfica, portanto, para a regulação dessas mudanças fisiológicas que podem afetar diretamente a manifestação da ansiedade.

Observa-se, nas falas dos profissionais de enfermagem participantes desta pesquisa, que os hábitos saudáveis foram estratégias utilizadas para minimizar o esgotamento sentido e os estressores impostos pela situação pandêmica, por meio de acompanhamento psicológico, apoio familiar e resgate de hábitos de lazer. Esses hábitos geram prazer e satisfação, o que favorece a saúde física e mental dos profissionais de enfermagem.

Ainda na Classe 1, diversos relatos descrevem o medo dos profissionais de enfermagem de serem os responsáveis pela contaminação de seus familiares e amigos, uma vez que estavam diariamente submetidos a episódios em que o contato com pessoas contaminadas era inevitável.

Por medo da família e, meus amigos pegarem a covid-19 eu fiquei mais afastada tinha pouco contato [...] (Participante 7)

O medo de estar com o vírus e, continuar trabalhando e, transmitindo aos colegas [...] (Participante 9)

Fiquei com medo de contaminar meus familiares fiquei mais afastada (Participante 11)

Ficava preocupava, tinha medo de estar doente e, cuidar de outras pessoas doentes, levar para a minha família, não me sentia bem (Participante 13)

Durante a pandemia, tive bastante dor de cabeça, voltado para as preocupações diárias, o medo de estar com a doença e, levar para os meus familiares ou amigos próximos. Isso era um medo bem constante trabalhar diariamente e, ser pego de surpresa com os sintomas da doença (Participante 15)

Em concordância com esses relatos, a pesquisa realizada por Cavalcante *et al.* (2022) mostrou que o temor de contrair o vírus, de transmiti-lo a um ente querido ou de ter um parente infectado foi identificado como um fator de risco para efeitos negativos na saúde mental, e houve conexão significativa entre o medo e a ansiedade. Além disso, notou-se grande quantidade de menções ao medo de contrair a doença, de não manifestar os sintomas e de morrer.

Tive muito medo por ser um profissional da área da saúde, ansiedade em certos momentos de óbitos de pacientes, me sentia também como uma pessoa importante que estava lutando por alguém, que estava sofrendo com o medo da doença e da morte (Participante 2)

Observamos, na fala do Participante 2, uma estratégia de enfrentamento do estresse: atribuir um novo significado ao trabalho, salvar e socorrer o outro.

Fiquei com bastante medo de me contaminar e, precisar ficar internada. [...] tive que cuidar de muitos pacientes, a correria era enorme, gostava do que fazia apesar do medo das mortes [...] (Participante 3)

Em relação aos pacientes com covid-19 me fez pensar muito sobre o medo da morte, estava acontecendo muito e, não sabia se eles iriam viver e, pensava e se fosse comigo? Fiquei desesperada, essa imagem de desespero que representou esse momento (Participante 8)

[...] me senti muito assustada com tudo e, o medo da morte (Participante 16)

Tive momentos tensos era um dor acho que o medo da doença trazia esses sintomas dor de cabeça e fiquei mais ansioso (Participante 17)

Percebe-se que, nas falas dos participantes, um medo de morte iminente. Segundo Ramos (2022), o medo pode ser prejudicial à saúde mental, pois muitas pessoas tendem a se concentrar em alguns problemas específicos, esquecendo-se de outros e perdendo o controle emocional. A autora também explica que o medo é um sentimento comum durante surtos de doenças e que pode afetar o comportamento individual e coletivo. Durante o início da pandemia de covid-19, a falta de conhecimento sobre a doença, sua alta transmissibilidade e a falta de tratamentos específicos foram fatores que acentuaram a presença do medo, pois o número de óbitos também era grande. Constatava-se uma realidade.

Nas falas anteriores, dos Participantes 3 e 8, notamos que, além da influência que o sofrimento do paciente exerce sobre a enfermagem, há a imagem de que o profissional é sentimental e tem permissão social para expressar essa imagem de afeto. A impressão era de que os profissionais sabiam que era o trabalho deles tratar desses pacientes, embora corressem riscos.

Nesta classe analisada, identificaram-se discursos relacionados ao “medo”, à “ansiedade” e à “pandemia”, e relacionados com o atendimento/cuidado dos pacientes com a doença e/ou suspeita da covid-19. Diante disso, os profissionais sentiam-se emocionalmente esgotados. É válido destacar que embora os profissionais trabalhem diariamente em ambientes de doença, na pandemia não se sabia inicialmente quem iria morrer ou não, poderia ser qualquer pessoa.

O início da pandemia foi um período tenso, desafiador e estressante para os participantes da pesquisa. Segundo Moscovici (2015), as representações sociais inseridas nos significados das palavras e repetitivas nos discursos públicos orientam a comunicação/ação e projetam a existência nesse contexto. Segundo Azamor e Nyff (2009), os grupos sociais criam representações sociais, não apenas para entender o mundo ao seu redor, mas também para agir diante dele.

Os resultados destacados nesta classe 1 revelam que os participantes da pesquisa compreendem e sabem explicar o significado de trabalhar no ambiente hospitalar no período pandêmico. Relatam os desafios do profissional para cuidar de um paciente com a covid-19 e, paralelamente, seu desgaste emocional, o estresse gerado e os sintomas emocionais, que lhe trouxeram o medo da morte e a ansiedade.

Dessa forma, as representações sociais elaboradas sobre o estresse pelos participantes, diante do processo de cuidar do paciente com uma doença desconhecida, que de certa forma trouxe consequências ruins em nível físico e mental, colaboraram para o surgimento do estresse nos profissionais de enfermagem.

Cabe enfatizar que, nos discursos dos profissionais, estiveram presentes falas relacionadas ao medo eminente da morte e à dor forte. Esse medo possivelmente foi potencializado pelas notícias na mídia sobre o grande número de mortes por covid-19 e também pela observação de ocorrências de mortes no próprio ambiente hospitalar em que atuam. Conforme discutido no capítulo teórico, os dados mostram índices significativos de profissionais da saúde que foram a óbito.

Ainda sobre a dor, a literatura destaca as dificuldades que os profissionais enfrentam no tratamento da dor e do sofrimento, isso inclui ignorar seu impacto real na saúde dos pacientes (DRUMMOND, 2012; SIMÕES, 2011).

O Código de Ética dos profissionais de enfermagem enfatiza os direitos humanos e a importância de comunicar informações de forma clara e viável, respeitando a autonomia do paciente durante todo o ciclo de vida e o processo de morrer. O documento também destaca

que o profissional não pode ser cúmplice de qualquer forma de negligência, praticada individualmente ou pela equipe de saúde (COFEN, 2017).

Em relação às mortes dos pacientes, em uma pesquisa os profissionais de saúde relataram que as mortes por covid-19 em pessoas hospitalizadas são consideradas "mortes difíceis", com sentimentos de abandono e solidão agravados por protocolos que limitam o contato entre familiares e equipe de saúde (GRISOTTI *et al.*, 2022).

Além da morte, uma das turbulências emocionais que as pessoas experimentaram durante a pandemia foi o medo. A pandemia criou um sentimento forte de medo mortal nas pessoas. O medo é uma emoção que nos deixa enfrentar um evento real ou ilusório que acreditamos ser uma ameaça, no nível físico, psicológico ou mesmo socioeconômico (RODRÍGUEZ; SÁNCHEZ, 2020). Assim, “[...] o medo garante a nossa sobrevivência. Como outras emoções, o medo ativa os três níveis de reação em nosso corpo: cognitivo, fisiológico e motor” (RODRÍGUEZ; SÁNCHEZ, 2020, p.195).

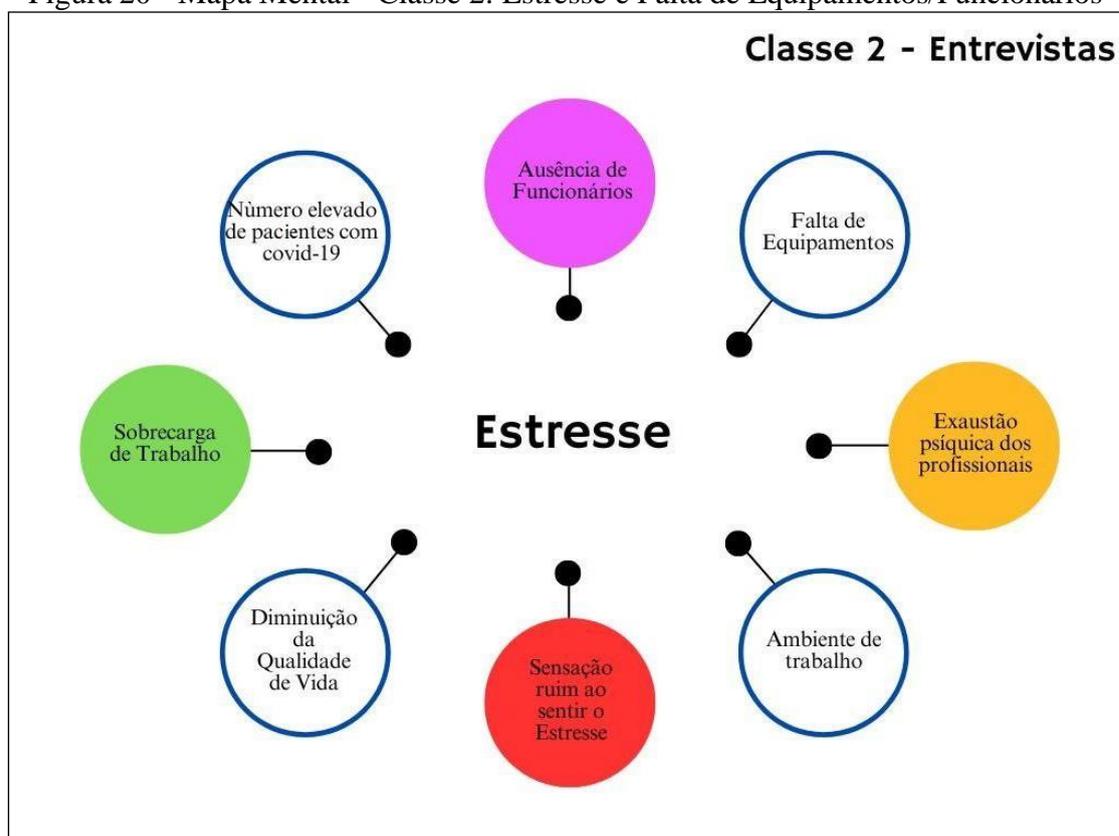
São apresentados, no subitem que segue, os discursos da Classe 2: Estresse e Falta de Equipamentos/Funcionários.

4.3.2 Classe 2: Estresse e Falta de Equipamentos/Funcionários

A Classe 2, gerada pelo IRaMuTeQ, reuniu termos recorrentes em 17,4% das falas dos profissionais de enfermagem, como: “estressar”, “estresse”, “falta”, “desenvolvimento” e “atrapalhar”.

Para melhor compreensão dos textos analisados nesta classe, foi elaborado um mapa mental (Figura 20).

Figura 20 - Mapa Mental - Classe 2: Estresse e Falta de Equipamentos/Funcionários



Fonte: Elaborada pelo pesquisador.

Na Classe 2, “Estresse e Falta de Equipamentos/Funcionários”, os tópicos mais abordados eram sobre o estresse e seus impactos e sobre a “falta” de funcionários, instrumentos ou equipamentos. A respeito do estresse, alguns dos entrevistados afirmam que:

Já tive quedas de cabelo por passar muito estresse, quando sinto isso já sei que é uma característica ruim, a alta demanda de trabalho e, estudos me deixa estressada no cotidiano, atrelada a cobrança da coordenação [...] (Participante 1)

[...] se o estresse fosse uma coisa, seria uma sensação ruim, que atrapalha minha concentração (Participante 4)

Quando sinto muito estresse, eu travo, fico insegura e, não consigo fazer as tarefas [...] e isso vai me consumindo atrapalha muito (Participante 5)

Acho normal o estresse, um pouco pelo menos, mas quando estou muito estressado, eu perco o foco, as tarefas me atropelam e, isso vai me desconcentrando com aquilo que era básico para fazer (Participante 8)

O estresse atrapalha o meu serviço, eu quando estou estressado, acabo perdendo um pouco o foco das coisas, de tudo que eu tenho para fazer, a imagem do problema que atrapalha o trabalho (Participante 9)

[...] o estresse é uma imagem de violência, que causa um conflito emocional, alterações físicas (Participante 17)

Miranda e Afonso (2021) destacam que o estresse ocupacional é uma causa importante de adoecimento entre enfermeiros. É influenciado pelas condições de trabalho, incluindo a demanda e o controle exercidos sobre o trabalho, o que se confirma nos discursos dos profissionais. A demanda refere-se às cargas psicológicas enfrentadas pelos profissionais, como a pressão para executar tarefas e lidar com conflitos interpessoais e institucionais, e o controle está relacionado à inteligência e à perspicácia do trabalhador, bem como à sua participação na resolução de problemas.

De acordo com Souza, Ferreira e Lopes (2022), o estresse no ambiente de trabalho é um fator que contribui significativamente para a exaustão psíquica dos profissionais, especialmente no caso dos enfermeiros, que lidam diariamente com pacientes com covid-19 e são expostos aos seus sofrimentos físicos e psicológicos. Essa exposição frequente e intensa aos pacientes pode gerar um desgaste emocional e cansaço físico e mental nos profissionais de saúde. Portanto, é crucial a atuação de uma equipe multidisciplinar que auxilie os enfermeiros a enfrentar esses desafios e a continuar prestando cuidados de qualidade.

Encontrou-se ainda, a presença de outro problema agravante para a qualidade de vida desses profissionais, o qual pode ser notado nestes relatos:

A sobrecarga no trabalho foi algo que colaborou bastante para o desenvolvimento do estresse devido à falta de funcionários, o volume de atestados era muito grande e, isso gerava um estresse na equipe, causava um pouco de descontentamento (Participante 8)

Sobrecarga de trabalho, o setor o tempo todo cheio, tinha falta de funcionários, isso resume o dia a dia da enfermagem no hospital, lutando contra a covid-19 (Participante 9)

A sobrecarga no trabalho ajuda no desenvolvimento do estresse, a falta de funcionários, atendimento de emergência, a equipe não muito preparada para isso tudo. Se o estresse fosse uma coisa seria uma sensação ruim que atrapalha minha concentração (Participante 13)

A falta de funcionários pela contaminação, os plantões eram bem difíceis lidar com isso tinha vontade de não vir trabalhar, isso gerava estresse, não compartilhar com os meus colegas, eles estavam sobrecarregados, eu também estava (Participante 15)

Para Toledo *et al.* (2021), a falta de profissionais disponíveis é um cenário que pode gerar uma sobrecarga de trabalho para os colaboradores que permanecem no posto, o que, por sua vez, é uma fonte de tensão para o trabalhador. A sobrecarga de trabalho pode levar a um aumento do estresse ocupacional, fadiga e cansaço, causando o comprometimento da qualidade do trabalho realizado.

Segundo Monteiro *et al.* (2022), o absenteísmo é caracterizado pela falta do profissional em seu local de trabalho por um determinado período. Durante a pandemia da

covid-19 a equipe de enfermagem ficou ainda mais sobrecarregada, devido à ausência de um ou mais membros. Os profissionais que não faltaram tiveram que cobrir essas faltas, o que gerou neles estresse, cansaço e risco de adoecimento. Essa situação pode levar esses profissionais a serem os próximos a faltar, comprometendo-se assim a qualidade do atendimento prestado. A pesquisa realizada por Toledo *et al.* (2022) constatou que os índices de absenteísmo são considerados indicadores relevantes para a compreensão do adoecimento da população de trabalhadores.

Em concordância com as análises dos autores referidos, nota-se que essa falta constante de funcionários ou de instrumentos foi um dos fatores que contribuiu para o aumento do estresse dos profissionais de enfermagem entrevistados.

Na UTI quando os colegas não me ajudam, ou falta funcionário, isso me estressa, fico mais sobrecarregada. O estresse é um peso nas minhas costas, era um estresse diariamente na pandemia, tudo estava cheio (Participante 2)

A falta de materiais na pandemia me deixou bem estressado, por vezes não tinha e, precisava adaptar ou fazer outro pedido, com os materiais que tinham disponíveis, isso tomava muito tempo (Participante 3)

O atendimento de emergência me deixa estressada, a falta de funcionários e, vários momentos não tenho como repor isso e, a escala fica apertada. Funcionários sobrecarregados e, a tensão toma conta de mim, sei que não é minha culpa, mas sinto esse estresse dentro de mim, coração acelera (Participante 4)

A falta de funcionários me deixa um pouco estressado no cotidiano pois sei que vou assumir mais pacientes. Dificilmente vem ajuda, gera um descontentamento essa sobrecarga e, sinto a insegurança em conseguir fazer tudo dentro do tempo determinado, não precisar ficar depois do horário e, isso gera horas, cobranças (Participante 5)

Os colegas se contaminaram, tinha muita falta, absenteísmo, era grande a preocupação de como seria os plantões eram dias estressantes [...] (Participante 8)

A falta de empatia dos colegas de trabalho me faz ter estresse, estar fazendo muitas tarefas e, não conseguir concluir isso influencia no desenvolvimento do estresse. Se o estresse fosse uma coisa poderia ser uma pedra de tropeço algo que atrapalhasse a rotina no dia a dia (Participante 13)

Além da falta de profissionais, alguns respondentes comentaram sobre a falta de equipamentos para a realização de suas atividades. De acordo com Araújo, Ribeiro e Antoniassi Junior (2022), a questão ética torna-se um fator de estresse para os profissionais, quando se deparam com a situação de ter que prestar assistência aos pacientes sem ter acesso aos equipamentos de proteção individual ou a trabalhar em condições inadequadas. Os autores ainda comentam que, mesmo que o Código de Ética de Enfermagem, em seu artigo 13, estabeleça a suspensão das atividades profissionais quando o enfermeiro não tem condições

seguras para o trabalho ou desrespeita a legislação, os profissionais podem enfrentar acusações criminais, se se recusarem a prestar assistência aos pacientes.

Segundo Moreira e Lucca (2020), a falta de apoio para a equipe de enfermagem pode gerar sentimento de frustração e insegurança no ambiente de trabalho, assim como o descaso dos colegas, chefias e instituição pode causar angústia e até mesmo levar à desistência da profissão. Os autores ressaltam a importância do papel da enfermagem em todos os sistemas de saúde, e destacam que o apoio social dos colegas de trabalho, chefias, instituição e entidades governamentais é fundamental para garantir a saúde mental desses profissionais, permitindo que continuem oferecendo um cuidado de qualidade aos pacientes.

Nesta classe analisada, identificaram-se discursos relacionados ao estresse, no que se refere a sintomas, aspectos da organização do trabalho, gestão de recursos humanos e materiais/equipamentos.

Percebe-se que o estresse ficou evidente nas falas dos profissionais, fato este relacionado a: má gestão no período pandêmico, poucos funcionários e recursos tecnológicos disponibilizados, aumento do número de atendimentos nos hospitais. Como consequência, vários relatos indicam que o estresse colaborou para perda do foco, insegurança profissional e sintomas físicos.

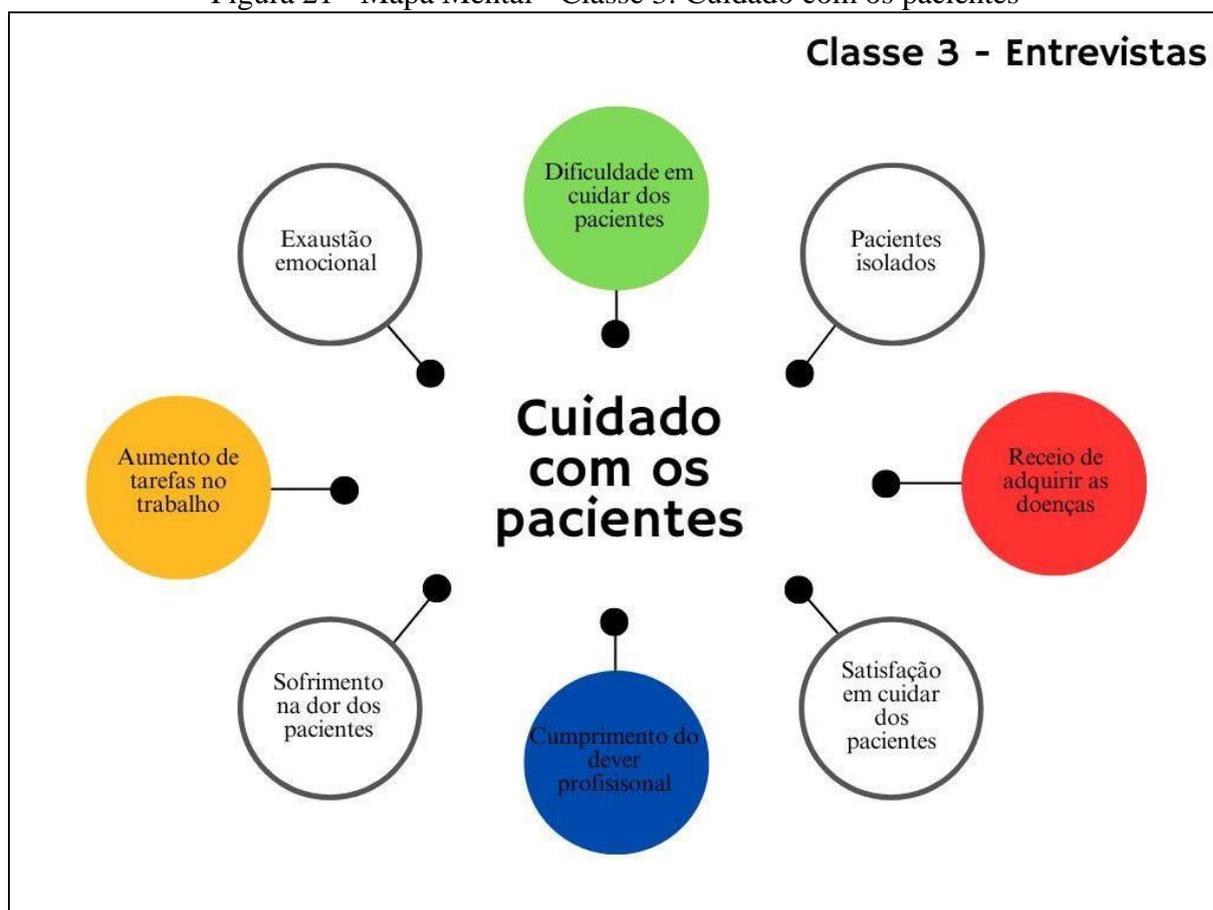
Os discursos da Classe 3: Cuidado com os pacientes estão apresentados no subitem que segue.

4.3.3 Classe 3: Cuidado com os pacientes

Na Classe de resposta 3, as palavras que mais se destacaram foram “paciente”, “cuidado” e “fácil”, recorrentes em 30% das falas dos profissionais de enfermagem.

Para melhor compreensão dos textos analisados nesta classe, foi elaborado um mapa mental (Figura 21).

Figura 21 - Mapa Mental - Classe 3: Cuidado com os pacientes



Fonte: Elaborado pelo pesquisador.

Muitos afirmavam não ser fácil tratar pacientes durante a pandemia, mas também houve relatos sobre a dificuldade de trabalhar durante a crise sanitária.

[...] não é fácil estar em um setor muito grande, com muitos leitos, pacientes, acompanhantes, mas penso no desafio de estar aqui (Participante 1)

[...] não é fácil lidar com a pandemia, os pacientes em isolamento, quartos fechados porque tinha o risco de transmissão para os outros pacientes e, aos funcionários (Participante 4)

Quando foi aumentando os casos não sabia como seria no hospital, a gente já imaginava que não seria fácil, mas na verdade foi bem pior que imaginei [...] eu sofri com tudo isso, tive que me adaptar, isso gerou estresse sim, não tenho dúvidas (Participante 5)

Não foi nada fácil, bem estressante, o paciente com a doença era muito grave, tinha inúmeros medicamentos para fazer, antibióticos, cuidados na hora que posicionar no leito colocar em posição prona e, isso tomava tempo do meu trabalho, ficava preocupada em dar conta de tudo (Participante 9)

No setor tinha paciente com a doença da covid-19, realizei o atendimento de muitos pacientes, não foi fácil aprender (Participante 13)

De acordo com Duarte, Silva e Bagatini (2021), a exposição dos profissionais de saúde durante o cuidado de pacientes com covid-19 pode afetar negativamente sua saúde mental. Os autores mencionam um estudo realizado na China com médicos e enfermeiros que trabalharam junto a pacientes com covid-19. Muitos desses profissionais referiram sintomas relacionados a depressão, ansiedade, insônia e angústia. As enfermeiras mulheres foi o grupo mais afetado, especialmente aquelas que estavam envolvidas diretamente nos cuidados aos pacientes infectados ou suspeitos de infecção.

As respostas revelam que os profissionais tinham receio de cuidar dos pacientes.

[...] os pacientes na uti ficaram muito graves, era exaustivo cuidar deles, pacientes críticos, pesados, excesso de medicamentos e, não melhoravam (Participante 2)

[...] não foi fácil cuidar do volume de pacientes, eram cuidados mais complexos (Participante 4)

Mas não foi o que queria no período da covid-19, foi assustador cuidar dos pacientes, era de muita responsabilidade assumir isso (Participante 8)

Os pacientes com a doença tinham muitos medicamentos e, tinha que se proteger para cuidar deles, todos eram suspeitos, me senti um pouco desvalorizada devido a quantidade de tarefas que amentou e, nem ganhamos aumento (Participante 12)

[...] não foi uma experiência muito boa cuidar desses pacientes, graves, complexos, que exigiam muito da equipe (Participante 13)

Sem dúvidas, a pior relação com os pacientes no sentido de cuidar porque eram pacientes graves, que tinham a chances de ir a óbito muito fácil, recebiam muitos medicamentos, exames para coletar (Participante 17)

De acordo com Rosa *et al.* (2021), a atuação do enfermeiro exige, além de conhecimento técnico e científico, capacidade de controlar as emoções no contexto da prestação de cuidados. No entanto, segundo os autores, a exaustão física e emocional pode ter um impacto significativo nas atividades laborais e, conseqüentemente, na saúde, tanto dos profissionais como dos pacientes sob seus cuidados.

Nesse sentido, Nunes (2020) argumenta que a carga de trabalho e a responsabilidade técnica do enfermeiro podem ser fatores que contribuem para o desgaste emocional desses profissionais. Além disso, a pandemia de covid-19 trouxe mudanças significativas nas relações sociais e de trabalho, o que torna os profissionais de enfermagem ainda mais propensos a experimentar sofrimento psicológico.

Como descrito anteriormente, a sobrecarga de trabalho, as longas jornadas, a falta de apoio emocional e a exposição contínua ao sofrimento e à dor dos pacientes são fatores que contribuem para o desgaste físico e emocional da equipe de enfermagem. Como resultado, os

enfermeiros podem apresentar sintomas de estresse, ansiedade, depressão e exaustão emocional, que podem afetar seu desempenho no trabalho e comprometer a qualidade do atendimento prestado.

Além disso, a exaustão emocional também pode resultar em comportamentos de falta de empatia do profissional, o que pode prejudicar seu relacionamento com o paciente. Portanto, é importante que os profissionais de enfermagem tenham acesso a medidas de apoio emocional e psicológico, a fim de garantir a preservação de sua saúde mental e emocional e, conseqüentemente, imprimam qualidade ao cuidado que presta aos pacientes.

Segundo Marques *et al.* (2021), embora a pandemia tenha aumentado o reconhecimento da enfermagem, a categoria enfrenta problemas de desvalorização, como longas jornadas de trabalho sem remuneração adequada, más condições de trabalho e falta de equipamentos de proteção individual (EPIs). Essas dificuldades afetam a qualidade do cuidado prestado pelos enfermeiros e a relação com os pacientes, tornando a importância do trabalho em equipe e da educação permanente para fornecer assistência humanizada e de qualidade evidente (MARQUES *et al.*, 2021).

Entretanto, mesmo com tantas dificuldades, alguns entrevistados relataram opiniões divergentes, revelando seu contentamento em poder cuidar de pessoas contaminadas pela covid-19.

Eu cuido bem dos meus pacientes, busco cumprir as tarefas que são passadas, eu tenho a minha rotina de trabalho, a gente se acostuma fazer as mesmas coisas todos os dias, a sobrecarga de trabalho atrapalha um pouco (Participante 3)

[...] eu gosto do que eu faço, estar cuidando de pessoas é gratificante, na unidade de internação temos bastante paciente internado diariamente, tenho a rotina de passar visita (Participante 6)

[...] cuido bem dos meus pacientes, tenho uma relação boa, faço os meus cuidados (Participante 7)

Segundo Kirby *et al.* (2021), mesmo diante das adversidades e dos desafios enfrentados pelos profissionais da saúde na linha de frente no combate à pandemia, a sensação de cumprir com o seu dever pode ser gratificante e prazerosa, fortalecendo esses profissionais em seu trabalho. As autoras destacam que sentir-se inserido e compreender a sua importância no processo de cuidar pode transformar o sofrimento em prazer, a partir da percepção da utilidade do seu trabalho.

Essa classe aborda a rotina de trabalho dos profissionais de enfermagem durante a pandemia. Assim como houve aspectos negativos, houve também a sensação de dever cumprido.

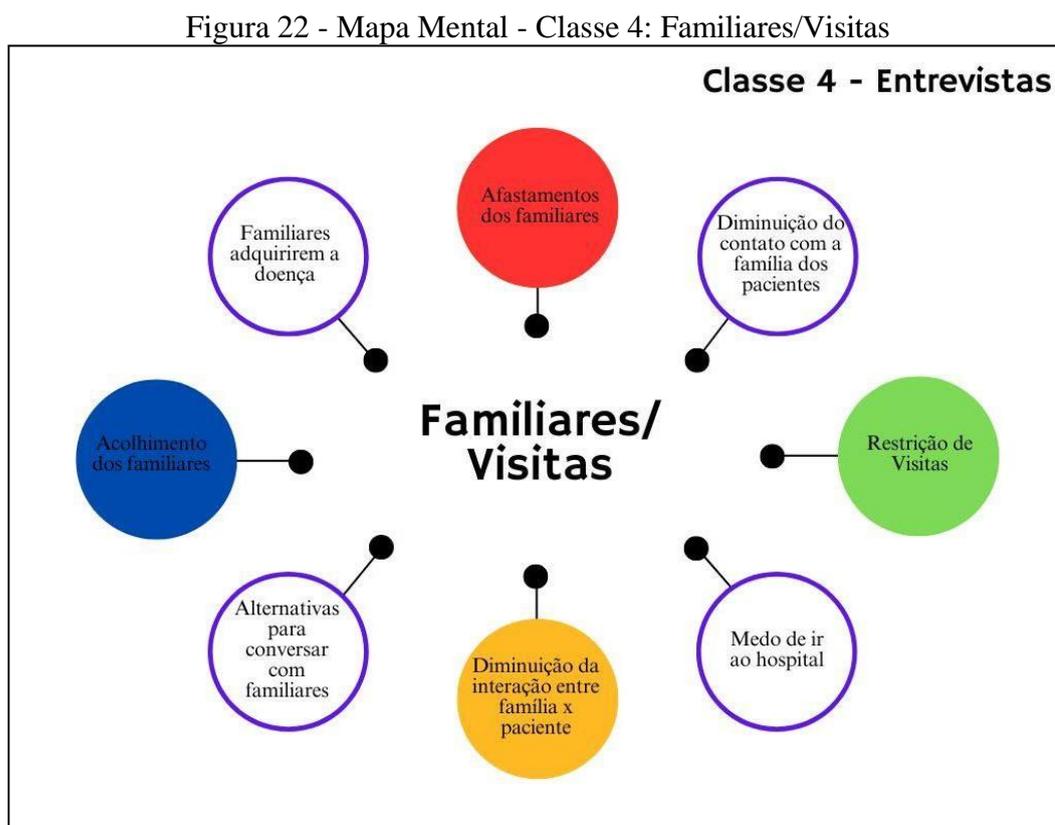
Percebe-se que o estresse destacado nesta classe é causado pelo fato de cuidar de muitos pacientes durante a pandemia, o que, segundo os discursos, não foi uma tarefa fácil, também por causa do receio de contrair a doença. Apesar do contexto desfavorável, alguns apresentaram opiniões contrárias, revelando seu contentamento em poder cuidar de pessoas contaminadas pela covid-19.

Na sequência deste texto são apresentados os discursos da Classe 4: Familiares/Visitas.

4.3.4 Classe 4: Familiares/Visitas

A Classe 4, gerada pelo IRaMuTeQ, reuniu termos recorrentes em 21,5% das falas dos profissionais de enfermagem, como: “familiar”, “número”, “visita”, “receber” e “doente”.

Para melhor compreensão dos textos analisados, foi elaborado um mapa mental (Figura 22) correspondente à classe analisada.



Fonte: Elaborado pelo pesquisador.

Na Classe 4, verifica-se, nos relatos e opiniões dos profissionais de enfermagem, o destaque da palavra “familiares”.

Durante a pandemia no meu trabalho, eu me perdi totalmente, tive que ficar longe da minha família, isso atrapalha o convívio familiar, o medo de pegar a doença e, levar para eles (Participante 2)

No começo tinha reduzido o número de pessoas circulantes no setor, tinha pouco contato com os familiares, era um contato ou outro, mas era tudo uma surpresa pois eles podiam trazer o vírus da covid-19 para os funcionários (Participante 8)

As visitas são bem restritas, no pronto atendimento o familiar vem no período da tarde, não tem acompanhante e, por isso não tenho contato com os familiares e, na pandemia da covid-19 isso foi mais restrito (Participante 11)

Eram poucos pacientes que vinham ao hospital com os familiares, mesmo no ambulatório de oncologia, [...] o risco era muito grande na pandemia, pacientes e familiares idosos (Participante 13)

[...] eles sofriam demais no setor, não tinham familiares, eram poucos que passavam para pegar informações, receber alguma notícia (Participante 14)

No setor de internação recebia poucas visitas na pandemia, pela própria situação do paciente, não foi nada fácil e, ficar longe dos familiares não era bom para os pacientes [...] (Participante 17)

Recebíamos muitas ligações dos familiares, para dúvidas sobre a pessoa que se encontrava internada, o contato com os familiares foi restrito na pandemia (Participante 18)

Observa-se, nos relatos, que no período pandêmico ocorreu restrição de visitas aos pacientes, com impacto para eles, pois o distanciamento de todos os familiares afeta sua saúde mental. No entanto, essa restrição foi decorrente da situação epidemiológica, que exigiu uma mudança de rotina (redução e/ou proibição das visitas).

A pandemia criou um grande desafio para a assistência hospitalar, que precisou equilibrar a organização do atendimento aos novos casos de coronavírus com o atendimento a outros pacientes, eletivos e emergenciais. Além disso, houve necessidade de atender ao fluxo de consultas e acompanhamentos, atender às necessidades de cuidado do paciente e observar o risco de transmissão do vírus (SILVA *et al.*, 2020).

Em suma, as organizações de saúde precisaram se adaptar ao atendimento de pacientes com síndromes respiratórias (suspeitas ou casos de covid-19), repensar os modelos tradicionais de atendimento presencial e analisar os pacientes caso a caso, para reduzir a propagação da infecção e não comprometer o atendimento.

Destaca-se o sentimento de se sentir perdido/a, vivenciado pelos profissionais de saúde, em função da ausência (distância) dos familiares, uma vez que, no momento pandêmico, não era indicado estar com eles.

A literatura traz diversos fatores que podem afetar negativamente a saúde mental dos enfermeiros, tais como sobrecarga de trabalho, isolamento social, preocupação com a possibilidade de contaminação própria ou dos entes queridos, convivência constante com a morte, falta de recursos humanos, pressão interna, altos níveis de estresse, além do sofrimento dos pacientes e seus familiares (FERREIRA *et al.*, 2022). Esses aspectos desencadeiam uma variedade de sentimentos negativos que podem ter consequências preocupantes para a saúde psicoemocional dos profissionais de enfermagem.

De acordo com Góes *et al.* (2020), a Sociedade Brasileira de Pediatria destaca a importância da adoção de medidas preventivas efetivas para evitar a propagação da covid-19 entre profissionais de saúde que trabalham em serviços pediátricos. Dentre elas, estão a restrição de visitas e acompanhantes, com orientações específicas sobre medidas de proteção para o cuidador principal, além da previsão e provisão de todos os insumos necessários para proteção dos profissionais de saúde. É importante destacar que essas medidas de prevenção são cruciais para garantir um ambiente seguro para pacientes, cuidadores e profissionais de saúde e para reduzir o risco de transmissão do vírus.

Ainda assim, alguns profissionais buscaram alternativas para conectar os pacientes internados com seus familiares.

Na covid-19 tinha pouco familiares, o medo de ir ao hospital e, alguns momentos a visita aos pacientes ficou restrita, era mais chamada em vídeo por telefone, ou ligação que o médico plantonista fazia (Participante 2)

[...] depois no setor covid-19 a visita passou a ser por vídeo, o médico fazia chamada em vídeo com o familiar e, envolvíamos os pacientes (Participante 9)

A gente se comunicava com chamadas de vídeo nos celulares, ligava para os familiares então só em alguns casos que recebíamos visita presencial, eu ficava triste com tudo isso (Participante 13)

Os familiares ajudam bastante até faz bem para os pacientes, tem a visita aberta que é mais estendida, isso faz a família ficar por mais tempo no setor não vejo problemas (Participante 14)

Batista *et al.* (2023), que observaram a presença de sintomas de ansiedade, depressão e transtorno de estresse pós-traumático em familiares de pacientes internados na UTI, relacionam essa experiência com sentimentos de medo, preocupação, instabilidade e morte. Esse cenário é agravado pela restrição de visitas, frequentemente imposta nas unidades de terapia intensiva, o que limita o contato dos familiares com o paciente. As autoras também apontam que apenas uma pequena porcentagem das UTIs brasileiras, cerca de 2,6%, adotam o modelo de visita aberta, com tempo maior de visita aos pacientes com menos restrição. A

literatura indica que a política de visitação aberta pode reduzir os sintomas de ansiedade e depressão nos pacientes e melhorar a satisfação da família.

Gerolin *et al.* (2020) discutem que, em meio às restrições impostas pela pandemia, as visitas aos pacientes internados em UTI tornaram-se ainda mais complicadas e limitadas, afetando significativamente a saúde emocional e psicológica, tanto dos pacientes quanto de seus familiares. Diante dessa situação, a equipe desenvolveu estratégias para amenizar o impacto negativo dessa restrição, como a implementação de rotinas de contato telefônico entre os familiares e os pacientes internados, além da possibilidade de visitas virtuais por meio de dispositivos móveis. Essas visitas permitem que o familiar possa visualizar e/ou conversar com o paciente, oferecendo-lhe contato próximo e humano, mesmo que a distância.

Dessa forma, pode-se dizer que a iniciativa de Gerolin *et al.* (2020) se mostrou eficaz na promoção de um cuidado humanizado durante o período de internação, respeitando as medidas de segurança necessárias para o enfrentamento da pandemia.

Em sua pesquisa, Maestri *et al.* (2012) revelaram três ideias principais sobre o acolhimento de familiares de pacientes em terapia intensiva: receber os familiares no momento da admissão, manter contato telefônico com eles e promover uma relação dialógica durante as visitas. A pesquisa também mostrou que algumas estratégias de acolhimento eficazes na recepção dos familiares incluem a apresentação do enfermeiro aos familiares, o preparo dos familiares para entrar na unidade e orientação sobre as rotinas da Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

De acordo com as autoras mencionadas, essas práticas são importantes, para que as famílias possam se sentir ouvidas e compreendidas. Assim, compartilham a responsabilidade de cuidar de si e de seus entes queridos, estabelecendo com os profissionais um vínculo de confiança desde o início do encontro. Portanto, a postura acolhedora dos profissionais de enfermagem é essencial para estabelecer a humanização e o acolhimento da assistência. Nesse sentido, o acolhimento deve ser incorporado como uma prática cotidiana que visa entender o que os usuários estão dizendo, ouvindo-os e favorecendo o diálogo.

Segundo Tenório *et al.* (2022), a atenção aos pacientes em UTI com covid-19 deve ser holística e não se restringir apenas aos protocolos clínicos-fisiopatológicos, mas também observando os problemas psicobiológicos individuais, incluindo a separação dos entes queridos. A enfermagem pode desempenhar um papel humanizado, ao promover a comunicação efetiva e a escuta qualificada, com um olhar mais humano. As autoras destacam que intervenções como a identificação dos familiares por meio de fotografias, videochamadas

e musicoterapia são práticas diferenciadas que promovem e melhoram o cuidado, fortalecendo o indivíduo em sua luta contra a covid-19.

Ainda na Classe 4, outra palavra que esteve em inúmeros relatos foi “visitas”.

Quando possível acho que esse foi um cenário muito ruim, estar internado com uma doença grave e, não conseguir receber visitas (Participante 7)

No começo os familiares tinham medo de pegar o vírus, os pacientes não recebiam muita visita (Participante 8)

As visitas são bem restritas, no pronto atendimento, o familiar [...] (Participante 10)

[...] só em alguns casos que recebíamos visita presencial, eu ficava triste com tudo isso (Participante 13)

Tivemos restrição de visitas na unidade de internação e, no auge da covid-19 quase não recebia visita, com isso as relações com os familiares diminuam, por um lado era bom porque a família trazia contaminação de fora (Participante 15)

Conforme explicam Osorio *et al.* (2020), com a restrição das visitas hospitalares objetivou-se minimizar o risco de contaminação, tanto para pacientes quanto para os profissionais de saúde. As medidas adotadas visavam garantir a segurança no acesso aos serviços de saúde e evitar que os pacientes ficassem desassistidos, devido à necessidade de distanciamento social.

Para Conz *et al.* (2021), as restrições das visitas dos familiares aos pacientes hospitalizados na UTI impactam negativamente a saúde psicológica dos enfermeiros. A ausência de visitas pode levar a um sofrimento emocional para pacientes, familiares e profissionais de saúde, pois as famílias não podem confortar seus entes queridos ou se comunicar diretamente com a equipe de saúde. Essa restrição representa uma carga psicológica adicional para os enfermeiros da UTI, que podem experimentar sentimento de impotência e culpa.

Nesse sentido, a análise dos relatos de enfermeiros, nos estudos de Moraes *et al.* (2021), revelou benefícios significativos da presença do visitante em UTI, tais como ajuda na satisfação das necessidades básicas dos pacientes, sensação de maior segurança no tratamento e fomento da comunicação e da relação entre o acompanhante, o paciente e a equipe de enfermagem.

Nesta seção, são apresentados os resultados obtidos das entrevistas com os profissionais de enfermagem sobre suas experiências em uma instituição hospitalar em tempos da pandemia da covid-19.

O conteúdo analisado foi categorizado em 4 classes. Destaca-se, na classe 1, que a ansiedade e o medo foram evidentes, devido ao fato de os profissionais trabalharem na linha de frente da pandemia e desconhecerem como seria o futuro. Além do medo e da ansiedade, os profissionais têm reclamado do mal-estar gerado pela visualização diária dos sofrimentos dos pacientes, como solidão, pavor, agonia e até a morte, o que provocou dúvidas sobre a vontade de permanecer na profissão.

A classe 2 traz discursos relacionados a falta constante de funcionários e de instrumentos/equipamentos, o que contribuiu para o aumento do estresse dos profissionais de enfermagem. Nesta classe, identificaram-se discursos relacionados ao estresse, no que se refere a causas, sintomas, aspectos da organização do trabalho, gestão de recursos humanos e materiais/equipamentos. Como consequência, o estresse colaborou para perda do foco, insegurança profissional e surgimento de sintomas físicos.

Já na classe 3, os relatos afirmavam não ser fácil cuidar de pacientes durante a pandemia, e outros relatos apontaram a dificuldade de trabalhar durante a crise sanitária. Esta classe aborda a rotina de trabalho dos profissionais de enfermagem durante a pandemia. Assim como houve aspectos negativos, houve também a sensação de dever cumprido. Percebe-se que o estresse destacado nesta classe é causado pelo fato de cuidar de muitos pacientes durante a pandemia, pois não foi uma tarefa fácil. Apesar do contexto desfavorável, com tantas dificuldades, alguns discursos revelaram contentamento em poder cuidar de pessoas contaminadas pela covid-19.

A classe 4 traz relatos dos profissionais de enfermagem com destaque para a palavra “familiares”. No período pandêmico, ocorreu restrição de visitas aos pacientes e, de certa forma, houve impacto para o paciente, pois o distanciamento dos familiares afeta a saúde mental. No entanto, a situação epidemiológica da época obrigou a uma mudança de rotina (redução e/ou proibição das visitas). Diante desta restrição, os profissionais se sentiram inseguros, pois a família é a base para os pacientes que se encontram em momentos críticos, com risco iminente de morte.

Percebe-se que os conteúdos representacionais dos profissionais de enfermagem sobre o estresse no contexto da pandemia são objetivados por medo (de morrer e deixar a família, de cuidar de alguém doente e ser contaminado), dor, ansiedade, desconhecimento sobre a doença (no início da pandemia não se sabia tratar a doença e/ou agir), e também por medo do futuro. A morte (constatada no dia a dia pelos profissionais), foi caracterizada como algo estranho, pois, apesar de tudo que foi feito, os pacientes iam a óbito.

Cabe salientar que a veiculação das noticiais sobre a covid-19 na mídia levaram os profissionais a sentirem medo da doença/morte. Segundo Schmidt *et al.* (2020), os profissionais de saúde, na pandemia, relataram o surgimento de transtornos psicológicos como crises de pânico, medo, ansiedade, depressão e estresse, devido a maior exposição a notícias relacionadas à covid-19. Esses achados vêm ao encontro dos resultados apresentados na Etapa 1, como observamos nos discursos da classe 3: “[...] e as notícias na televisão nos deixava cada vez mais aflita”. Quando questionados sobre a utilização do tempo fora do ambiente hospitalar, apenas 6 profissionais (amostra de 312) referiram assistir à televisão.

Destaca-se ainda que, no contexto pandêmico, os agentes estressores foram: falta de conhecimento sobre a doença, falta de preparo e apoio aos profissionais na linha de frente (por parte da gestão e colegas de trabalho), principalmente na UTI, medo do contágio, o número de mortes pela doença, absenteísmo, isolamento para paciente (restrição de visitas) e profissionais (impedimento de estar próximo de seus familiares). A família, considerada uma das principais fontes de apoio social (estratégias positivas), na pandemia foi deixada de lado, devido ao medo de contaminar o próximo e também em decorrência da obrigatoriedade sanitária. Também se observaram estratégias positivas de enfrentamento ao estresse, como o ato de ressignificar o trabalho, salvar o outro, o sentimento do próprio dever cumprido, quanto ao cuidado dos pacientes.

Contextualizando o estresse do profissional de enfermagem decorrente de sua vulnerabilidade no período pandêmico, seguem, adiante, as análises referentes a essa questão. Tratou-se de mensurar, por meio de uma escala (ETE), os níveis de estresse e *Coping* (ETC) dos profissionais de enfermagem durante a pandemia (momento crítico da doença), em um hospital geral.

4.4 Análises de Estresse

Nesta seção, procede-se a uma análise, por meio da Escala Toulousaine de Estresse (ETE) aplicada aos profissionais de enfermagem, para identificar seus níveis de estresse.

Nos Gráficos 11 a 15, as barras em vermelho indicam os indivíduos com níveis de estresse acima da média da população brasileira. Essa média foi apurada, conforme abordado no Capítulo 3.4, por meio do estudo de Stephenson (2001, *apud* STEPHENSON; CHAMON, 2005).

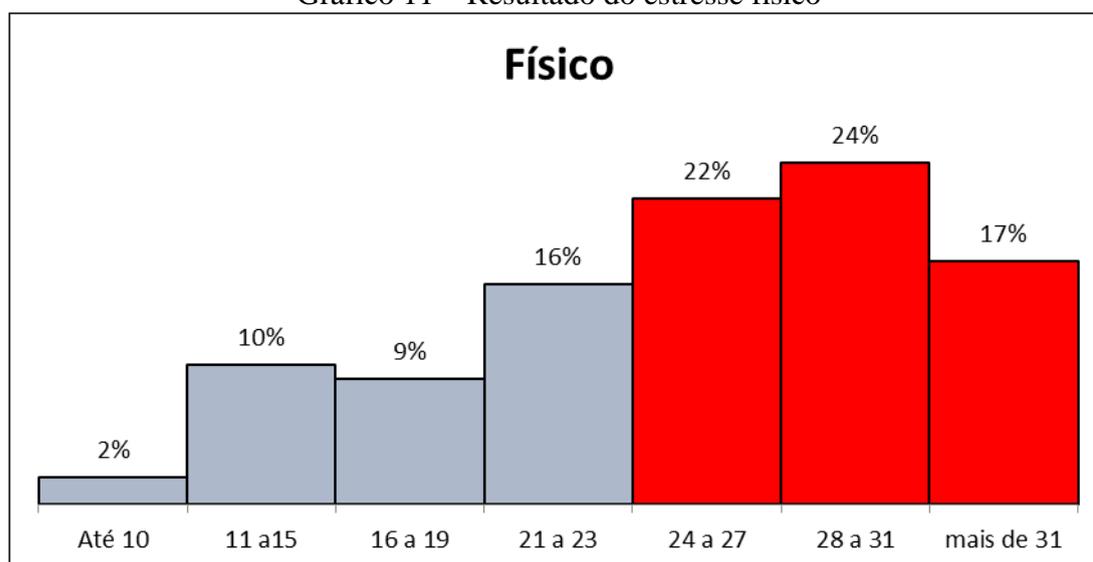
4.4.1 Estresse Físico

Nesta pesquisa foi apurada a média de 25,3 pontos para as manifestações percebidas como estresse físico. Como a média da população brasileira é 22,5 pontos, a média do estresse físico de nossa amostra é superior.

O Gráfico 11 apresenta os valores apurados; quanto maior a pontuação, maior o nível de estresse físico percebido. Observa-se que 63% da amostra (197 sujeitos) apresentam as manifestações físicas do estresse.

Em pesquisa realizada em hospital privado da cidade de São Paulo, em 2004, com utilização da Escala Toulousaine de Estresse, 20% da amostra apresentou as manifestações físicas do estresse (MARINHO, 2005). Dessa forma, pode-se inferir que a pandemia da covid-19 foi um agente estressor que contribuiu para os resultados obtidos nesta pesquisa.

Gráfico 11 – Resultado do estresse físico



Fonte: Dados da pesquisa.

Diante dos resultados apresentados, faz-se necessária a implementação de ações para minimizar as cargas de estresse existentes. Acreditamos que essas manifestações físicas agravaram o advento da pandemia de covid-19. Cabe salientar que os profissionais de enfermagem podem desconhecer os sintomas de estresse e suas consequências para a sua saúde, tornando-se susceptíveis e expostos aos riscos biológicos no ambiente hospitalar, consequências do adoecimento mental. Além disso, existe também o risco de erros durante a assistência prestada ao paciente.

A condição de fadiga, como consequência da carga de trabalho desenvolvida, está relacionada aos efeitos negativos à saúde já associados às longas jornadas de trabalho, como

exemplos, acidentes, ferimentos, distúrbios musculoesqueléticos e cardiovasculares, hipertensão, problemas psicológicos e estilos de vida não saudáveis. Portanto, o excesso de trabalho atua diretamente como um agente estressor e pode aumentar a exposição dos profissionais a riscos ocupacionais, além de favorecer a ocorrência de erros associados à medicação (VEIGA; FERNANDES; PAIVA, 2011).

Os sintomas apresentados pelo estresse podem reduzir a eficiência do trabalho e aumentar o risco de equívocos que venham a causar danos morais e/ou emocionais, havendo um desequilíbrio entre as próprias necessidades e as dos pacientes (ANMELLA *et al.*, 2020).

Vasquez *et al.*, (2020), descrevem, em sua pesquisa, que a pandemia de covid-19 tem provocado estresse psicológico e distúrbios psiquiátricos, como pânico, ansiedade, depressão e transtorno de estresse pós-traumático, na população em geral e entre profissionais de saúde, especialmente na área médica e de enfermagem.

O estresse pode causar diversos efeitos, tanto físicos como emocionais. É essencialmente um grau de desgaste do corpo e da mente que pode atingir níveis degenerativos. Sensação de nervosismo, agitação, esgotamento ou debilitação podem ser percepções de aspectos subjetivos de estresse (MAIA, 1999).

A pessoa submetida ao estresse mobiliza todo o mecanismo de adaptação do organismo para enfrentar a situação. Visto como um longo processo bioquímico, o estresse manifesta-se de modo semelhante, com o aparecimento de taquicardia, sudorese excessiva, tensão muscular, boca seca e sensação de estar alerta (MARINHO, 2005). Outros sintomas são dor abdominal, coração acelerado, tremores, crise hipertensiva, choro, boca seca e falta de ar (CHAMON, 2006). Podem ocorrer também doenças cardíacas, entupimento das artérias por placas de gordura, dor no estomago, úlceras estomacais e problemas de pele (SANTOS, 2007).

Segundo Monteiro, Freitas e Ribeiro (2007), o estresse pode ocasionar: distúrbios biopsicossociais, tais como: taquicardia e hipertensão arterial sistêmica, dores musculares, fadiga, sudorese, ansiedade, insônia, irritabilidade, problemas alimentares, diminuição da concentração e outros efeitos adversos no indivíduo. Esses distúrbios são responsáveis pela queda do desempenho geral do indivíduo, e danos à saúde vão decorrer de sua intensificação.

Considera-se que essa característica é ruim, pois, na medida em que há muitos sintomas de estresse físico, ocorre prevalência de quadros patológicos. Sabemos que o estresse surgiu como consequência da necessidade de adaptação do organismo às mudanças ambientais, sociais e outras, pois os indivíduos ficam expostos a situações que causam reações psicológicas ou fisiológicas no organismo (SANTOS, 2008).

Nas pesquisas realizadas por Lipp (1994) são relatadas potenciais reações físicas e emocionais ao estresse, e os sinais e sintomas que acontecem com mais frequência, no nível físico, são: suor excessivo, estresse muscular, aumento dos batimentos cardíacos, pressão alta, cerramento da mandíbula, ranger de dentes, hiperatividade, náuseas, mãos e pés frios.

Devido ao desgaste do estresse, alguns hormônios podem ser segregados em excesso, causando lesões em órgãos vitais essenciais, como o coração e o pulmão, e no sistema nervoso central, causando distúrbios físicos e psicológicos. Outra consequência é o envelhecimento precoce e a morte prematura (SANTOS, 2008).

Em um estudo com 906 profissionais da saúde dos hospitais, durante o surto de covid-19, verificou-se grande variedade de sintomas físicos, e os mais comuns relatados foram: dor de garganta (33,6%), dor de cabeça (31,9%), ansiedade (26,7%), letargia (26,6%) e insônia (21,0%) (CHEW *et al.*, 2020).

Já em outra pesquisa, em que se objetivou avaliar o nível de estresse e as manifestações de sintomas físicos em enfermeiros e auxiliares de enfermagem que trabalham em Pronto Socorro de um Hospital Estadual, identificou-se que os profissionais de enfermagem apresentam 45% de elevado índice de estresse e 38% de nível moderado de estresse. Apresentam também alguns sintomas, como: cansaço (37%), dificuldade para dormir (92%), irritação por pequenas coisas (65%) (SALOMÉ *et al.*, 2008).

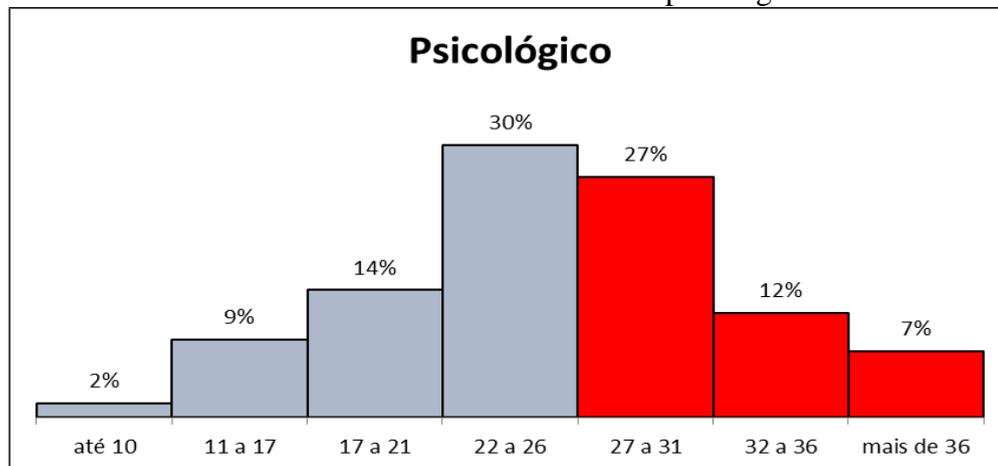
No que se refere aos transtornos mentais e comportamentais em profissionais de enfermagem, Manetti e Marziale (2007) mencionam que constituem a segunda maior causa de atendimentos nos serviços de medicina do trabalho. Mencionam, também, que o estresse e a depressão são decorrentes de desgaste físico e de condições inadequadas de assistência prestada, e que causam elevado absenteísmo e afastamento dos profissionais de enfermagem para tratamento de saúde.

Cabe mencionar que o cenário causado pela pandemia da covid-19 impactou negativamente a saúde física e emocional dos profissionais de enfermagem. As condições laborais nesse período foram por diversas vezes abordadas, pois houve escassez de Equipamento de Proteção Individual (EPI), sobrecarga de trabalho, mudança na rotina habitual de atividades e também cancelamentos de férias (SOUZA, 2020).

4.4.2 Estresse Psicológico

A média de pontos para o estresse psicológico, apurada por esta pesquisa, foi de 25,9 (ver Gráfico 12). A média da população brasileira é de 26,6 pontos, e a pontuação mais alta indica nível de estresse psicológico mais elevado.

Gráfico 12 – Resultado do estresse psicológico



Fonte: Dados da pesquisa.

Observa-se que 54% da amostra está abaixo da média da população brasileira, porém 46% (144 sujeitos) apresentam sintomas das manifestações psicológicas do estresse acima da média da população brasileira, o que sugere sinais de sofrimento mental. Dessa forma, entende-se que as mudanças organizacionais, rotinas de trabalho, sobrecarga e novos hábitos de trabalho vivenciados durante a pandemia da covid-19 podem estar associados ao sofrimento mental, colaborando para o estresse psicológico.

Segundo Camelo e Angerami (2004), muitos sintomas podem ocorrer, tais como: nervosismo, ansiedade, dificuldade para dormir, desatenção, problemas interpessoais, insegurança, inquietação excessiva, inabilidade de se concentrar em questões que não sejam causadoras de estresse, problema para descontraír, raiva e hipersensibilidade emocional.

As manifestações psicológicas do estresse são inquietação, solidão, fadiga, indiferença, angústia, falta de concentração, falta de controle, perda da autoestima, sensação de impotência diante das situações, falta de compreensão, isolamento, sintomas estes que podem levar à depressão (CHAMON, 2006; SANTOS, 2007).

Assim, podemos ver que o estresse está intimamente relacionado a problemas físicos e psicológicos, levando a um descontrole sobre as funções normais do corpo. Quando estressado, o indivíduo não entende que a maioria dos sintomas que aparecem são decorrentes do problema de estresse, e muitas vezes opta não por admitir, o que acaba piorando a situação (TESTON; GRIGOL, 2014).

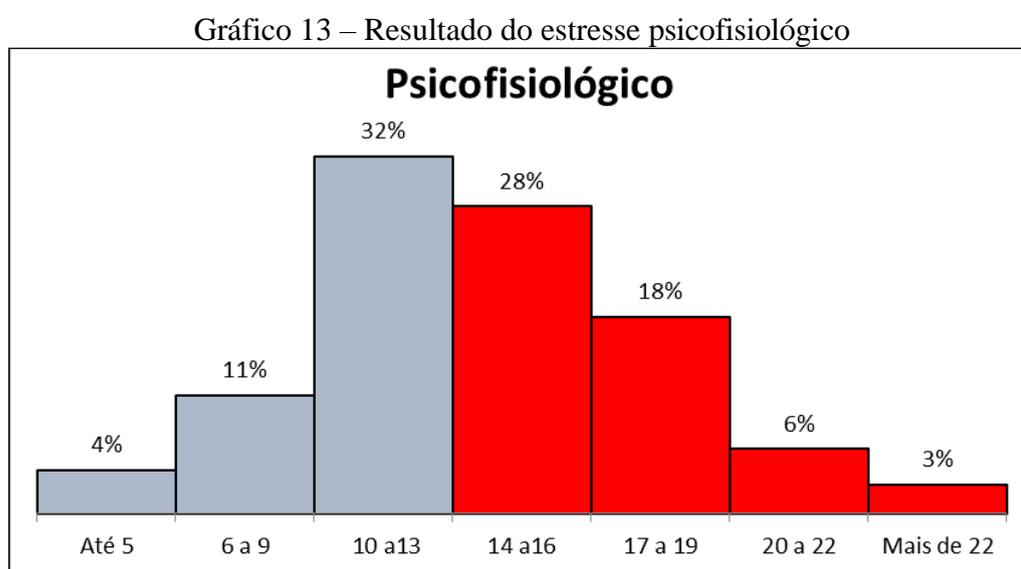
Dependendo da predisposição orgânica da pessoa, o estresse pode variar desde distúrbios psicológicos, como relutância em realizar atividades e ansiedade, até manifestações mais graves, como ulcerações, infarto, neoplasias e até mesmo manifestações mentais, como

tentativas de suicídio. Quando uma pessoa se torna emocionalmente fraca, suas defesas orgânicas também ficam fracas, e isso as deixa em maior risco frente a diversos tipos de doenças (CAMELO; ANGERAMI, 2004).

Assim, o estresse pode ser elucidado quando o indivíduo não consegue mais controlar seus conflitos internos e acaba provocando um excesso de sintomas negativos, sofrendo graves alterações em seu estado emocional (TESTON; GRIGOL, 2014).

4.4.3 Estresse Psicofisiológico

De um total de 25 pontos, que indica a pontuação máxima para a manifestação do estresse psicofisiológico, conforme a escala utilizada, apurou-se a média de 13,7 pontos, conforme representado no Gráfico 13, observando-se que a média da população brasileira é de 13,6 pontos.



Fonte: Dados da pesquisa.

Os resultados revelam que 55% da amostra (172 sujeitos) estão acima da média da população brasileira, quanto ao acometimento de distúrbios psicofisiológicos variados, que podem causar insônia, sono excessivo, agitação, cansaço e falta de energia (CHAMON, 2006).

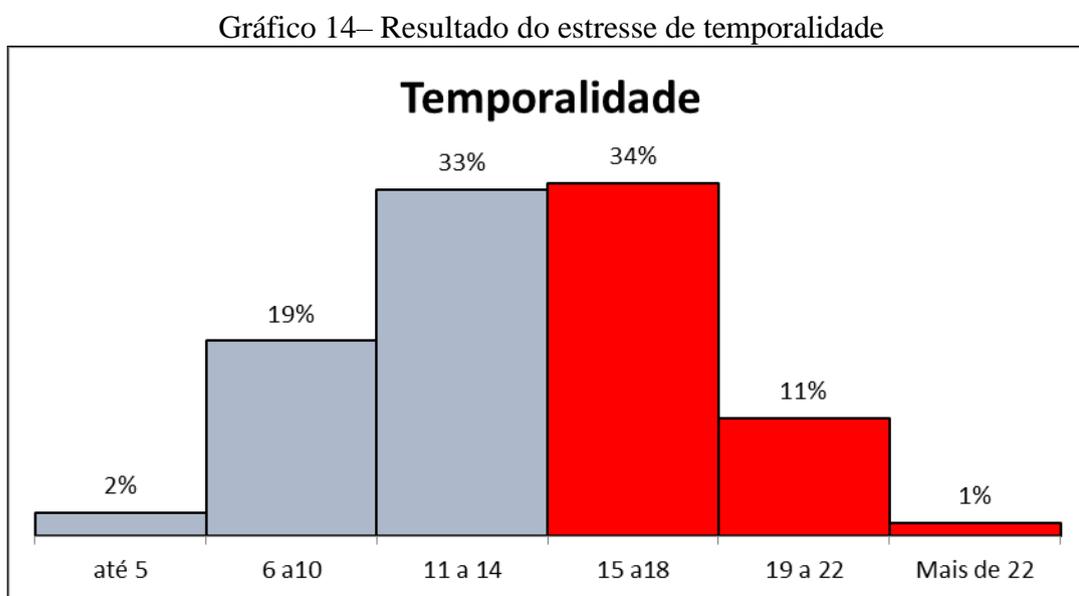
Os níveis elevados de estresse na equipe assistencial podem impactar significativamente a saúde, a qualidade da assistência e a segurança dos pacientes, dada a possibilidade de o profissional ficar de forma temporária ou permanentemente incapacitado para o trabalho, o que favorece o absenteísmo, a insatisfação e problemas psicofisiológicos (RAMOS, 2020; TRETENE *et al.*, 2016).

A experiência psicológica dos profissionais que cuidam de pacientes com covid-19 pode ser expressa por meio de emoções negativas, como cansaço, mal-estar e desamparo, entre outras. No início da pandemia, as emoções negativas são dominantes, e as emoções positivas estavam frequentemente presentes nos indivíduos com melhor autocontrole. No entanto, após vivenciar um período de estresse sustentado, os sujeitos podem desenvolver sintomas de trauma indireto, externalizado por meio de anorexia, declínio físico, distúrbio do sono, irritabilidade, desatenção (PAIANO *et al.*, 2020).

Em geral, durante a pandemia, a saúde física das pessoas e o manejo de doenças são o foco da atenção profissional, e as consequências para a saúde mental são geralmente ignoradas (SCHMIDT *et al.*, 2020).

4.4.4 Estresse de Temporalidade

Nesta pesquisa, a pontuação média foi de 13,9 pontos, e os valores apurados estão ilustrados no Gráfico 14. A média da população brasileira considerada é de 14,6 pontos.



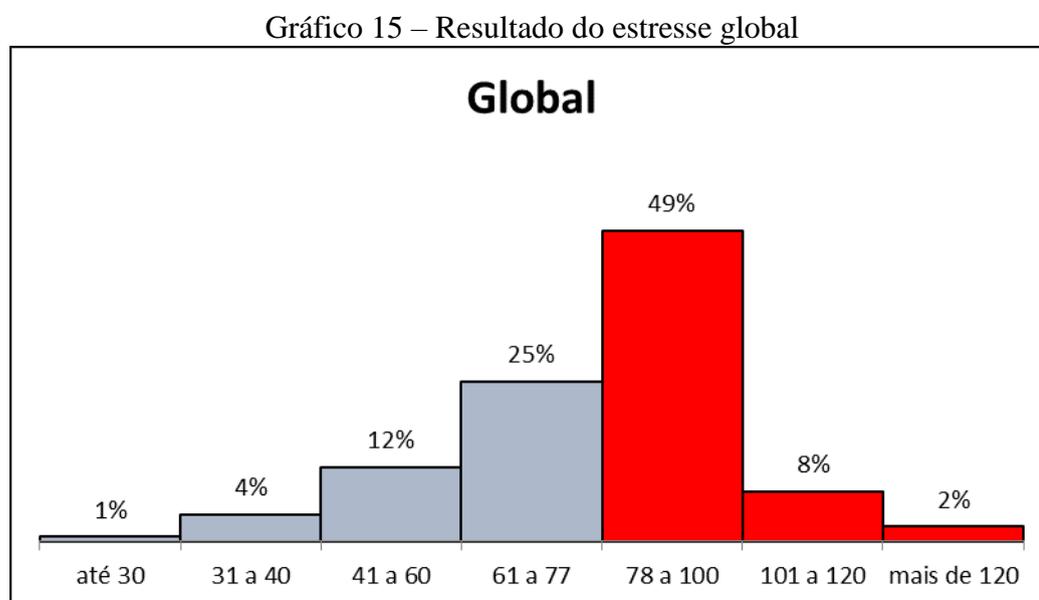
Fonte: Dados da pesquisa

Na instituição hospitalar avaliada, 46% da amostra (144 sujeitos) estão acima da média da população brasileira e apresentam manifestações de estresse de temporalidade, que podem levar a consequências sociais e psicológicas: a adaptação psicossocial do indivíduo (SANTOS, 2007), sua vida pessoal e profissional, e impactando sua produtividade. As manifestações da temporalidade podem ser vistas como incapacidade de planejar ou organizar o tempo. Além disso, o indivíduo pode apresentar esquecimentos, esquecimento, ansiedade e desinteresse pelo futuro (CHAMON, 2006).

4.4.5 Estresse Global

O estresse global é avaliado por meio da soma de todos os resultados para o estresse, considerando-se as manifestações de estresse físico, psicológico, psicofisiológico e de temporalidade.

Nesta pesquisa, apurou-se a pontuação média de 78,8 pontos, observando-se que a média da população brasileira é 77,3 pontos. O Gráfico 15 representa os valores para o estresse global apurados.



Fonte: Dados da pesquisa.

O resultado para o estresse global aponta que 59% da amostra (184 sujeitos, do total de 312) estão acima da média da população brasileira e que necessitam de cuidados especiais, pois apresentam alguma ou algumas das manifestações de estresse em maior ou menor grau.

No ambiente hospitalar, há presença de muitos estressores, devido ao fato de se lidar com a vida de outras pessoas. Há uma tensão natural, visto que alguns pacientes que estão sob o cuidado da equipe de enfermagem não têm possibilidades de cura. Os profissionais da saúde convivem rotineiramente com a dor e o sofrimento, cumprem longas jornadas de trabalho, protocolos e rotinas implementadas. Além disso, percebem baixo salário, convivem com relações humanas complexas, com escassez de materiais e com número reduzido de profissionais (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

Em um estudo realizado na China, com o objetivo de reduzir o estresse mental de enfermeiros, o responsável pelo setor realiza uma conversa de 30 minutos com as equipes de enfermagem alocados na área de isolamento, para conscientizá-los quanto aos equipamentos

de proteção individual e outros recursos do hospital. Além disso, os enfermeiros são apoiados e encorajados a relatar determinados desconfortos, em caso de sintomas de ansiedade ou insônia. Eles também são incentivados a procurar a ajuda dos psicoterapeutas de plantão 24 horas da equipe, que irão avaliá-los e auxiliá-los no enfrentamento do estresse e da depressão (HUANG *et al.*, 2020).

Nesse contexto, cabe mencionar uma pesquisa realizada pelo COREN/SP, em abril de 2020, relacionada ao adoecimento mental dos profissionais de enfermagem, com 23.737 profissionais participantes: enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem do estado de São Paulo. Apurou-se que 53% dos respondentes afirmaram ter sofrido adoecimento mental relacionado ao trabalho, principalmente ansiedade, depressão, estresse e síndrome do pânico, e cerca de 37% afirmaram já ter pensado em se ferir (COREN, 2020).

Percebe-se que a pandemia aumentou a conscientização sobre a saúde mental e a importância de cuidar dos profissionais de saúde (WU; CONNORS; EVERLY, 2020). O foco na segurança do profissional de saúde tem sido subestimado há muito tempo, mas agora está melhorando, pelo menos em alguns contextos, devido a várias estruturas de apoio e práticas recomendadas, incluindo linhas diretas e treinamento em primeiros socorros psicológicos. Um terço dos países desenvolveu regulamentos, políticas ou diretrizes nacionais para saúde e segurança ocupacional para profissionais de saúde, no contexto da pandemia (OMS, 2021).

A pandemia teve um impacto destrutivo substancial na saúde física e mental dos profissionais de saúde e assistência, incluindo aumento da violência, estigma e assédio no local de trabalho e na comunidade (WU; CONNORS; EVERLY, 2020).

A OMS estima que de 80.000 a 180.000 profissionais de saúde podem ter morrido de covid-19 entre janeiro de 2020 e maio de 2021 (OMS, 2021). Esses números não refletem o esgotamento ou redução do bem-estar, problemas de saúde mental, suicídios e tentativas de suicídio e danos emocionais que os profissionais de saúde enfrentaram ao cuidar de pacientes extremamente doentes. Cabe mencionar que, além de enfrentarem o risco de infecções, as famílias dos profissionais da saúde também tiveram preocupações com a saúde mental e bem-estar deles. Às vezes, os profissionais de saúde tiveram que tomar decisões difíceis e fornecer apoio médico e emocional para pacientes que enfrentavam a morte isoladamente, um fardo complexo que contribuiu para o sofrimento moral (JCI, 2021).

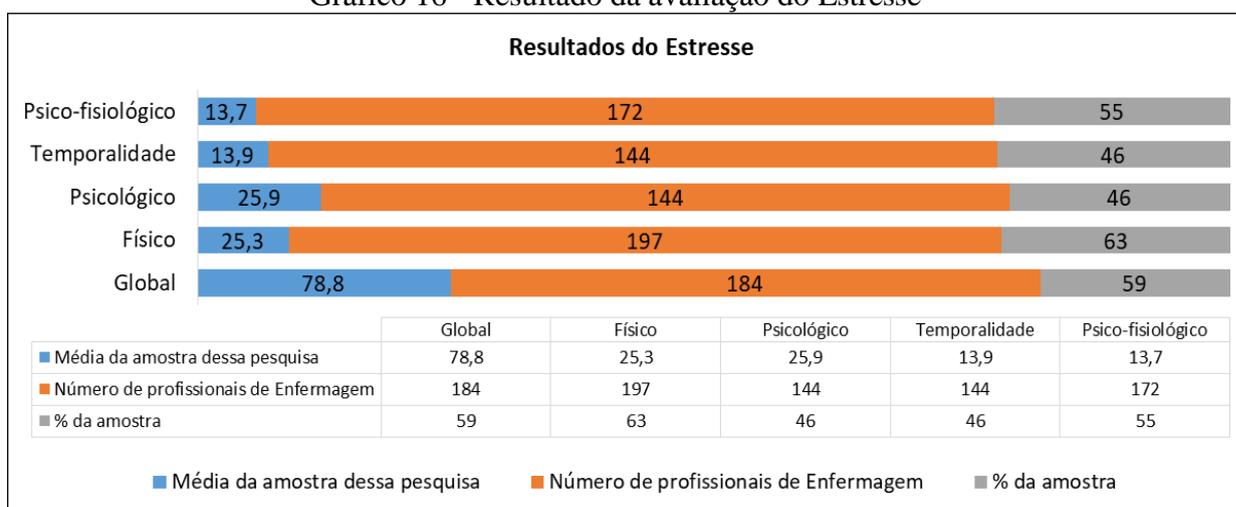
Outros riscos de saúde ocupacional amplificados pela pandemia incluem o uso prolongado de EPI, violência, assédio, estigma e discriminação (OMS, 2021). Uma revisão de escopo dos efeitos adversos do uso prolongado de EPI entre profissionais de saúde da unidade de terapia intensiva durante a pandemia de covid-19 relatou lesões na pele, sintomas de

estresse por calor, dor de cabeça, desconforto torácico e dispneia como os sintomas mais comuns (UNOKI *et al.*, 2021). Uma pesquisa com mais de 7.000 pessoas de 173 países descobriu que os profissionais de saúde eram mais propensos a sofrer assédio e estigma relacionados ao covid-19 (DYE *et al.*, 2020). Interrupções devido a mudanças nos horários de trabalho, redistribuição (PANDA *et al.*, 2021) e falta de supervisão adequada e colaboração entre os profissionais foram problemas relatados pelos profissionais estudados nessa pesquisa.

Os trabalhadores da saúde experimentaram vários riscos de saúde e segurança ocupacional: falta de proteção adequada contra o vírus, EPI limitado ou inexistente (EMANUEL *et al.*, 2020), desafios no treinamento (CHOU *et al.*, 2020), falta de orientação (OSEI-POKU *et al.*, 2021), jornadas de trabalho longas, fadiga, esgotamento, ansiedade (DENNING *et al.*, 2021), ter que tomar decisões difíceis sobre priorizar o atendimento a pacientes graves (sofrimento moral ou lesão moral) (MORTIER *et al.*, 2021) e medo em meio à falta de suporte físico e psicológico adequado (JONES; CLARK; MOHAMMAD, 2021).

O Gráfico 16 apresenta uma síntese dos resultados apurados para o estresse, nesta pesquisa, apontando o percentual e o total de sujeitos da amostra que apresentam manifestações do estresse acima da média da população brasileira.

Gráfico 16 - Resultado da avaliação do Estresse



Fonte: Dados da pesquisa.

As Tabelas 7 e 8 possibilitam uma comparação dos dados médios de estresse apurados pela pesquisa de Stephenson (2001, *apud* STEPHENSON; CHAMON, 2005), com os dados apurados nesta pesquisa.

Tabela 7 - Demonstrativo dos escores médios para as diferentes dimensões do estresse dessa pesquisa

	Global	Físico	Psicológico	Psicofisiológico	Temporalidade
Média de Pontos dessa Pesquisa	78,8	25,3	25,9	13,7	13,9

Fonte: Dados de pesquisa.

Na Tabela 8 estão os resultados para a população em geral, obtidos por Stephenson (2001), em uma amostra de 431 indivíduos.

Tabela 8 - Demonstrativo dos escores médios para as diferentes dimensões do estresse - Stephenson

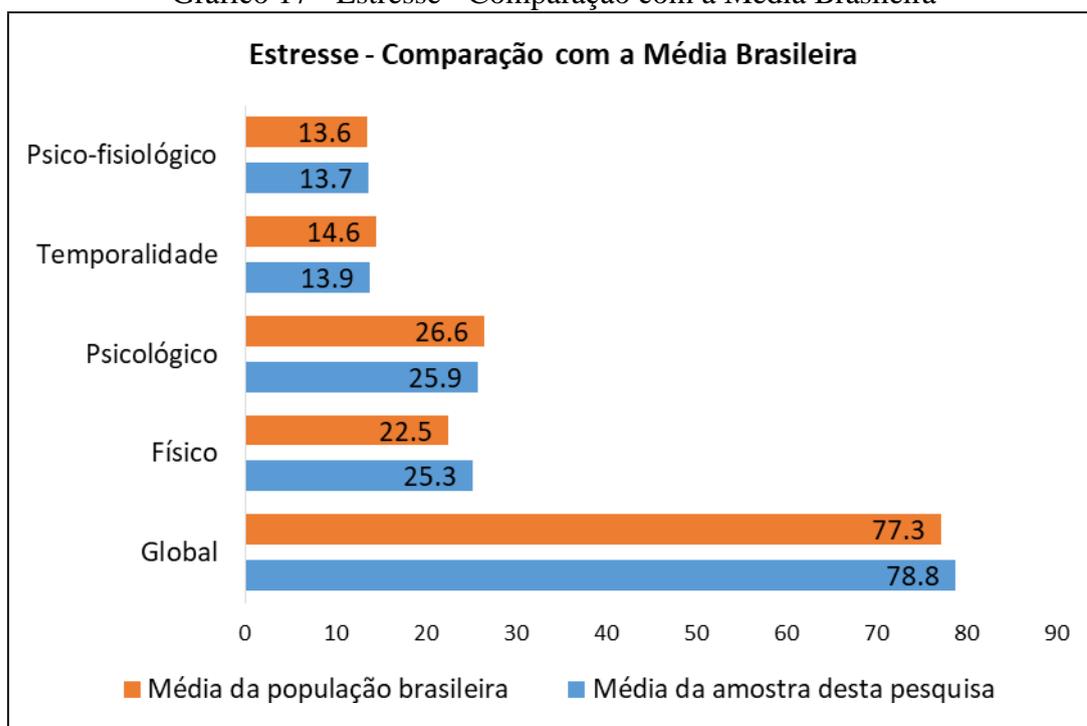
	Global	Físico	Psicológico	Psicofisiológico	Temporalidade
Média de Pontos De Stephenson	77,3	22,5	26,6	13,6	14,6

Fonte: Stephenson, 2001, *apud* Chamon, 2005.

Nota-se que, conforme apresentado na Tabela 8 e no Gráfico 17, todas as médias de estresse físico da amostra desta pesquisa são superiores à média obtida no estudo de Stephenson para a população brasileira. Nas demais dimensões de estresse (psicológico, psicofisiológico e de temporalidade) as médias são levemente inferiores. O estresse global tem média superior à média da população brasileira.

A comparação entre os escores médios de estresse apurados pela pesquisa de Stephenson (STEPHENSON, 2001, *apud* CHAMON, 2005) com os dados apurado nesta pesquisa está apresentada no Gráfico 17.

Gráfico 17 - Estresse - Comparação com a Média Brasileira



Fonte: Dados da pesquisa.

Nesta seção, apresentam-se os resultados de estresse, conforme Escala Toulousaine de Estresse (ETE) aplicada aos profissionais de enfermagem.

Observaram-se índices de estresse acima da média nacional, para estresse físico e global, resultado que pode ter sido potenciando devido à pandemia da covid-19. Isso porque, nesse período, os profissionais da enfermagem enfrentaram uma sobrecarga muito forte de trabalho, aumento das tarefas, atendimentos diários e pressões pela nova metodologia de trabalho executada diretamente na assistência de enfermagem aos pacientes com a doença.

Na sequência deste texto, contextualizando o estresse do profissional de enfermagem, quanto à sua vulnerabilidade durante o período pandêmico, são apresentadas as análises das estratégias de enfrentamento.

4.5 Análises das Estratégias de enfrentamento

O estudo possibilitou conhecer como os participantes da amostra enfrentam as situações de estresse no período pandêmico. As estratégias de enfrentamento analisadas foram: o controle, o apoio social, o isolamento e a recusa.

As estratégias de enfrentamento (*coping*), conforme a Escala de Toulousaine de *Coping* (ETC), estão representadas nos Gráficos de 18 a 21, com seus respectivos escores.

As estratégias de controle e de apoio social são positivas e, por esse motivo, estão representados na cor azul os indivíduos com níveis acima da média da população brasileira, conforme o estudo de Stephenson (2001, *apud* STEPHENSON; CHAMON, 2005).

Já as estratégias de isolamento e de recusa são negativas e, por esse motivo, estão representados na cor vermelha os indivíduos com níveis acima da média da população brasileira. A média da população brasileira com relação às estratégias de enfrentamento (*coping*), conforme estudo de Stephenson (2001, *apud* STEPHENSON; CHAMON, 2005).

Estratégias de Enfrentamento Positivas

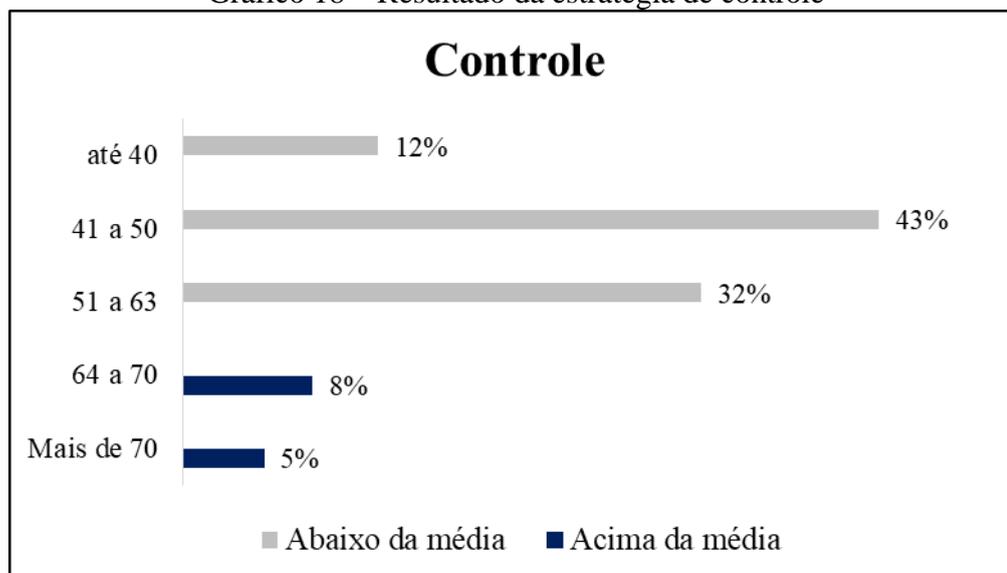
4.5.1 Controle como Estratégia de Enfrentamento

A estratégia de controle, que é positiva, porque representa a tentativa de controle da situação pela ação e pela emoção, caracteriza-se pela:

[...] regularização das atividades mentais, comportamentais e de reações emocionais. O indivíduo tenta dominar a situação, seja evitando decisões precipitadas, sem refletir (regulação das atividades), seja planejando (controle cognitivo), disfarçando suas emoções ou controlando o pânico ou medo (controle emocional) (CHAMON, 2006, p. 8).

Nesta pesquisa, foi apurada a média de 50,6 pontos para a estratégia de controle, observando-se que a média da população brasileira é 62,9 pontos. Os valores médios estão ilustrados no Gráfico 18.

Gráfico 18 – Resultado da estratégia de controle



Fonte: Dados da pesquisa.

Da amostra pesquisada, 41 participantes (13%) estão acima da média da população brasileira e procuram manter o controle da situação. Sem tomar decisões e comportamentos precipitados, procuram refletir, digerir a situação, examinar as circunstâncias e procurar dados que lhes permitam compreender o contexto e encontrar outras formas de resolver o problema. Entretanto, cabe mencionar que a maioria da amostra pesquisada teve resultados abaixo da média, o que pode estar relacionado ao período pandêmico, pois nesse período desconhecia-se o desfecho/tratamento da doença da covid-19. Além disso, conforme apresentado na Etapa 1, os profissionais da enfermagem ficaram expostos, na linha de frente da pandemia. Não havia preparo seguro para tal situação, e os profissionais enfrentaram o medo da possibilidade do contágio e da morte.

Também é importante avaliar que essa escolha de estratégia reflete a capacidade de pensar de forma clara e construtiva, o que dá sentido às pessoas, em suas vidas. O controle como estratégia de enfrentamento visa regular as atividades mentais e comportamentais e as respostas emocionais. Com isso, ocorre o equilíbrio do organismo (LAZZAROTO *et al.*, 2018).

Entretanto, esse é uma estratégia que exige certa atenção. Um estudo realizado com 18 enfermeiros evidenciou que os profissionais que optaram por essa técnica apresentaram aumento nos índices de estresse (UMANN *et al.*, 2014). Quando se trata de *coping*, é importante considerar que o processo de enfrentamento pode incluir respostas positivas eficazes aos estressores, bem como respostas negativas à saúde pessoal.

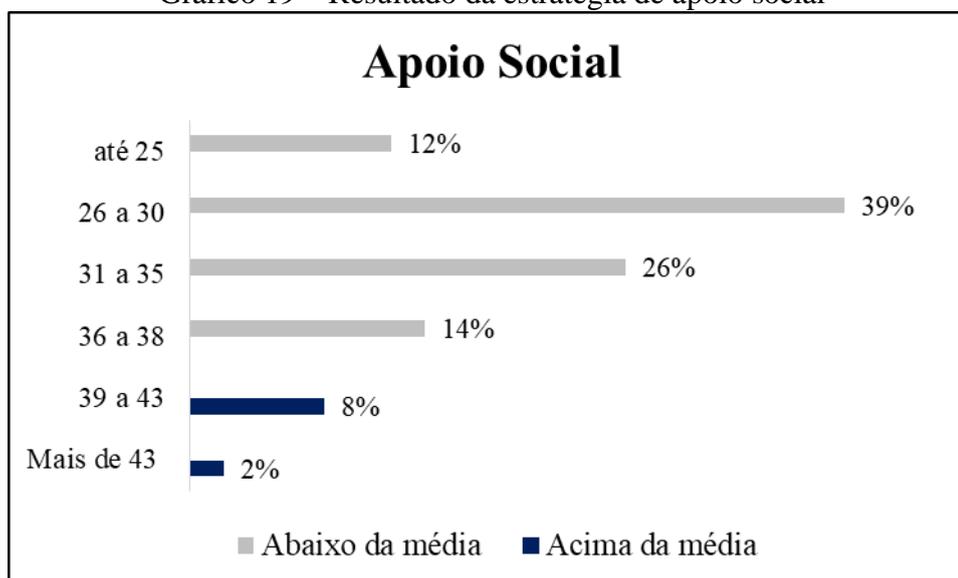
4.5.2 Apoio Social como Estratégia de Enfrentamento

O apoio social também é considerado como estratégia de enfrentamento positiva, pois associa aspectos cognitivos do apoio social, como a cooperação, a ajuda à informação e o apoio afetivo. Caracteriza-se pela demanda, pela solicitação e pela procura de ajuda.

[...] essa ajuda pode se dar por meio de conselhos, informações ou de consolo, de diálogos e de escuta de outras pessoas. Esse campo inclui também a participação. A pessoa procura cooperar em atividades coletivas, buscando, assim, uma inter-relação com os outros (CHAMON, 2006, p. 8).

Para a estratégia de apoio social, a média de pontos apurada nesta pesquisa foi de 31,3. A média da população brasileira é 37,5 pontos. Os valores estão apresentados no Gráfico 19.

Gráfico 19 – Resultado da estratégia de apoio social



Fonte: Dados da pesquisa.

O apoio social é uma forma de enfrentamento importante e benéfica. Na amostra pesquisada, nota-se que 31 participantes (10%) estão acima da média da população brasileira, ao procurarem por ajuda e conselhos, apoio de colegas e compartilhamento de suas angústias com familiares ou amigos. Este fator amortiza o estresse negativo e os seus sintomas. Nota-se que 90% da amostra está abaixo da meta, o que pode estar relacionado ao período de isolamento devido a pandemia, que por obrigação manteve os profissionais/população isolados, com o intuito de diminuir a propagação do vírus. Cabe destacar a restrição das visitas aos pacientes internados no hospital, que favoreceu a diminuição do apoio social.

Um fator determinante para que os profissionais buscassem mais suporte social, até mesmo pela internet, pode ter sido o cenário pandêmico, visto que o apoio pode ser um elemento protetor para ajudar os indivíduos a enfrentar situações estressantes de forma mais eficaz (AIRES *et al.*, 2022).

Atualmente, há muita pesquisa sobre os benefícios do apoio social na saúde pessoal. O apoio familiar, de amigos, colegas e subordinados do trabalho pode melhorar e aliviar os problemas cotidianos. A falta de apoio pode levar a resultados diferentes e, na maioria dos casos, exacerbar o estresse (LEITE JÚNIOR, 2009).

Entretanto, é importante ressaltar que o estresse relacionado ao trabalho pode impactar as relações sociais com a família e amigos, o que muitas vezes cria um ciclo vicioso, e o ambiente e essas relações acabam sendo estressantes. Alguns autores observaram uma relação negativa entre problemas de trabalho e família, sugerindo que, quanto mais os eventos de trabalho interferem na família, menor é a percepção de saúde no trabalho, e quanto mais

eventos familiares interferem no trabalho, menor é a percepção e a competência profissional (UMANN *et al.*, 2014).

Neste sentido, percebe-se que a estratégia de apoio funciona, tanto como um aliviador de estresse, como um fator responsável por sua causa. Sendo assim, é importante que os entrevistados busquem conciliar suas estratégias e evitar que novos fatores estressantes sejam desenvolvidos.

Estratégias de Enfrentamento Negativas

4.5.3 Isolamento como Estratégia de Enfrentamento

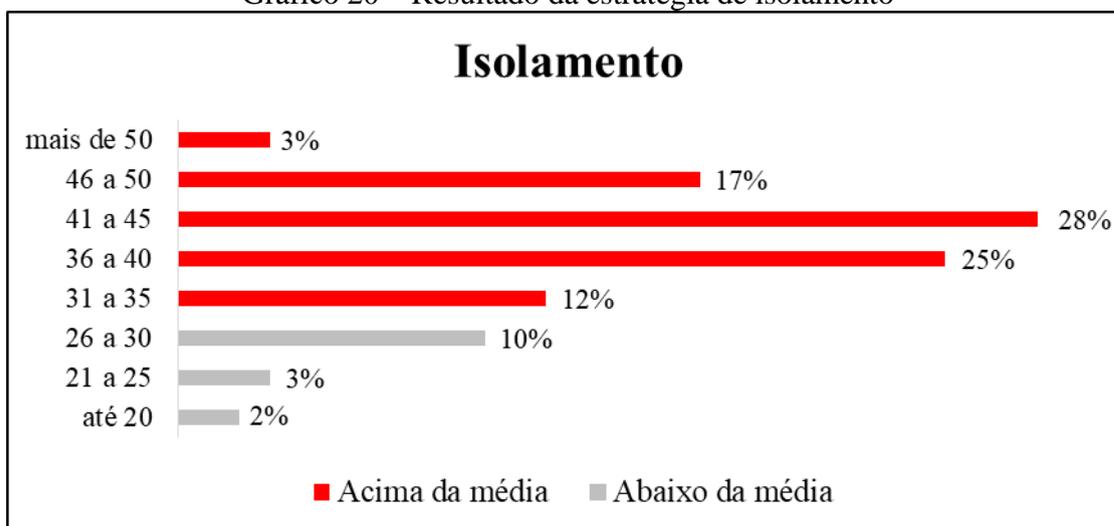
O isolamento é considerado como estratégia de enfrentamento negativa, pois, embora amorteça o estresse, não permite um bom manejo do estresse, podendo trazer graves consequências ao indivíduo, devido à fuga dos problemas, embora no momento pandêmico o isolamento social tenha sido uma normativa.

Conforme Chamon (2006, p. 8), a estratégia de isolamento:

[...] consiste em fechar-se em si mesmo, o que significa uma ruptura das atividades e das interações com o outro. O indivíduo foge da situação e do problema (isolamento social e comportamental). Na tentativa de eliminar ou esquecer as aflições, a pessoa pode refugiar-se em sonhos e fantasias (isolamento mental). Nesse campo, pode adotar, também, condutas de compensação por meio do alimento, álcool e drogas.

A média apurada nesta pesquisa para a estratégia de isolamento é a de 39,2 pontos, maior do a média brasileira. Os valores estão ilustrados no Gráfico 20.

Gráfico 20 – Resultado da estratégia de isolamento



Fonte: Dados da pesquisa.

Observa-se que 85% da amostra (265 sujeitos) estão acima da média da população brasileira e são propensos a reações agressivas nas relações interpessoais, compensações ou comportamentos de fuga, como o uso de bebidas, drogas, remédios e tabagismo excessivo. Além disso, os indivíduos podem ser indiferentes às dificuldades, ignorando-as e recusando-se a aceitá-las (LEITE JUNIOR, 2009).

Achados de uma pesquisa chinesa mostram que os sujeitos mais jovens (entre 21 e 40 anos) estariam mais vulneráveis a problemas de saúde mental e uso de álcool em situação de isolamento social (AHMED *et al.*, 2020). Esses achados vêm ao encontro dos encontrados nesta pesquisa, em que 68,50% (214) dos profissionais de enfermagem com idade entre 20 e 39 anos, no que se refere ao resultado de estresse, apresentaram elevados índices de estresse físico e global.

Cabe destacar que problemas de saúde mental foram citados pelos participantes nas Etapas 1 e 2, tais como: ansiedade, medo da morte, etc. Observa-se que dados qualitativos revelam os problemas obtidos, assim como a descrição de uma situação estressora.

Indivíduos que vivenciam os efeitos de um estressor (não eliminado ou controlado) apresentam reações que são consideradas manifestações físicas, como dor de estômago, tremores, choro, batimentos acelerados do coração, falta de ar e boca seca. Além disso, podem apresentar disfunções psicológicas: preocupação, perda de controle, depressão, incompreensão e isolamento (SANTOS, 2007).

4.5.4 Recusa como Estratégia de Enfrentamento

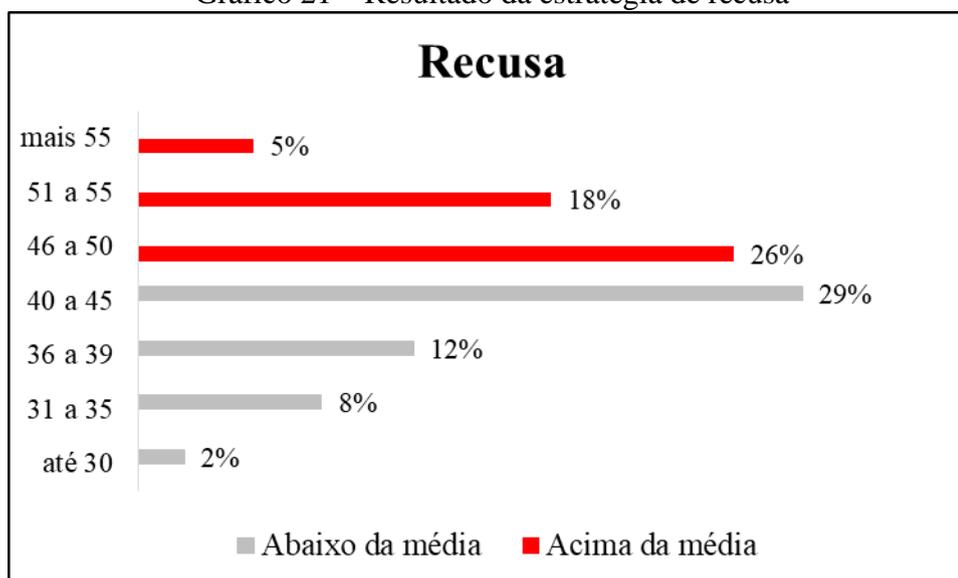
A recusa também é considerada como estratégia de enfrentamento negativa, pois, embora ajude a minimizar o estresse, não permite que ele seja bem manejado. Além disso, pode trazer problemas para o indivíduo, por não enfrentar as situações estressantes.

Para Chamon (2006, p. 8), a estratégia de recusa:

[...] traduz a incapacidade de aceitar a realidade e o problema. O indivíduo tenta negar a situação (denegação). Ele se engaja em outras atividades, procurando distrair-se, ou busca satisfação em outros domínios de sua vida (distração). Esse campo inclui também, como manifestação, a dificuldade de controlar-se e de expor suas emoções (alexitimia).

A média de pontos apurada para a estratégia de recusa foi de 44,9. Observa-se que a média desta pesquisa está acima da média da população brasileira (39,2), o que ilustra que a amostra da Instituição Hospitalar avaliada se utiliza mais da estratégia de recusa. Os valores estão apresentados no Gráfico 21.

Gráfico 21 – Resultado da estratégia de recusa



Fonte: Dados de pesquisa.

A recusa é uma resposta adaptativa e de sobrevivência. O indivíduo utiliza-a na tentativa de evitar o confronto com a realidade de ameaça. No caso desta pesquisa, na tentativa de negar o problema 49% da amostra (153 sujeitos) estão acima da média da população brasileira e se utilizam de subterfúgios, como: ignorar as situações, procurar não pensar no problema, distrair-se com outras atividades mais agradáveis, entre outras.

A recusa, uma resposta adaptativa e de sobrevivência que os indivíduos utilizam para tentar evitar realidades ameaçadoras e para esconder a dor, pode lhes causar alguma descompensação psiconeurológica. Assim, podem ter dificuldade de manutenção do equilíbrio mental, o que interfere, inclusive, em seu ritmo de trabalho (LEITE JÚNIOR, 2009).

As Tabelas 9 e 10 apresentam uma comparação dos dados médios de enfrentamento, apurados pela pesquisa de Stephenson (2001, *apud* STEPHENSON; CHAMON, 2005), com os dados apurados nesta pesquisa.

Tabela 9 - Demonstrativo dos escores médios de enfrentamento desta pesquisa

	Controle	Apoio Social	Isolamento	Recusa
Média de Pontos desta Pesquisa	50,6	31,3	39,2	44,9

Fonte: Dados da pesquisa.

A comparação dos dados do trabalho de Stephenson (2001, *apud* STEPHENSON, CHAMON, 2005) com os resultados para a população em geral obtidos com uma amostra de 431 indivíduos estão apresentados na Tabela 10.

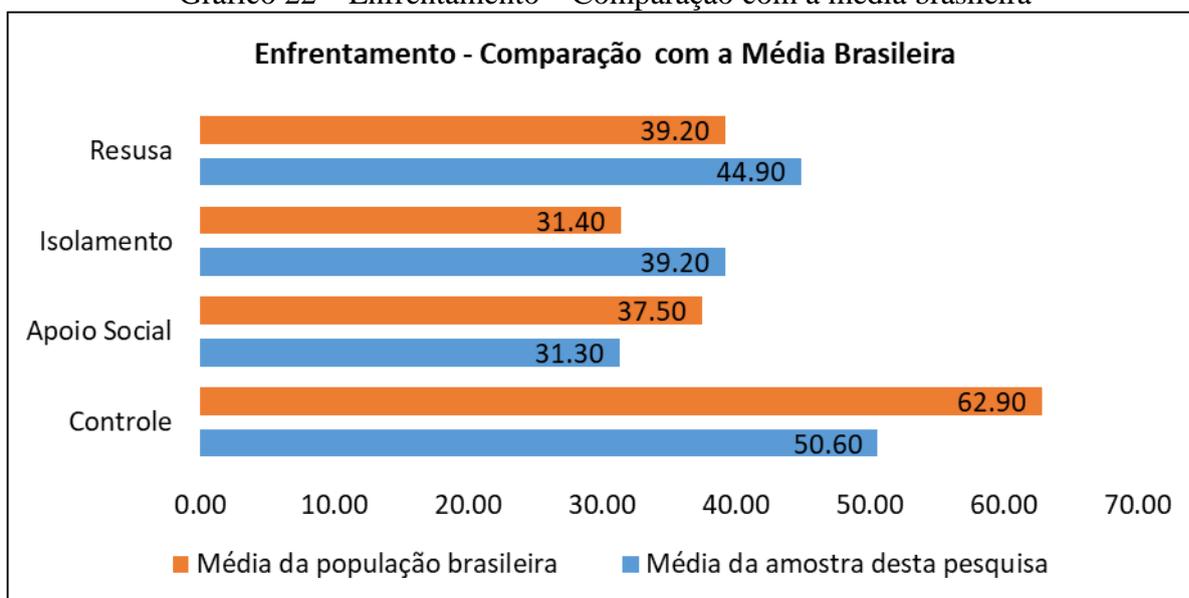
Tabela 10 - Demonstrativo dos escores médios para as estratégias de enfrentamento - Stephenson

	Controle	Apoio Social	Isolamento	Recusa
Média de Pontos de Stephenson	62,9	37,5	31,4	39,2

Fonte: Stephenson (2001, *apud* STEPHENSON; CHAMON, 2005).

A comparação dos escores médios para as estratégias de enfrentamento apurados nesta pesquisa com os escores médios comparados com a média brasileira, conforme o Gráfico 22.

Gráfico 22 – Enfrentamento – Comparação com a média brasileira



Fonte: Dados da pesquisa.

Como se pode notar, os níveis de enfrentamento de controle e apoio social são menores na amostra estudada, em relação à média brasileira. Já os níveis de enfrentamento de Isolamento e Recusa são maiores na amostra estudada, em relação à média brasileira.

Dessa forma, temos os índices de estresse acima da média nacional, para estresse físico e global. Ao mesmo tempo, temos um uso de estratégias de enfrentamento positivas (controle e apoio social) abaixo da média nacional e um uso de estratégias de enfrentamento negativas (recusa e isolamento) acima da média nacional.

Além disso, os gráficos mostram que 85% da amostra tem níveis altos de uso da estratégia de isolamento (uma estratégia negativa). Também, 90% da amostra tem níveis baixos de uso da estratégia de controle, e 87% tem níveis baixos da estratégia de apoio social, ambas estratégias positivas.

Portanto, a amostra, em geral, tem níveis de estresse altos e utiliza mal as estratégias de enfrentamento.

A seguir, são apresentadas as análises Cruzadas com dados de Estresse e Estratégias de Enfrentamento.

4.6 Análises Cruzadas com dados de Estresse e Estratégias de Enfrentamento

A análise bidimensional permite examinar duas variáveis e achar uma possível correlação entre elas, porém pode não haver uma correlação significativa, ou seja, uma relação de causa e efeito entre as variáveis, como acontece com as variáveis mostradas no Quadro 12.

Quadro 12 – Variáveis que não mostram correlação significativa

VARIÁVEIS QUE NÃO MOSTRAM CORRELAÇÃO SIGNIFICATIVA		
Estresse	X	Filhos
Estresse		Escolaridade
Estresse		Tempo no hospital
Estratégias de Enfrentamento		Sexo
Estratégias de Enfrentamento		Idade
Estratégias de Enfrentamento		Escolaridade
Estratégias de Enfrentamento		Profissão
Estratégias de Enfrentamento		Tempo no hospital
Estratégias de Enfrentamento		Esportes
Estratégias de Enfrentamento		Fumante

Fonte: Dados da pesquisa.

A variável filhos, escolaridade e tempo de trabalho no hospital não apresentam correlação com estresse, e as variáveis sexo, idade, escolaridade, profissão, tempo de trabalho no hospital, esportes e fumantes não apresentam correlação com estratégia de enfrentamento.

Isso não significa que essas variáveis não sejam importantes para o aumento ou a diminuição do estresse, como outros estudos têm mostrado; o fato é que, apenas para esta amostra estudada, as variáveis mencionadas não se correlacionaram com sinais de estresse ou estratégias de enfrentamento. É importante ressaltar que se tratou de um período pandêmico e, como foi um momento incomum, mesmo que no ambiente hospitalar, onde convivência com o sofrimento físico e a morte é comum, o índice de transmissibilidade da covid-19 foi acima

do que se tem em pandemias já ocorridas mundialmente. Segundo a Fiocruz, a velocidade de transmissão da covid-19 mostrou maior disseminação em curto período de tempo (FIOCRUZ, 2020).

Em seguida, apresentam-se as análises (bidimensionais) cruzadas com os dados de Estresse.

4.6.1 Correlação do Estresse com a Variável Sexo

Na Tabela 11, observa-se que, em todas as dimensões do estresse, a presença de indivíduos do sexo feminino apresenta média superior à dos indivíduos do sexo masculino. Os resultados da pesquisa, possivelmente estão relacionados ao fato de a mulher ter dupla jornada (trabalho e cuidados domiciliares) e ser responsável pela família.

Tabela 11 - Correlação entre a variável Sexo e resultados da avaliação do estresse

Sexo	Global	Físico	Psicológico	Psicofisiológico	Temporalidade
Masculino	77,2	24,9	25,5	13,2	13,6
Feminino	79,1	25,4	25,9	13,8	13,9
Média Geral	78,8	25,3	25,9	13,7	13,9

Fonte: Dados da pesquisa.

Segundo Molina (1996), uma situação estressante é um conjunto de condições, como ambiente, indivíduos ou fatores que causam poder, tensão ou pressão. Tanto o estressor quanto seu impacto no indivíduo podem ser descritos como situações desconfortáveis que causam dor, sofrimento e insatisfação.

Ribeiro (2008), que utilizou a Escala Toulousaine de Estresse, em pesquisa junto a 147 funcionários públicos federais, 35 do sexo masculino e 112 do sexo feminino, também apontou níveis de estresse significativamente maiores para o sexo feminino.

Para Lipp, Malagris e Novais (2007), o alto nível de estresse entre as mulheres observado em pesquisas recentes pode ser o resultado das expectativas da sociedade em relação à mulher, que assume vários papéis ao mesmo tempo: assalariada competente, esposa exemplar, mulher sensual, mãe dedicada, filha amorosa, entre outros.

Em outro estudo, realizado em um hospital privado da cidade de Limeira, estado de São Paulo, com 87 sujeitos de diferentes setores e turnos de trabalho, foi utilizado o Inventário de Sintomas de Stress de Lipp e foram encontrados altos percentuais de estresse em mulheres, com 52,1%, segundo os autores. Assim, essa alta incidência entre as mulheres pode estar relacionada ao fato de que, além de trabalhar no hospital, elas têm que trabalhar

mais uma jornada em casa, fazer tarefas domésticas e cuidar da educação dos filhos (FERREIRA; DE MARTINO, 2009).

4.6.2 Correlação do Estresse com a variável Idade

Na Tabela 12, observam-se resultados acima da média geral para a faixa etária de 20 a 29 anos em todas as dimensões do estresse e, na faixa etária de 50 a 69 anos, para as dimensões de Físico, Psicológico, Psicofisiológico e no Global. Particularmente, a faixa de 50 a 59 anos apresenta média significativamente acima da média do grupo, embora não sem alteração na Temporalidade.

Tabela 12 – Correlação entre a variável Idade e resultados da avaliação do estresse

Idade	Global	Físico	Psicológico	Psicofisiológico	Temporalidade
20 a 29 anos	81,3	25,5	26,5	14,4	14,7
30 a 39 anos	78,5	25,4	25,8	13,4	13,8
40 a 49 anos	76,8	24,7	25,1	13,6	13,3
50 a 69 anos	83,1	27	28,2	14,2	13,7
Média Geral	78,8	25,3	25,9	13,7	13,9

Fonte: Dados da pesquisa.

No que se refere à Faixa Etária 20 a 29 anos, uma pesquisa realizada, envolvendo 491 trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário do Rio Grande do Sul, associou menores níveis de estresse à maior idade (KIRCHHOF *et al.*, 2009), o que pode hipoteticamente ser explicado pela senioridade.

4.6.3 Correlação do Estresse com a variável Estado Civil

Na Tabela 13, observam-se valores acima da média em várias dimensões de estresse versus estado civil.

Tabela 13 – Correlação entre a variável Estado civil e resultados da avaliação do estresse

Estado Civil	Global	Físico	Psicológico	Psicofisiológico	Temporalidade
Casado (a)	77,8	24,9	25,9	13,2	13,6
Divorciado (a)	78,5	25,5	25,4	14	13,6
Solteiro (a)	80,5	25,9	26	14,2	14,3
Separado (a)	78,9	25,5	25,7	14,3	13,2
Viúvo (a)	80,7	25	25,5	16,2	14
Média Geral	78,8	25,3	25,9	13,7	13,9

Fonte: Dados da pesquisa.

Inicialmente, o fato de ser casado deveria constituir um fator agravante de estresse, considerando-se que aumentam as preocupações do indivíduo em relação às responsabilidades

inerentes à família. No entanto, essa relação não foi notada neste estudo, pois foram observados resultados acima da média geral para o estado civil solteiro.

A literatura ressalta que o fato de o indivíduo ser casado indica maior propensão para ocorrência de estresse nessa população, o que se justifica pela dupla jornada exercida, incluindo o ambiente hospitalar e o doméstico, o que resulta em sobrecarga física e psíquica (RODRIGUES; FERREIRA, 2011).

Em contrapartida, outro estudo identificou equivalência quanto à incidência de estresse entre profissionais solteiros e casados, o que significa que o fato de ser casado ou solteiro não tem impacto direto nos níveis de estresse (BELEZA *et al.*, 2013).

4.6.4 Correlação do Estresse com a variável Profissão

Na Tabela 14, observam-se valores acima da média em várias dimensões de estresse para a profissão de Auxiliar de enfermagem.

Tabela 14 - Correlação entre a variável Profissão e resultados da avaliação do estresse

Profissão	Global	Físico	Psicológico	Psicofisiológico	Temporalidade
Auxiliar de Enfermagem	79,7	25,8	25,5	13,9	14,3
Técnico de Enfermagem	78,3	25	26,6	13,4	13,1
Enfermeiro	77,5	24,6	25,6	13,5	13,6
Média Geral	78,8	25,3	25,9	13,7	13,9

Fonte: Dados da pesquisa.

Os técnicos e auxiliares apresentaram maiores níveis de estresse do que os enfermeiros. Esse resultado deve-se ao fato de que eles realizam atividades de cuidado direto ao paciente, enquanto o enfermeiro é direcionado para atividades administrativas e de supervisão, o que pode ser explicado pela criação de mecanismos de proteção física e psicológica (SELEGHIM *et al.*, 2012).

4.6.5 Correlação do Estresse com a variável Tempo na Profissão

Na Tabela 15, observam-se valores acima da média em várias dimensões de estresse para o tempo de profissão de até 1 ano, entre 7 e 10 anos e entre 21 e 25 anos.

É importante mencionar que, dos primeiros meses até um ano de profissão, o profissional encontra-se no período de aprendizagem, conhecendo as rotinas instituídas no ambiente hospitalar.

Tabela 15 - Correlação entre a variável Tempo na profissão e resultados da avaliação do estresse

Tempo na Profissão/ Anos	Global	Físico	Psicológico	Psicofisiológico	Temporalidade
Até 1	88,6	27,7	29,2	16,3	15,3
2 a 3	76,9	25,1	25,2	12,7	13,8
4 a 6	77,4	24,5	25	13,9	13,8
7 a 10	80,9	26,1	26,3	14,1	14,2
11 a 14	76,4	24,7	25,2	12,6	13,7
15 a 20	76	24,3	25,7	13,1	12,7
21 a 25	83,5	27	27,3	14,7	14,5
≥ 26	74,2	23,7	25,7	13,7	11
Média Geral	78,8	25,3	25,9	13,7	13,9

Fonte: Dados da pesquisa.

Observou-se também que o maior tempo de formação e o maior tempo de trabalho na unidade influíram negativamente no nível de estresse desses profissionais. Esse resultado foi associado à exposição dos enfermeiros a situações estressantes, comumente vivenciadas, sobretudo no momento pandêmico (CAVALHEIRO; MOURA; LOPES, 2008).

A literatura mostra discrepâncias entre a associação entre jornada de trabalho e maior nível de estresse. Menzani e Bianchi (2009), que buscaram avaliar o estresse entre enfermeiros que trabalham em UPA de diferentes hospitais brasileiros, encontraram associação de jornada de trabalho longa com os níveis mais altos de estresse. Por outro lado, Theme Filha, Costa e Guilam (2013) encontraram associação entre menor tempo de trabalho e maior nível de estresse. Outra investigação apontou que, quanto maior o tempo de atuação, menor o nível de estresse, o que relaciona o resultado com a experiência de trabalho adquirida (FARIAS *et al.*, 2011).

Na literatura, alguns dados indicam que o tempo decorrido após a formação é uma variável importante na percepção do estresse em determinadas atividades realizadas no ambiente de trabalho hospitalar, como as relacionadas ao bom funcionamento da unidade, à administração de pessoal, e quanto à administração direta assistência ao paciente e à coordenação das atividades. Esses fatores levam à reflexão de que os profissionais desenvolvem, ao longo dos anos de exercício da profissão, mecanismos para o enfrentamento de situações estressantes que surgem das relações interpessoais e de sua interação com a organização do trabalho (SANGIULIANO, 2004).

4.6.6 Correlação do Estresse com a variável local de trabalho

Na Tabela 16, observam-se valores acima da média em várias dimensões de estresse nos participantes destes setores: Centro Cirúrgico, Laboratório e UTI.

Esses achados vêm ao encontro dos dados encontrados nesta pesquisa, nas etapas 1 e 2, nos discursos relacionados ao setor da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) no contexto pandêmico, pois nesse período a UTI tornou-se um setor altamente sobrecarregado e complexo, devido à gravidade dos sintomas dos pacientes e a intensa demanda de coleta de exames a ser realizada pelo setor de Laboratório.

Tabela 16 - Correlação entre a variável setor de trabalho e resultados da avaliação do estresse.

Setor	Global	Físico	Psicológico	Psicofisiológico	Temporalidade
Oncologia/ Radioterapia	66,1	20,3	23,3	11,6	10,8
CME	80,2	26,2	25,6	14,4	13,9
Centro Cirúrgico	82,4	26,7	27,2	14,3	14,1
Hemodiálise	74,2	23,8	24,7	12,8	12,8
Hemodinâmica	64,7	20,2	20,6	12,3	11,5
Laboratório	92,5	27,8	31,1	15,8	17,6
Pronto Atendimento	73,4	23,4	24,2	12,7	12,9
Unidade de Internação	80	25,7	25,9	13,8	14,4
UTI	83	26,8	27,8	14,3	14
Média Geral	78,8	25,3	25,9	13,7	13,9

Fonte: Dados da pesquisa.

Estudos com equipes de enfermagem atuantes em UTI (BARBOSA *et al.*, 2008) e em centros cirúrgicos (STUMM *et al.*, 2008) demonstraram que longas jornadas de trabalho, sobrecarga de atividades e relações interpessoais são os principais fatores que causam estresse. Esses resultados confirmam os resultados encontrados nesta pesquisa.

Em relação aos resultados altos em todas as dimensões no setor de Laboratório, acredita-se que está inerente ao período pandêmico, devido ao aumento na coleta de exames laboratoriais, bem como a realização do teste rápido para detectar o vírus da covid-19. Esses achados corroboram os dados coletados nas entrevistas realizadas na Etapa 2.

A literatura da área tem mostrado que os profissionais de saúde, principalmente os que atuam em UTI, são vulneráveis ao desenvolvimento do estresse (FOGAÇA; CARVALHO-VERMELHO; NOGUEIRA-MARTINS, 2010; GUERRER; BIANCHI, 2008). Em uma UTI, a rotina de trabalho é marcada por variabilidade, incerteza e risco, fatores que podem desencadear estresse em muitos profissionais. Além disso, o ruído excessivo, a relação com a

equipe e a relação com familiares e pacientes podem ser fontes de estresse adicional, nesse contexto.

4.6.7 Correlação do Estresse com a variável Prática de Esportes

Na Tabela 17 é possível observar que, para todas as dimensões do estresse, os que não praticam esporte apresentam média superior aos que o praticam.

Tabela 17 - Correlação entre a variável prática de esportes e resultados da avaliação do estresse

Prática de Esporte	Global	Físico	Psicológico	Psicofisiológico	Temporalidade
Sim	76,6	24,7	25,3	13,2	13,2
Não	80,5	25,7	26,3	14,1	14,3
Média Geral	78,8	25,3	25,9	13,7	13,9

Fonte: Dados da pesquisa.

Segundo Silva, Leonidio e Freitas (2015), a prática de atividade física colabora para que haja redução dos níveis de estresse em diferentes faixas etárias.

Borges *et al.* (2021) relatam que a realização de exercício físico é uma boa uma estratégia para amenizar o estresse.

Esses achados corroboram os informes da nota de instruções da OMS (2020) sobre as principais recomendações relativas a Saúde Mental e Apoio Psicossocial, dentre elas a indicação, para os profissionais da saúde, da realização de atividades físicas (IASC, 2020).

4.6.8 Correlação do Estresse com a variável Fumante

Na Tabela 18 observa-se que, para todas as dimensões do estresse, os participantes fumantes apresentam médias superiores às dos não fumantes.

Tabela 18 - Correlação entre a variável Fumante e resultados da avaliação do estresse

Fumante	Global	Físico	Psicológico	Psicofisiológico	Temporalidade
Sim	84	27,4	26,8	15	14,7
Não	78,3	25,1	25,7	13,6	13,7
Média Geral	78,8	25,3	25,9	13,7	13,9

Fonte: Dados da pesquisa.

O tabagismo, uma doença crônica causada pela dependência da nicotina, é um dos principais fatores de risco para muitas doenças. A exposição à fumaça do tabaco, por meio do consumo direto, do tabaco ou de seus derivados no ambiente (tabagismo passivo), causa aproximadamente 6 milhões de mortes por ano. É considerado um problema de saúde mundial.

A dependência da nicotina aumenta o estresse, e o aparente efeito relaxante do fumo é rápido e transitório, refletindo apenas o nível circulante da droga. Pouco depois de fumar (quando a nicotina é quebrada), a tensão e a irritabilidade voltam, fazendo com que os fumantes sintam a necessidade de voltar ao entorpecente, para relaxar novamente (ROSEMBERG, 2013).

Um estudo realizado em 2014, com pacientes participantes de um programa de cessação do tabagismo, em Cuiabá (MT), verificou-se que, além da ansiedade e da depressão, os níveis de estresse também baixaram significativamente, durante o tratamento para parar de fumar. Aparentemente, após a fase inicial do processo de abstinência, quando os sintomas são mais pronunciados, o nível de estresse do paciente pode ser reduzido. Os fumantes são conhecidos por serem mais estressados do que os não fumantes (PAWLINA *et al.*, 2015). Esses achados vêm ao encontro dos dados coletados nesta pesquisa: para todas as dimensões do estresse, os participantes fumantes apresentaram médias superiores de estresse.

Na seção subsequente, apresentam-se as análises (bidimensionais) cruzadas dos dados referentes a Estratégias de Enfrentamento.

4.7 Análises Cruzadas (Bidimensionais) com dados de Enfrentamento

4.7.1 Correlação das Estratégias de Enfrentamento com a variável Idade

Na Tabela 19, observa-se que, para quase todas as dimensões das estratégias de enfrentamento, os participantes apresentaram resultados acima da média geral.

Tabela 19 - Correlação entre a variável Idade e resultados das estratégias de enfrentamento.

Idade	Controle	Apoio Social	Isolamento	Recusa
20 a 29 anos	49	31,5	40	44,7
30 a 39 anos	50,5	31,7	39,1	44,6
40 a 49 anos	51,2	31,1	38,5	44,8
50 a 69 anos	57,9	31,7	38,9	48,9
Média Geral	50,6	31,3	39,2	44,9

Fonte: Dados da pesquisa.

As estratégias de isolamento e recusa são negativas e, embora reduzam o estresse, não permitem que ele seja bem administrado, o que pode acarretar problemas, em decorrência de não se conseguir lidar com essa questão. Isso significa que os mais jovens administram melhor o estresse do que os participantes de 50 a 69 anos, que se recusam a enfrentar problemas e tentam evadir-se da realidade. Entretanto, nessa mesma faixa etária, observam-se bons resultados, no que se refere a estratégias positivas (controle e apoio social), valores também encontrados nas demais idades. Estes dados mostram que os participantes (em sua maioria) apresentam boa capacidade de manejar e solucionar os problemas, pois lidam muito bem com as estratégias de enfrentamento.

4.7.2 Correlação das Estratégias de Enfrentamento com a variável Estado civil

Na Tabela 20, observa-se que os divorciados apresentaram resultados satisfatórios em relação às estratégias de enfrentamento positivas, entretanto, com resultado acima da média geral, no que se refere ao isolamento.

Tabela 20 - Correlação entre a variável Estado Civil e resultados das estratégias de enfrentamento.

Estado Civil	Controle	Apoio Social	Isolamento	Recusa
Casado (a)	51,1	31,1	38,5	44,3
Divorciado (a)	54	32,3	40,5	44,9
Solteiro (a)	48,6	31,3	39,4	45,8
Separado (a)	47,1	30,1	40,1	43,7
Viúvo (a)	55,5	30,2	42	48
Média Geral	50,6	31,3	39,2	44,9

Fonte: Dados da pesquisa.

4.7.3 Correlação das Estratégias de Enfrentamento com a variável Tempo na Profissão

Na Tabela 21, nota-se que os participantes com 2 a 3, 15 a 20, 21 a 25 e com maior que 26 anos de profissão) apresentaram resultados acima da média geral do grupo pesquisado. Entretanto, observa-se que, para as estratégias negativas, o isolamento e recusa destacaram-se, no tempo de profissão até 1 ano, como a maior média do grupo. Cabe mencionar que o isolamento pode se explicar pela normativa à época da pandemia, visto que os profissionais de enfermagem afirmaram, nas entrevistas (Etapa 2), que tinham medo de se contaminar ou de contaminar alguém.

Tabela 21 - Correlação entre a variável Tempo na Profissão e resultados das estratégias de enfrentamento.

Tempo na Profissão/Anos	Controle	Apoio Social	Isolamento	Recusa
Até 1	51	31,2	41,4	45
2 a 3	51,9	32,3	38,2	43,4
4 a 6	50,1	31,2	39,2	45,3
7 a 10	48,1	30,7	39,8	44,5
11 a 14	50,4	31,2	39	45,7
15 a 20	54,8	31,6	38,2	46,5
21 a 25	54,2	32,4	38,2	40,2
≥ 26	62,5	32,5	33,7	44,2
Média Geral	50,6	31,3	39,2	44,9

Fonte: Dados da pesquisa.

A estratégia de controle é caracterizada pela regulação das atividades mentais, controle emocional e controle cognitivo e, portanto, é considerada uma estratégia positiva. A estratégia apoio social também é considerada uma estratégia positiva de enfrentamento, porque conecta aspectos percebidos como apoio social: cooperação, assistência de informação e apoio emocional. Caracteriza-se por querer, pedir e buscar ajuda (LEITE JUNIOR, 2009).

Conforme apontado na pesquisa, os participantes com 2 a 3, 15 a 20, 21 a 25 e com mais de 26 anos de profissão) tiveram resultados acima da média do grupo, e os com tempo maior de 26 anos na profissão tiveram a maior média do grupo, procurando controlar a situação, evitando decisões precipitadas, disfarçando o medo ou procurando planejar suas ações.

Cabe destacar que, na amostra, houve também estratégias negativas acima da média geral; foram observadas estratégias de isolamento e recusa, destacando-se o tempo de profissão até 1 ano como a maior média do grupo. Acredita-se que esse resultado esteja relacionado ao tempo menor de exposição ao estresse no ambiente de trabalho hospitalar, pois os participantes ainda se encontram na fase de aprendizado.

Em geral, pode-se dizer que, ao longo do tempo, em termos de profissão, os participantes tendem a melhorar suas formas de lidar com o estresse. Seria interessante ter essa abordagem para estudos futuros na enfermagem, ou seja, para estudar o desenvolvimento dos profissionais de enfermagem, o gerenciamento do estresse e o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento.

4.7.4 Correlação das Estratégias de Enfrentamento com a variável Local de Trabalho

Na Tabela 22, observam-se valores acima da média geral dos grupos para as estratégias de enfrentamento positivas e negativas, com destaque para o setor de Laboratório, que apresentou maiores valores nas estratégias negativas (isolamento e recusa) e na estratégia positiva apoio social.

Tabela 22 - Correlação entre a variável Local de Trabalho (setor) e resultados das estratégias de enfrentamento.

Setores	Controle	Apoio Social	Isolamento	Recusa
Oncologia/ Radioterapia	57,4	33,7	33,2	41,5
Central de Material e Esterilização	51,8	31,2	38	46
Centro Cirúrgico	52	32,7	39,5	45,2
Hemodiálise	51,9	31	41	45,7
Hemodinâmica	51,5	29,8	33,2	42,1
Laboratório	52,3	36	40,6	46
Pronto Atendimento	50,9	30,1	37,4	42,7
Unidade de Internação	49	31,2	39,9	45,2
Unidade de Terapia Intensiva	48	30,2	40,5	44,3
Média Geral	50,6	31,3	39,2	44,9

Fonte: Dados da pesquisa.

Cabe destacar que o setor de laboratório, no período da pandemia, teve alta demanda de trabalho, devido à realização de testes para detectar o vírus da covid-19, nos pacientes ou nos funcionários do hospital. Houve, também, aumento do número de coletas para exames laboratoriais, visto que o percentual de internações foi mais alto.

Observaram-se valores acima da média do grupo no setor Oncologia/Radioterapia, e na utilização das estratégias positivas (controle e apoio social). Esse resultado está relacionado ao perfil de funcionários desse setor, que são mais acolhedores, junto aos pacientes. Em relação às estratégias negativas, houve menor média do grupo (isolamento e recusa). Indivíduos com essas características sabem controlar melhor suas emoções, planejar suas ações sem tomar decisões precipitadas, lidam melhor com as tendências ao isolamento mental, comportamental e social, não fogem dos problemas e assumem uma postura racional frente ao estresse.

Nesta seção, abordam-se as análises bidimensionais para examinar duas variáveis e achar uma possível correlação entre elas. Dentre as variáveis correlacionadas, as variáveis

filhos, escolaridade e tempo de trabalho no hospital não apresentam correlação com estresse, e as variáveis sexo, idade, escolaridade, profissão, tempo de trabalho no hospital, esportes e fumantes não apresentam correlação com estratégia de enfrentamento.

Na análise das variáveis com o estresse, o sexo feminino apresenta média superior à do masculino, faixa etária de 20 a 29 anos em todas as dimensões do estresse e, na faixa etária de 50 a 69 anos, para as dimensões de físico, psicológico, psicofisiológico e no global, observaram-se valores acima da média em várias dimensões de estresse versus estado civil e na profissão de auxiliar de enfermagem. Referente ao tempo na profissão, encontraram-se valores acima da média em várias dimensões de estresse para o tempo de profissão de até 1 ano, entre 7 e 10 anos e entre 21 e 25 anos, e valores acima da média nos seguintes setores: Centro Cirúrgico, Laboratório e UTI. Os resultados apontam que a não prática de esporte apresenta média superior aos que realizam esporte, e os participantes fumantes apresentam médias superiores às dos não fumantes.

Já nas análises das variáveis com as estratégias de enfrentamento, a variável idade apresentou, para quase todas as dimensões, resultados acima da média geral, e os divorciados apresentaram resultados satisfatórios em relação às estratégias de enfrentamento positiva, entretanto com resultado acima da média geral no que se refere ao isolamento. Em relação ao tempo na profissão, nota-se que os que têm de 2 a 3 anos, de 15 a 20 anos, de 21 a 25 anos e mais que 26 anos de profissão apresentaram resultados acima da média geral do grupo pesquisado. Em referência a local de trabalho, destaque-se o setor de laboratório, que apresentou maiores valores nas estratégias negativas (isolamento e recusa) e para a estratégia positiva (apoio social). Observaram-se também valores acima da média do grupo no setor oncologia/radioterapia, na utilização das estratégias positivas (controle e apoio social), resultado este relacionado ao perfil de funcionários destes setores, por serem mais acolhedores em relação aos pacientes, quanto às estratégias negativas tiveram a menor média do grupo (isolamento e recusa).

Dessa forma, finaliza-se a apresentação dos resultados e discussões. Na sequência, são apresentadas as considerações finais, retomando os objetivos definidos para a presente pesquisa, com vistas a avaliar sua consecução.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta pesquisa foram investigados o estresse e suas representações sociais para os profissionais de enfermagem de um Hospital da Região Metropolitana do Vale do Paraíba Paulista e Litoral Norte, durante a pandemia da covid-19.

É oportuno trazer os objetivos sobre os quais se baseou o percurso delineado neste estudo: caracterizar o perfil sociodemográfico dos profissionais de enfermagem; identificar as manifestações de estresse físico, psíquico, psicofisiológico e de temporalidade durante a pandemia da covid-19; descrever, dentre as estratégias de enfrentamento estudadas (controle, apoio social, isolamento, recusa), quais são utilizadas pelos profissionais de enfermagem; e, conhecer as crenças, valores, atitudes e informações dos profissionais de enfermagem sobre o estresse.

No que diz respeito à caracterização dos profissionais, a amostra na Etapa 1 foi composta por 312 profissionais de enfermagem, e a partir dos dados coletados o grupo foi composto de: 82 Enfermeiros, 82 Técnicos de Enfermagem e 148 Auxiliares de Enfermagem. Foi predominante que 148 (47,44%) da amostra eram auxiliares de enfermagem, sabendo-se que 256 (82,05%) eram do sexo feminino e 170 (54,49%) eram casados. O tempo de serviço dos profissionais de enfermagem na profissão encontra-se distribuído entre 1 e acima de 26 anos, prevalecendo 98 (31,41%) entre 7 e 10 anos. Em relação ao tempo no hospital, destacaram-se, entre 4 e 6 anos, um total de 96 (30,77%) sujeitos. Quanto à distribuição dos setores em que os profissionais atuam, a maioria 129 (41,35%) estava lotada na Unidade de Internação. Em relação ao perfil de atuação dos participantes na Etapa 2, 18 participantes: 7 enfermeiros, 5 Técnicos de Enfermagem e 6 Auxiliares de Enfermagem. Destes, 3 trabalham na Unidade de Terapia Intensiva; 6 na Unidade de Internação; 6 no Pronto Atendimento Adulto; 2 no Ambulatório de Oncologia; e 1, no Laboratório. Todos os profissionais de enfermagem relataram que cuidaram e/ou tiveram contato com os pacientes acometidos pela covid-19.

Observa-se, neste estudo, a importância dos instrumentos (escalas) utilizados na Etapa 1 e suas aplicações aos profissionais de enfermagem. Em relação às estratégias de enfrentamento, percebeu-se que os níveis de enfrentamento de isolamento e recusa foram os maiores na amostra estudada em relação à média da população brasileira. Observou-se que os índices de estresse estão acima da média nacional, para estresse físico e global. Portanto, a amostra, em geral, registrou níveis de estresse altos e utilizava mal as estratégias de enfrentamento. Tal resultado pode ter sido potencializado devido à pandemia da covid-19.

Observou-se que 197 (63%) da amostra apresentam as manifestações físicas do estresse. Os sintomas do estresse podem reduzir a eficiência no trabalho, trazer insatisfação nas atividades de rotina, mas também ampliam o risco de o indivíduo cometer erros e causar danos morais e/ou emocionais, subsistindo um desequilíbrio entre as necessidades dos pacientes e as suas próprias. Salienta-se que os profissionais de enfermagem podem desconhecer os sintomas do estresse e as suas consequências na sua saúde, o que os torna suscetíveis e expostos a riscos biológicos no ambiente hospitalar, consequências do adoecimento mental.

Acredita-se que esse cenário de pandemia tenha tornado o estresse disfuncional para os profissionais de saúde, visto que o estresse está presente no dia a dia no ambiente hospitalar e que não é possível não estar em contato com situações estressantes em tempos de pandemia da covid-19. Essas transformações foram velozes e imprevisíveis, resultando em tempo insuficiente para adaptação, fator que contribui para um enfrentamento não positivo do estresse.

Quanto aos resultados apresentados do estresse global durante a pandemia da covid-19, ocorreu um elevado número de atendimentos de pacientes suspeitos e positivados para a doença, fato este que colaborou para que os profissionais trabalhassem muitas horas nas unidades de internação, expostos a constantes riscos de infecção, com reflexões contínuas sobre a morte. Cabe salientar o número reduzido de profissionais de enfermagem para a alta demanda. Dessa forma, ficaram sujeitos ao excesso de atividades laborais, ao aumento de mudanças cotidianas (substituição de colegas afastados pela infecção), a exposição ao risco de contaminação, ao adoecimento pela doença, a exposição ao vírus e a transmissão para a família. Vale ressaltar que o trabalhador de enfermagem vivencia o contato constante com o ser humano adoentado, que tem sentimentos e fragilidades que as doenças trazem, que revelam medo, ansiedade e dor, o que, psiquicamente, sobrecarrega o profissional da saúde. No momento pandêmico, as visitas foram interrompidas, e somente os profissionais da saúde tinham acesso e prestavam acompanhamento aos doentes hospitalizados, o que, segundo os profissionais, foi um fator que pesou negativamente na execução de suas atividades.

No que se refere ao objeto de estudo desta pesquisa, conhecer as crenças, os valores, as atitudes e as informações dos profissionais de enfermagem sobre o estresse, pode-se afirmar que as representações sociais elaboradas pelos participantes mostraram que o estresse foi potencializado na pandemia, o que gerou repercussões de ordem física e mental, por exemplo, o medo, a ansiedade e a insegurança de cuidar dos pacientes com a covid-19, além das cargas horárias extensas e de nenhum apoio durante a pandemia, para manejo da situação.

Percebe-se que os conteúdos representacionais dos profissionais de enfermagem sobre o estresse no contexto da pandemia são objetivados pelo medo (de morrer e deixar a família, de cuidar de alguém doente e ser contaminado), dor (forte), ansiedade, desconhecimento sobre a doença (no início da pandemia não se sabia tratar a doença e/ou agir). A morte (constatada no dia a dia pelos profissionais) foi caracterizada como um fato estranho, pois, apesar de tudo que foi feito, os pacientes iam a óbito.

As representações materializam-se em ideias, expressas em conceitos e imagens, em estigma e preconceitos, são prescritivas e orientam comportamentos, comunicação e interações sociais.

É oportuno destacar que, no período pandêmico, houve muitas mudanças sociais, ambientais e profissionais, portanto é importante apreender como as pessoas entenderam esses processos e neles se envolveram. A representação é essencialmente um processo argumentativo.

Durante as entrevistas, observou-se que os conteúdos representacionais dos participantes da pesquisa objetivaram significados que construíram e compartilharam por meio de suas relações sociais com os profissionais atuantes no período da pandemia, ou seja, é por meio de experiências pessoais e interpessoais que os profissionais criam com o coletivo. O estresse durante o período pandêmico evidenciado nos participantes refletiu-se em seus comportamentos, de modo que os sentimentos negativos sobre a pandemia da covid-19 e o cuidar dos pacientes com a doença se arraigaram e influenciaram suas atitudes, obrigando-os a enfrentar esse processo e ter desejos (em alguns casos) de deixar a profissão, de enfrentar o medo da morte eminente por contágios e outros sentimentos ligados a profissão, apontados nas análises.

No que se refere ao tratamento dos dados textuais na Etapa 1, pelo *software* IRaMuTeQ, quanto às situações descritas em momento de estresse, o programa gerou cinco classes: Classe 1 - Família; Classe 2 - Falta de reconhecimento no local de trabalho; - Classe 3 - A pandemia, a família e os profissionais de enfermagem; Classe 4 - A covid-19 na Unidade de Terapia Intensiva; Classe 5 - O conflito na equipe de enfermagem. As classes 2, 3, 4 e 5 tratam diretamente as situações que geraram estresse, ansiedade e conflitos na gestão cotidiana laboral.

Na classe 1, ficou evidente a afetividade dos profissionais de enfermagem por seus familiares e amigos, na descoberta de uma doença ou na perda de um ente querido. Na classe 2 foram discutidos os elementos relacionados a ausência de reconhecimento profissional, por parte dos familiares ou pacientes e pela própria equipe de trabalho, favorecendo a sobrecarga

e o estresse nos profissionais; na classe 3, discutiu-se a necessidade da participação da família e dos profissionais de enfermagem no período pandêmico, pois nesse período a família não participou efetivamente do processo de acompanhamento de seus familiares internados, devido à restrição de visitas. Na classe 4, observou-se, nas falas dos profissionais, manifestação de saberes relacionados ao conhecimento científico, tratando-se de um setor altamente complexo e dotado de particularidades. E na classe 5, percebe-se que, na fala dos profissionais, situações conflitantes no ambiente de trabalho, relações interpessoais e a importância do papel da gestão neste processo.

Na Etapa 2, o *software* IRaMuTeQ gerou quatro classes, e cada uma das classes de palavras foi nomeada a partir da análise de conteúdo realizada: Classe 1 - Ansiedade e medo; Classe 2 - Estresse e falta de equipamentos/funcionários; Classe 3 - Cuidado com os pacientes; Classe 4 - Familiares/Visitas. Os dados coletados por meio de entrevistas individuais aplicam-se diretamente à pandemia, às representações do estresse e ao enfrentamento da pandemia nos setores.

Na classe 1, a ansiedade e o medo foram evidentes, devido ao fato de os profissionais trabalharem na linha de frente da pandemia e desconhecem como seria o futuro. A classe 2 traz discursos relacionados a falta de funcionários ou equipamentos, o que contribuiu para o aumento do estresse dos profissionais de enfermagem. Já na classe 3, os relatos afirmavam não ser fácil cuidar de pacientes durante a pandemia - essa classe aborda a rotina de trabalho dos profissionais de enfermagem durante a pandemia. E a classe 4 traz relatos dos profissionais de enfermagem, com o destaque da palavra “familiares”, pois no período pandêmico ocorreu restrição de visitas, o que causou impacto para o paciente, pois o distanciamento dos familiares, afeta a saúde mental.

Em relação às correlações, observou-se que a variável filhos, escolaridade e tempo de trabalho no hospital não apresentam correlação com estresse, e que as variáveis sexo, idade, escolaridade, profissão, tempo de trabalho no hospital, esportes e ser fumante não apresentam correlação com estratégia de enfrentamento.

As correlações do estresse com as variáveis sociodemográficas apontaram que, para todas as dimensões do estresse, o sexo feminino apresenta média superior à do sexo masculino, e há resultados acima da média geral para a faixa etária de 20 a 29 anos em todas as dimensões do estresse. Destacam-se valores acima da média para a profissão de auxiliar de enfermagem e para o tempo de profissão de até 1 ano, entre 7 e 10 anos e entre 21 e 25 anos. Em relação ao setor dos participantes, houve dimensões maiores de estresse no Centro Cirúrgico, no Laboratório e na UTI. A não prática de esporte apresenta média superior aos

que realizam esporte, assim como, os participantes fumantes apresentam média superior à dos não fumantes.

As correlações das estratégias de enfrentamento com as variáveis sociodemográficas apontaram que, em relação à faixa etária, no momento pandêmico os mais jovens administram melhor o estresse do que os participantes de 50 a 69 anos, que se recusam a enfrentar problemas e tentam evadir-se da realidade. Entretanto, nessa mesma faixa etária, observaram-se bons resultados no que se refere a estratégias positivas (controle e apoio social), valores encontrados nas demais idades, e percebeu-se que os divorciados apresentaram resultados satisfatórios em relação às estratégias de enfrentamento positiva, entretanto, com resultado acima da média geral, no que se refere ao isolamento. Nota-se que as faixas etárias 2 a 3 anos, 15 a 20 anos, 21 a 25 anos e maior que 26 anos de profissão apresentaram resultados acima da média geral do grupo pesquisado. Entretanto, observou-se que, para as estratégias negativas, o isolamento e a recusa destacaram-se no tempo de profissão até 1 ano, sendo a maior média do grupo, e com relação ao setor dos participantes da pesquisa houve destaque para o setor de Laboratório, que apresentou maiores valores nas estratégias negativas (isolamento e recusa) e para a estratégia positiva (apoio social).

Os resultados apontam que os profissionais de enfermagem precisam de atenção por parte das organizações de saúde, pois, por estarem frente a uma atividade laboral altamente crítica (potencializada pela pandemia da covid-19) e relacionada ao sofrimento psíquico e físico constantemente marcados por incertezas do setor. Sugere-se que as organizações de saúde implementem atividades voltadas à saúde mental e física do profissional de enfermagem, enfatizando a promoção do bem-estar. É importante também incentivar e monitorar os participantes quanto à possibilidade de um revezamento de funcionários, devido à complexidade do cuidado e à exaustão causada pelas especificidades de suas atividades laborais. São, portanto, instrumentos de gestão possíveis, para o enfrentamento dessas dificuldades.

Por fim, entende-se que é importante estudar o estresse e as estratégias de enfrentamento para a saúde dos profissionais, e a pandemia da covid-19 foi uma das precursoras e potencializadoras do interesse pela saúde mental, de forma geral, e em especial dos trabalhadores da área da saúde. Este estudo, portanto, tem potencial para contribuir de forma significativa acerca dos fenômenos ligados à covid-19 e aos profissionais de enfermagem, expandindo os quadros científicos existentes.

Mais estudos são necessários para monitorar os impactos tardios dessas vivências e consequências causadas aos profissionais de enfermagem, bem como mais pesquisas voltadas

ao fortalecimento de estratégias que sirvam como recursos protetores e promotores da saúde mental para os profissionais de enfermagem, segundo os resultados obtidos nessa pesquisa em curso. É preciso ocupar-se do estresse pós-traumático, além dos efeitos da covid-19, tanto para os profissionais quanto para a população em geral.

Este estudo contribui para o avanço do conhecimento, ao dar visibilidade ao enfrentamento da pandemia pelos profissionais de enfermagem, a fim de identificar possíveis subsídios para promover melhorias, prevenir adoecimentos e minimizar danos aos trabalhadores que atuaram nesse período e atuam na tarefa de aliviar a dor e de se ocupar de pessoas em momentos de maior fragilidade: doentes. Este estudo também serve como subsídio para oportunidades de mudança institucional empreendidas por trabalhadores e gestores, e também como espaço de escuta e acolhimento de profissionais da enfermagem. Além disso, constitui um importante passo para o desenvolvimento deste pesquisador.

REFERÊNCIAS

- ABRIC, J. C. Abordagem estrutural das representações sociais: desenvolvimentos recentes. *In: CAMPOS, P. H. F; LOUREIRO, M.C.F. (org.). Representações sociais e práticas educativas*. Goiânia: UCG, 2003.
- ABRIC, J. C. O estudo experimental das representações sociais. *In: JODELET, J. (org.). As representações sociais*. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2001. p. 155-171.
- ACIOLIE NETO, A. *et al.* Qualidade de vida e nível de atividade física de profissionais de saúde de unidades de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**. v. 18, n. 6, p.711-719, 2013.
- ACIOLI, D. M. N. *et al.* Impactos da COVID-19 para enfermeiros. **Revista enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, v. 30, p. e63904, 2022.
- AHMED, M. Z. *et al.* Epidemic of COVID-19 in China and Associated Psychological Problems. **Asian Journal of Psychiatry**. v. 51, p. 1-25, 2020.
- AIRES, M. C. *et al.* Estratégias de enfrentamento (coping) utilizadas por profissionais de saúde durante a pandemia de COVID-19. **Espaço saúde**. v.23, e873, 2022.
- ALBUQUERQUE, B. *et al.* **Nota Técnica número 4. Reflexões sobre o comportamento da epidemia da COVID-19 segundo as regiões de saúde do Estado do Amazonas**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2021. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/documento/reflexoes-sobre-o-comportamento-da-epidemia-da-covid-19-segundo-regioes-de-saude-do-estado>. Acesso em: 23 ago. 2022.
- ALMEIDA, A. M. O.; SANTOS, M. F. S.; TRINDADE, Z. A. Ancoragem: notas sobre consensos e dissensos. *In: ALMEIDA, A. M. O.; SANTOS, M. F. S.; TRINDADE, Z. A. (org.). Teoria das representações sociais: 50 anos*. Brasília: Technopolitik, 2011. p. 101-121.
- ALMEIDA, L. A. *et al.* Fatores geradores da Síndrome de Burnout em profissionais da saúde. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**. v.8, n.3, p. 4623-4628, 2016.
- ALVES, M.G.M. *et al.* Modelo demanda-controle de estresse no trabalho: considerações sobre diferentes formas de operacionalizar a variável de exposição. **Caderno Saúde Pública (Online)**. v. 31, n. 1, p. 1-5, jan. 2015.
- ALVES-MAZZOTTI, A. J. Representações Sociais: aspectos teóricos e aplicações à educação. **Revista Múltiplas Leituras**. v. 1, n. 1, p. 18-43, 2008.
- ALVES, M.; GODOY, S. C. B. Procura pelo serviço de atenção à saúde do trabalhador e absenteísmo-doença em um hospital universitário. **Revista Mineira Enfermagem**. v. 5, n.1/2, p. 73-81, 2001.

ALVES, A. B. S. L. *et al.* Absenteísmo na enfermagem diante da covid-19: estudo comparativo em hospital do sul do brasil. **Texto contexto - enfermagem**. v. 31, p. e:20210254, 2022.

AMAZONAS. **Monitoramento do COVID-19 no Amazonas**. Disponível em: <http://www.transparencia.am.gov.br/covid-19/monitoramento-covid-19/#painel-de-monitoramento-covid-19>. Acesso em: 13 ago. 2021.

ANDOLHE, R. *et al.* Estresse, coping e burnout da Equipe de Enfermagem de Unidades de Terapia Intensiva: fatores associados. **Revista Escola Enfermagem USP**. São Paulo, v. 49, p. 58-64, dez. 2015.

ANDRADE, R. O. COVID-19 is causing the collapse of Brazil's National Health Service. **BMJ**, v.370, p.m3032, 2020.

ANDRADE JÚNIOR, E. O.; ANDRADE, E. O. Lexical analysis of the Code of Medical Ethics of the Federal Council of Medicine. **Revista da Associação Médica Brasileira**. v. 62, n.2, p. 123-130, 2016.

ANMELLA, G. *et al.* Unravelling potential severe psychiatric repercussions on healthcare professionals during the covid-19 crisis. **J Affect Disord**. v. 273, p. 422-424, 2020.

ANATONIAZZI, A. S.; DELL'AGLIO, D. D.; BANDEIRA, D. R. O conceito de coping: uma revisão teórica. **Estudos de Psicologia**. Natal: v. 3, n. 2, p. 273-294, 1998.

ANVISA. NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020 (Atualização 9 - 08/09/2022) / **Orientações para serviços de saúde**: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante assistência aos casos suspeitos ou confirmados de Covid-19. Disponível em: <https://ameci.org.br/wp-content/uploads/2022/09/NT042020covid1908.09.2022paraportal3.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2022.

ARAÚJO, M. de N. R. de; RIBEIRO, T. M. P.; ANTONIASSI JUNIOR, G. Gestão do estresse em profissionais de enfermagem atuantes na pandemia COVID-19: Revisão de literatura. **Psicologia e Saúde em debate**. v. 8, n. 2, p. 56-73, 2022.

ARAUJO MARTINEZ, E.; DE SOUZA, S. R.; ROMIJN TOCANTINS, F. As contribuições das representações sociais para a investigação em saúde e enfermagem. **Investigación y Educación en Enfermería**. v. 30, n. 1, p. 101-107, 2012.

ASMUNDSON, G. J. G.; TAYLOR, S. Corona phobia: fear and the 2019-nCoV outbreak. **Journal of Anxiety Disorders**. v. 70, n.102196. 2020.

AZAMOR, C; NAIFF, L. Representações sociais da avaliação da aprendizagem em professores do ensino público fundamental de Niterói. **Estudos RBEP**. v. 90, n. 226, p.650-672, 2009.

AZEVEDO, V.A.Z.; KITAMURA, S. Stress, trabalho e qualidade de vida. In: VILARTA, R. *et al.* **Qualidade de vida e fadiga institucional**. Campinas: IPES Editorial, p.137-150, 2006.

AZEREDO, N. S. G. **O Acadêmico de Medicina Frente à Morte e o Morrer: Questões para se (re) Pensar a Formação.** 2007. 115 p. Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

AZEVEDO, A. R. I.; REZENDE, A. M. L.; REZENDE, M. A. Estresse ocupacional: lobo em pele de cordeiro. **PSIQUE.** v.15, n. 1, p. 110-127, 2019.

AZEVEDO, D. M.; MIRANDA, F. A. N. Teoria das representações sociais: contribuições teórico-metodológicas na pesquisa qualitativa. **Saúde & Transformação Social.** v. 3, n. 4, p.4-10, 2012.

AYOUB, A. C.; SOUSA, M. G. Prevalência do tabagismo em profissionais de enfermagem de um hospital cardiovascular. **Revista Brasileira Enfermagem.** v. 72, n. (Suppl 1), p.181-189, 2019.

BACKES, V. M. *et al.* Continuing education of graduate students: a commitment of the university? **Revista Brasileira Enfermagem.** v. 55, n. 2, p. 200-204, 2002.

BACKES, M. T. S.; ERDMANN, A. L.; BÜSCHER, A. O ambiente vivo, dinâmico e complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem.** v.23, n.3, p. 411-418, 2015.

BAJWAH, S. *et al.* Managing the supportive care needs of those affected by COVID-19. **European Respiratory Journal,** v. 55, p. 2000815, 2020.

BALLONE, G.J. Estresse. 1999. In. **Psiqu. Web Psiquiatria Geral.** Disponível em: <http://www.redadultosmaiores.com.ar/buscador/files/SALUD030.pdf>. Acesso em: 12 set. 2022.

BANERJEE, D. The COVID-19 outbreak: Crucial role the psychiatrists can play. **Asian J Psychiatry,** v.50, n.102014. 2020.

BARBOSA, I. A. *et al.* Auto percepção de estresse em equipe de enfermagem de terapia intensiva. **Revista Mineira Enfermagem.** v.12, n.1, p.48-53, 2008.

BARBOSA, D. J. *et al.* Fatores de estresse nos profissionais de enfermagem no combate à pandemia da COVID-19: Síntese de Evidências. **Com. Ciências Saúde,** v. 31, n.1, p.31-47. 2020.

BARBOSA, D. A.; SCHIRMER, J.; BALSANELLI, A. P. **A Enfermagem no contexto da pandemia pela Covid-19: que lições aprendemos?** 2022. Disponível em: <https://sp.unifesp.br/comunicasp/noticias/a-enfermagem-no-contexto-da-pandemia-pela-covid-19-que-licoes-aprendemos>. Acesso em: 8 jun. 2022.

BARBOZA, J. I. R. A.; BERESIN, R. A síndrome de burnout em graduandos de enfermagem. **Einstein (São Paulo).** v.5, n. 3, p. 225-230, 2007.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** São Paulo: Edições, 2011.

BARRETO, C. **Estresse e isolamento**: o ‘novo normal’ de ser profissional de saúde durante a Covid-19, 2020. Disponível em: <https://pebmed.com.br/estresse-e-isolamento-o-novo-normal-de-ser-profissional-de-saude-durante-a-covid-19/>. Acesso em: 22 jun. 2021.

BARRETO, I. C. H. C. *et al.* Colapso na Saúde em Manaus: o fardo de não aderir às medidas não farmacológicas de redução da transmissão da COVID-19. **Scielo Preprints**, v. 1, p. 3-20, 2021.

BARROS, A. L. B. L. *et al.* Situações geradoras de ansiedade e estratégias para seu controle entre enfermeiras: estudo preliminar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 11, n. 5, p. 585-592, out. 2003.

BARROS, M.A. *et al.* O cuidar de ontem e de hoje. **Revista Nursing**. v.111, p. 08-13, 1997.

BATISTA, J. dos S. *et al.* A experiência dos familiares frente à participação em visitas virtuais aos pacientes internados na UTI-COVID durante a pandemia. **Research, Society and Development**. v. 12, n. 2, 2023.

BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

BAWDEN, D; ROBINSON, L. The dark side of information: overload, anxiety and other paradoxes and pathologies. **J. Inf. Sci.** v. 35, n.2, p.180-191. 2009.

BELEZA, C.M.F. *et al.* Riscos ocupacionais e problemas de saúde percebidos por trabalhadores de enfermagem em uma unidade hospitalar. **Ciência Enfermagem**. v.19, n.3, p.73-83, 2013.

BEZERRA, G.D. *et al.* O impacto da pandemia por covid-19 na saúde mental dos profissionais da saúde: revisão integrativa. **Revista enfermagem atual in derme**. Edição especial covid19, e-020012. 2020.

BEGNINI, D. *et al.* Heroínas em tempos de Covid-19: visibilidade da enfermagem na pandemia. *Revista Gaúcha Enfermagem*. v.42, n. (spe), p. e20200373, 2021.

BITTENCOURT, R.N. Pandemia, isolamento social e colapso global. **Revista espaço acadêmico**, v. 19, n. 221, p. 168-178, 2020.

BITTENCOURT, S.M.; ANDRADE, C.B. Trabalhadoras da saúde face à pandemia: por uma análise sociológica do trabalho de cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n.3, p. 1013 - 1022. 2021.

BOFF, S. R.; OLIVEIRA, A. G. Aspectos fisiológicos do estresse: uma revisão narrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 17, p. 01-12, 2021.

BOGOCH, I. I. *et al.* Pneumonia of unknown etiology in Wuhan, China: potential for international spread via commercial air travel. **J. Travel Med**, v. 27, n. 2, taaa008, mar. 2020.

BOLETIM PANDEMIA COVID-19. **Pandemia de Covid-19**: a saúde dos trabalhadores de saúde no enfrentamento da pandemia da Covid-19. 2020. Disponível em:

<http://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/boletim-covida-5-trabalhadores-da-saude.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2022

BORGES, E.M.N. *et al.* Perceptions and experiences of nurses about their performance in the COVID-19 pandemic. **Revista Rene**. v. 22, e60790, 2021.

BRAGA, R. A tempestade perfeita: Autoritarismo, trabalho e pandemia. Dilemas: **Revista de Estudos de Conflito e Controle Social**, p. 1-12, 2020.

BRASIL, MINISTÉRIO DO TRABALHO. PORTARIA MTB nº 877, de 24 de outubro de 2018 - **NR 6 - Equipamento de Proteção Individual** - EPI. 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho/pt-br/inspecao/seguranca-e-saude-no-trabalho/normas-regulamentadoras/nr-06.pdf>. Acesso em: 4 ago. 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia Covid**. 2020. Recomendações para gestores. Fiocruz. Disponível em: <http://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/Sa%C3%BAde-Mental>. Acesso em: 6 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigilância em saúde no Brasil 2003-2019: da criação da Secretaria de Vigilância em Saúde aos dias atuais. **Bol. Epidemiol.** 2019. 154p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466/2012. **Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. 12 p. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução no 510, de 7 de abril de 2016. Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em ciências humanas e sociais. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2021.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública. Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública para Infecção Humana pelo Novo Coronavírus (COE-nCoV). Especial: doença pelo Coronavírus 2019. **Boletim Epidemiológico**. Brasília, DF, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS): Guia de Vigilância Epidemiológica do COVID-19**. Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, 2021. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 16 jun. 2021.

BRITO, F. S.; SOUZA, A. P. O impacto emocional causado pela pandemia do novo coronavírus aos profissionais de enfermagem: Uma revisão integrativa. **RSD**. v. 10, n. 7, p. e42210716934, 2021.

BROOKS, S. K. *et al.* The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. **The Lancet**. v. 395, n.10227, p. 912-920, feb. 2020.

BUCCHI, S. M. *et al.* Enfermeiro instrutor no processo de treinamento admissional do enfermeiro em unidade de terapia intensiva. **Acta Paul Enfermagem**. v.24, n.3, p.381-387, 2011.

BURLA, R. S. *et al.* Anatomofisiologia do estresse e o processo de adoecimento. **Vértices**, v. 20, n. 2, p. 01-11, 2018.

BUTANTAN. **Seis fatos sobre a Ômicron, a variante mais transmissível da Covid-19**. 2022. Disponível em: <https://butantan.gov.br/noticias/seis-fatos-sobre-a-omicron-a-variante-mais-transmissivel-da-covid-19>. Acesso em: 18 nov. 2022.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas psicol. (Online)**. v. 21, n. 2, p. 513-518, dez. 2013.

CARDOSO, C. A. B. **Estresse ocupacional**: consequências na saúde e qualidade de vida do enfermeiro. Monografia - Faculdade e Escola, Tapejara/RS, 2019.

CAO, Z. *et al.* Estimating the effective reproduction number of the 2019-nCoV in China. **MedRxiv**, v. 29, 2020.

CARVALHO, D. B.; ARAÚJO, T. M.; BERNARDES, K. O. Transtornos mentais comuns em trabalhadores da Atenção Básica à Saúde. **Rev. Bras. Saúde ocupacional**, v. 41, n.17, p.1-13, 2016.

CARR, D. *et al.* (2020). Bereavement in the Time of Coronavirus: Unprecedented Challenges Demand Novel Interventions. **Journal of Aging & Social Policy**. v.32, n. 5, p. 425-431, 2020.

CARVALHO, M. C. *et al.* Pressão arterial, excesso de peso e nível de atividade física em estudantes de universidade pública. **Arq. Bras. Cardiologia**. v. 95, n. 2, p.192-199, 2010.

CARVALHO, P. R. **Profissionais de saúde precisam estar protegidos, pois fazem parte da infraestrutura de resposta a esta epidemia**. 2022. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/profissionais-de-saude-precisam-estar-protetidos- pois-fazem-parte-da>. Acesso em: 30 set. 2022.

CARVALHO, M. V. B. O cuidar de enfermagem hoje: uma arte que se renova, uma ciência que se humaniza. **Rev. Tec. Cient. Enfermagem**. v. 1, n.6, p.435-442, 2003.

CASTRO, P. Teoria das representações sociais em S. Moscovici. **Análise Social**, v. 37, n. 164, p. 949-979, 2002.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Sintomas de estresse em trabalhadores de cinco núcleos de Saúde da Família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 12, n. 1, p.14-21, 2004.

CAVALCANTE, F. L. N. F. *et al.* Depressão, ansiedade e estresse em profissionais da linha de frente da COVID-19. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**. n. 27, p. 6-20, 2022.

CAVALHEIRO, A.M.; MOURA, D. F. J.; LOPES, A. L. Estresse de enfermeiros com atuação em unidade de terapia intensiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v.16, n.1, p.29-35, 2008.

CEBERIO, M. R. **Viejas y nuevas familias**. La transición hacia nuevas estructuras familiares. 2006. Disponível em: <http://www.psiquatria.com>. Acesso em: 12 jun. 2022.

CESTARI, V. R. F *et al.* Vulnerabilidade social e incidência de COVID-19 em uma metrópole brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.26, n.3, p.1023-1033, 2021. Acesso em: 25 jul. 2022.

CHAMON, E. M. O. Q. Estresse e estratégias de enfrentamento: o uso da Escala Toulousaine no Brasil. **Rev. psicol. Organ. Trab.** v. 6, n. 2, p. 43-64, dez. 2006.

CHAMON, E. M. Q. O.; CHAMON, M. A. Representação Social e Risco: Uma abordagem Psicossocial. In: CHAMON, E. M. Q. O. (organizadora). **Gestão de organizações públicas e privadas**: uma abordagem interdisciplinar. Rio de Janeiro: Brasport, 2007. p. 103-141.

CHAMON, E. M. O. Q.; SANTOS, O. A. S.G.; CHAMON, M. A. Estresse e estratégias de enfrentamento: instrumentos de avaliação e aplicações. In: XXXII Encontro da ANPAD – Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Administração, Rio de Janeiro. **Anais EnANPAD**, 2008.

CHENG, Z. J.; SHAN, J. Novel coronavirus: where we are and what we know. **Infection**, v. 48, n. 2, p. 155-163, Apr. 2020.

CHEW, N. W. S. *et al.* A multinational, multicentre study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID-19 outbreak. **Brain Behav Immun**. v. 88, p. 559-565, 2020.

CHIN, D.L.; NAM, S.; LEE, S. J. Occupational factors associated with obesity and leisure-time physical activity among nurses: A cross sectional study. **Int J Nurse Stud**, n.57, p. 60-69, 2016.

CHOU, R. *et al.* Epidemiology of and risk factors for coronavirus infection in health care workers: A living rapid review. **Ann Intern. Med.** v.173, n.2, p.120-136, 2020.

COFEN-PR. **Canal de apoio atende média de 130 profissionais de Enfermagem por dia**. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/canal-de-apoio-atende-media-de-130-profissionais-de-enfermagem-por-dia_79375.html. Acesso em: 18 mar.2023.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Enfermagem em números**. 2020. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>. Acesso em: 10 ago. 2022.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Enfermagem em números**. 2021. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>. Acesso em: 7 maio. 2022.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Observatório da Enfermagem**. Profissionais infectados com Covid 19 informado pelo serviço de saúde. 2023. Disponível em: <http://observatoriodaenfermagem.cofen.gov.br/>. Acesso em: 08 jan. 2023.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Enfermagem em números**. 2022. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>. Acesso em: 5 de agosto de 2022.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Análise de dados dos profissionais de enfermagem existentes nos Conselhos Regionais**. 2011. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/pesquisaprofissionais.pdf>. Acesso em 20 set. 2022.

CONZ, C. A. *et al.* Vivência de enfermeiros que atuam na Unidade de Terapia Intensiva com pacientes infectados pela COVID-19. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, 2021.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DA INDÚSTRIA. **Sondagem especial** - Ano 20, n. 77, maio/2020, Confederação Nacional da Indústria. – Brasília: CNI, 2020.

CORRADI, E.M.; ZGODA, L.T.R.W.; PAUL, M.F.B. O gerenciamento de conflitos entre a equipe de enfermagem. *Cogitare Enfermagem*. v.13, n.2, p. 184-93, 2008.

COREN. Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo. **O adoecimento dos profissionais de enfermagem/Percepção do sofrimento mental dos profissionais de enfermagem em meio à pandemia da Covid-19**. 2021. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2021/09/Sondagem-Coren-SP-saude-mental-pandemia-2021-1.pdf>

COREN. Conselho Regional de Enfermagem São Paulo. COREN-SP. **Apresenta lista de ações após sondagem sobre adoecimento mental**. 2020. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/noticias/coren-sp-apresenta-lista-de-acoes-apos-sondagem-sobre-adoecimento-mental>. Acesso em: 15 abr. 2022.

COREN-AL. Conselho Regional de Enfermagem de Alagoas. Lança campanha “**Nem anjos, nem heróis. Somos Profissionais, somos enfermagem**”. Maceió; 2020. Disponível em: <http://al.corens.portalcofen.gov.br/coren-al-lanca-campanha-do-mes-da-enfermagem-nem-anjos-nem-herois-somos-profissionais-somos-enfermagem/>. Acesso em: 12 jul. 2022.

CORONETTI, A. *et al.* O estresse da equipe de enfermagem na unidade de terapia intensiva: o enfermeiro como mediador. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. v. 35, n. 4, p. 36-43, 2006.

COSTA, D. T.; MARTINS, M. C. F. Estresse em profissionais de enfermagem: impacto do conflito no grupo e do poder do médico. **Rev. Esc. Enfermagem. USP**. v. 45, n. 5, p.1191-1198, 2011.

COSTA, A. C. B.; VENTURA, A. **O estresse e seus impactos no ambiente de trabalho**. Curso Superior de Tecnologia em Gestão Empresarial, FATEC, p. 1-17, 2019.

COSTA, C. **Estresse ocupacional em profissionais da área da saúde**. 2021. 66f. Monografia - Faculdade e Escola, Tapejara/RS, 2021.

CRESWELL, J. W. **Projeto de Pesquisa: Métodos Qualitativos, Quantitativos e Misto**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CUNHA, A. P.; SOUZA, E. M.; MELLO, R. Os fatores intrínsecos ao ambiente de trabalho como contribuintes da síndrome de burnout em profissionais de enfermagem. **Revista Pesquisa Cuidado Fundamental**. ed. supl. p.29-32, 2012.

DAVID, H. M. S. L. *et al.* Pandemics, crisis conjunctures, and professional practices: what is the role of nursing with regard to Covid-19? **Rev. Gaúcha Enfermagem**, v. 42, n. (spe), p.e20200254, 2021.

DAL’BOSCO, E. B. *et al.* A saúde mental da enfermagem no enfrentamento da COVID-19 em um hospital universitário regional. **Revista Brasileira Enfermagem**. v.73, n.2, e20200434, 2020.

DANZMANN, P. S.; SILVA, A. C. P.; GUAZINA, F. M. N. Atuação do psicólogo na saúde mental da população diante da pandemia. **Journal of Nursing Hand Health**, v, 10, n. esp. 2020.

DENNING, M. *et al.* Determinants of burnout and other aspects of psychological well-being in healthcare workers during the Covid-19 pandemic: A multinational cross-sectional study. **PloS one**, v.16, n.4, 2021.

DINO, F. Coronavírus e fascismo: patologias que desafiam o Brasil. In: TOSTES, A.; MELO FILHO, H. (org.). **Quarentena: reflexões sobre a pandemia e depois**. 1. ed. Bauru: Canal 6 Editora, 2020.

DOISE, W. Sistema e metassistema. In: ALMEIDA, A. M. O.; SANTOS, M. F. S.; TRINDADE, Z. A. (org.). **Teoria das representações sociais: 50 anos**. Brasília: Technopolitik, 2011. p. 123-156.

DUAN, L.; ZHU, G. Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. **Lancet Psychiatry**, v. 7, n.4, p. 300-302, Feb. 2020.

DUARTE, M. Q. *et al.*, COVID-19 e os impactos na saúde mental: uma amostra do Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciênc. Saúde coletiva**, v. 25, n.9, p. 3401-3411, 2020.

DUARTE, M. de L. C.; SILVA, D. G.; BAGATINI, M. M. C. Enfermagem e saúde mental: uma reflexão em meio à pandemia de coronavírus. **Revista Gaúcha Enfermagem**. v. 42, 2021.

DRUMMOND, J. P. Dor pós-operatória crônica: a afecção negligenciada. **Revista Dor**. v.13, n.3, p.199, 2012.

DYE, T. *et al.* Risk of COVID-19-related bullying, harassment and stigma among healthcare workers: an analytical cross-sectional global study. **BMJ Open**, v. 10, n. 12, 2020.

EMILIANI, F. **A realidade das pequenas coisas: a psicologia do cotidiano**. São Paulo: Senac São Paulo, 2009.

EMANUEL, E. *et al.* Fair allocation of scarce medical resources in the time of COVID-19. **Eng. J Med.** v. 382, n. 21, p. 2049-2055, 2020.

ENUMO, S. R. F. *et al.* Enfrentando o estresse em tempos de pandemia: proposição de uma Cartilha. **Estud. Psicologia.** v. 37, e200065, 2020.

FARIAS, S. M. C. *et al.* Caracterização dos sintomas físicos de estresse na equipe de pronto atendimento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP.** v.45, n.3, p.722-729, 2011.

FARO, A. *et al.* Covid-19 e saúde mental: a emergência do cuidado. **Estud. Psicologia.** v. 37, e200074. 2020.

FERGUSON, N. *et al.* Report 9: impact of Non-Pharmaceutical Interventions (NPIs) to reduce COVID19 mortality and healthcare demand London: **Imperial College**, p. 1-20, 2020.

FELIX, D. B.; MACHADO, D. Q.; SOUSA, E. F. Análise dos níveis de estresse no ambiente hospitalar: Um estudo com profissionais da área de enfermagem. **Revista de Carreiras e Pessoas.** v. 7, n. 2, p. 530-543, 2017.

FERRAZ, L. M. R. Saúde e política na crise da Covid-19: apontamentos sobre a pandemia na imprensa brasileira. **Reciis – Rev. Eletrôn. Comun Inf. Inv. Saúde**, Rio de Janeiro, v.14, n. 2, p. 273-278, abr./jun. 2020.

FERREIRA, M. A, FIGUEIREDO, N. M. A, ARRUDA, A. A expressão de gênero nas representações de clientes hospitalizados sobre o cuidar e o cuidado de enfermagem. **Cad. Saúde Coletiva.** v.10, n. 2, p.111-123, 2002.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário da Língua Portuguesa.** 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986, p. 233.

FERREIRA, M. A. Teoria das representações sociais e contribuições para as pesquisas do cuidado em saúde e de enfermagem. **Escola Anna Nery.** v. 20, n. 2, p. 214-219, 2016.

FERREIRA, L. R. C.; DE MARTINO, M.M.F. Stress no cotidiano da equipe de enfermagem e sua correlação com o cronótipo. **Estudos de Psicologia.** v. 26, n. 1, p. 65-72, 2009.

FERREIRA, A. M. T. *et al.* Estratégias de promoção de saúde mental para o enfermeiro durante a pandemia pela Covid-19. In: KLAUSS, J. **Os profissionais de saúde durante a pandemia de COVID-19: Atitudes e Barreiras.** 1. ed. Guarujá, SP: Editora Científica Digital, 2022, p.89-105. Disponível em: <https://www.editoracientifica.com.br/books/livro-os-profissionais-de-saude-durante-a-pandemia-de-covid-19-atitudes-e-barreiras-vol-1>. Acesso em: 08 mar. 2023.

FIOCRUZ. - Fundação Oswaldo Cruz. **InfoGripe.** Situação da gripe, 2021. Disponível em: <http://info.gripe.fiocruz.br/>. Acesso em: 30 jun. 2021.

FIOCRUZ. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. 2020. **Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19: processo de luto no contexto da COVID-19** Rio de Janeiro: Autor. Disponível em: <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp->

<content/uploads/2020/04/Sa%c3%bade-Mental-e-Aten%c3%a7%c3%a3o-Psicossocial-na-Pandemia-Covid-19-processo-de-luto-no-contexto-da-Covid-19.pdf>. Acesso em: 12 set. 2022.

FIORILLO, A.; GORWOOD, P. The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. **Eur. Psychiatry**, v. 63, n. 1, p. 1-4. 2020.

FOGAÇA, M. C.; CARVALHO, W. B.; NOGUEIRA-MARTINS, L. A. Estudo preliminar sobre a qualidade de vida de médicos e enfermeiros intensivistas pediátricos e neonatais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 44, n.3, p. 708-712, 2010.

FOLLADOR, N. N.; CASTILHO, V. O custo direto do programa de treinamento em ressuscitação cardiopulmonar em um hospital universitário. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 41, n.1, p. 90-96, 2007.

FONSECA, R.; MORAES, P.M.; CHAMON, E.M.Q.O. Liderança e representação social. In: CHAMON, E.M.Q.O. (org.) **Representações sociais e práticas organizacionais**. Rio de Janeiro: Brasport, 2009.

FORTE, E. C. N.; PIRES, D.E.P. Nursing appeals on social media in times of coronavirus. **Rev. Bras. Enferm**, v.73, v. (suppl 2), p.e20200225, 2020.

FRANÇA, A. C. L.; RODRIGUES, A. R. L. **Estresse e Trabalho: Uma abordagem psicossomática**, 4. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

FREITAS, B. H. B. M. *et al.* O trabalho emocional em enfermagem pediátrica face às repercussões da COVID-19 na infância e adolescência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 42, 2021.

FREITAS, F. G.; JESUS, G. T. de; OLIVEIRA, L. R. M. C. de. Os efeitos da prática da meditação para redução e controle da ansiedade. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 17, 2022.

FUNDAÇÃO ONCOCENTRO DE SÃO PAULO. **Caracterização da assistência oncológica nas Redes Regionais de Atenção à Saúde no estado de São Paulo**. 2014. Disponível em: <http://www.fosp.saude.sp.gov.br:443/boletinsRaas/Boletim-RRAS17.pdf>. Acesso em: 8 set. 2022.

G1. **Falta de amparo e equipamentos em UTIs**. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/globonews/globonews-em-ponto/video/coronavirus-enfermeiros-do-rio-alegam-falta-de-amparo-e-equipamentos-em-utis-8503345.ghtml>. Acesso em 20 mar. 2022.

GALLASCH, S. H.; CUNHA, M. L.; PEREIRA, L. A. de S.; SILVA-JUNIOR, J. S. Prevenção relacionada à exposição ocupacional do profissional de saúde no cenário de Covid-19. **Revista Enfermagem UERJ**. v. 28, e49596, 2020.

GALIAZZI, M. C.; MORAES, R.; RAMOS, M. G. Educar pela pesquisa: as resistências sinalizando o processo de profissionalização de professores. **Educar em Revista**. v. 21, p. 01-15, 2003.

GEROLIN, F. S. *et al.* Ações de lideranças da Enfermagem na organização do atendimento hospitalar a pacientes com COVID-19. **Enfermagem em Foco**. v. 11, n. 2, p. 205-210, 2020.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GÓES, F. G. B. *et al.* Desafios de profissionais de Enfermagem Pediátrica frente à pandemia da COVID-19. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 28, 2020.

GOIS, A. R. S.; ABRÃO, F.M.S.; FRANÇA, I.S.X. Processo de morte de pacientes e famílias segundo o enfermeiro. **Rev. Aten. Saúde**. v. 17, n. 59, p. 44-52. 2019.

GOMES, R. **Mortes pela covid-19 crescem 45% nos bairros pobres em uma semana**. Rede Brasil Atual. 2020. Disponível em: <https://www.redebrasilatual.com.br/cidadania/2020/04/mortes-por-covid-19-periferia/>
Acesso em: 21 maio. 2020.

GORDON, J. M.; MAGBEE, T.; YODER, L. H. The experiences of critical care nurses caring for patients with COVID-19 during the 2020 pandemic: a qualitative study. **Applied Nursing Research**. v. 59, 151418, 2021.

GRECO, R. M. **A gerência de conflitos em Enfermagem**. Material Instrucional (Disciplina Administração em Enfermagem II) – Faculdade de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Básica, UFJF, 2011. Disponível em: <http://www.ufjf.br/admenf/files/2011/08/A-Ger%C3%Aancia-de-Conflitos-em-Enfermagem.pdf>. Acesso em: 02 mar. 2023.

GRISOTTI, M. *et al.* A morte contaminada: a experiência da morte por Covid-19 na perspectiva de profissionais da saúde. In: PORTELA, M. C. *et al.* **Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz, Editora Fiocruz, 2022, pp. 309-319.

GUARESCHI, P. A. Representações sociais e ideologia. **Rev. Cienc. Hum**, Florianópolis, Edição Especial, v. 1, n.1, p. 33-46, 2000.

GUERRER, F. J. L.; BIANCHI, E. R. F. Caracterização do estresse nos enfermeiros de unidades de terapia intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v.42, n.2, p.355-62, 2008.

GONÇALVES, A. M.; SENA, R. R. Assistir/cuidar na enfermagem. **Revista Mineira Enfermagem**, v.2, n. 1, p.2-7, 1998.

HALLAL, P. C. *et al.* Evolução da pesquisa epidemiológica em atividade física no Brasil: revisão sistemática. **Revista Saúde Pública**, v. 41, n. 3, p. 453-460, 2007.

HEYMANN, D. L.; SHINDO N. COVID-19: what is next for public health? **Lancet**, v. 395, n. 10224, p.542-545, 2020.

HUANG, L. *et al.* Special attention to nurses' protection during the Covid-19 epidemic. **Critical Care**, v. 24, n. 120, 2020.

HUMEREZ, D. C. *et al.* Saúde mental dos profissionais de enfermagem do Brasil no contexto da pandemia de COVID-19: ação do conselho federal de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 25, n. e74115, 2020.

IACONO, M.V. Nurses in Conflict: Providing Care in Extraordinary Times. **J Perianesth Nurse**. v. 35, n. 2, p. 217-18, 2020.

IASC. **Guia preliminar**: como lidar com os aspectos psicossociais e de saúde mental referente ao surto de COVID-19. Genebra: IASC, 2020.

IBGE. **Estimativas de 2021**. Disponível em:
https://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2021/estimativa_dou_2021.pdf
Acesso em 22 nov.2022.

INGRAVALLO, F. Death in the era of the COVID-19 pandemic. **The Lancet Public Health**, v. 5, n. 5, p. e258, 2020.

INOCENTE, N.J. Estresse ocupacional: origem, conceitos, relações e aplicações nas organizações e no trabalho. In: CHAMON, E.M.Q.O. (org.). **Gestão e comportamento humano nas organizações**. Rio de Janeiro: Brasport, p.141-152, 2007.

INSTITUIÇÃO HOSPITALAR. **Hospital da Região Metropolitana do Vale do Paraíba e Litoral Norte**. 2021.

JCI. **Alerta de Evento Sentinela 62**: Profissionais de saúde em meio à crise. 2021. Chicago: A Comissão Conjunta, v.62, p. 1-7. Disponível em:
<https://www.jointcommission.org/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/Sentinel>.
Acesso em: 22 ago. 2022.

JERICÓ, M. C. **Análise dos custos dos programas de treinamento e desenvolvimento de pessoal de uma organização hospitalar**. Dissertação - Universidade de São Paulo, 2001.

JERICÓ, M. C. J.; CASTILHO, V. Treinamento e desenvolvimento de pessoal de enfermagem: um modelo de planilha. **Rev. Esc. Enferm USP**, v. 38, n. 3, p. 326-331, 2004.

JERICÓ, M. C.; CASTILHO, V.; PERROCA, M. G. Programa de treinamento sobre método de coleta de material para exame microbiológico em um hospital de ensino: investimento e avaliação dos resultados. **Revista Latino Americana Enfermagem**, v. 14, n.5, p.749-54, 2006.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D. (org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: Eduerj, 2001, p. 17-44.

JONES, A.; CLARK, J.; MOHAMMAD, R. Burnout and secondary traumatic stress in health-system pharmacists during the COVID-19 pandemic. **Am J Health Syst Pharm**, v. 78, n. 9, p. 818 - 824, 2021.

JOVCHELOVITCH, S. **Os contextos do saber** – Representações, comunidade e cultura. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

- KARASEK, R. A. *et al.* The Job Content Questionnaire (JCQ): An instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. **J Occup Health Psychology**, v. 3, n. 4, p. 322-355, 1998.
- KATZ, M. H. **Study Design and Statistical Analysis**. New York: Cambridge University Press, 2006.
- KERR, L. *et al.* COVID-19 no Nordeste brasileiro: sucessos e limitações nas respostas dos governos dos estados. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 25, n. supl.2, p. 4099-4120, 2020.
- KIRBY, E. E. F. *et al.* COVID-19 e suas influências psíquicas na percepção da equipe de enfermagem da atenção paliativa oncológica. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 25, n. 1, 2021.
- KIRCHHOF, A. L. C. *et al.* Condições de trabalho, características sociodemográficas e distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores de enfermagem. **Texto & contexto enfermagem**. v. 18, n. 2, p. 215-223, 2016.
- KÜBLER-ROSS, E. **A roda da vida**. 8. ed. Rio de Janeiro: Sextante, 1998, p.318.
- KUHNEN, M. *et al.* Tabagismo e fatores associados em adultos: um estudo de base populacional. **Revista Brasileira Epidemiologia**. v. 12, n. 4, p. 615-26, 2009.
- LAHLOU, S. Difusão de representações e inteligência coletiva distribuída. *In*: ALMEIDA, A. M. O.; SANTOS, M. F. S.; TRINDADE, Z. A. (org.). **Teoria das representações sociais: 50 anos**. Brasília: Technopolitik, 2011. p. 59-97.
- LAI, J. *et al.* Factors Associated with Mental Health Outcomes among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. **JAMA**. v. 3, n. 3, e203976, 2020.
- LAMPERT, A. N. *et al.* Conflitos gerenciais: dificuldades para enfermeiro gerente. **REAS**. v.2, n.3, p. 96-105, 2013.
- LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. **Stress, appraisal and coping**. New York: Springer Publishing Company, 1984.
- LAZZAROTO, P.K. *et al.* Estratégias de enfrentamento utilizadas pela equipe de enfermagem no cuidado ao paciente oncológico e família. **Rev. Enferm. UFSM**. v.4, n.4, p.718-726, 2018.
- LEITE JÚNIOR, J. A. P. **Estresse, estratégias de enfrentamento e qualidade de vida no ambiente de trabalho**: um estudo em um instituto de pesquisas. Dissertação (Mestrado em Gestão e Desenvolvimento Regional). Universidade de Taubaté, Taubaté, 2009.
- LEMOS, M. C. *et al.* Satisfação no trabalho da enfermagem em UTI. **Rev. Pesqui.** (Univ. Fed. Estado Rio J., Online), Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, p. 2890-2900, 2012.
- LEMOS, R. C. A.; ROSSI, L.A. O significado cultural atribuído ao centro de Terapia Intensiva por clientes e seus familiares: um elo entre a beira do abismo e a liberdade. **Revista Latino-americana Enfermagem**. v.10, n.3, p. 345-57, 2002.

LEMOS, V. A.; BAPTISTA, M. N.; CARNEIRO, A. M. Suporte familiar, crenças irracionais e sintomatologia depressiva em estudantes universitários. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 31, n. 1, p. 20-29, 2011.

LESSARD-HÉBERT, M. *et al.* **Investigação qualitativa fundamentos e práticas**. 4. ed. Lisboa: Instituto Piaget, 2010.

LEONEL, F. **Pesquisa analisa o impacto da pandemia entre profissionais de saúde**. 2021. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/pesquisa-analisa-o-impacto-da-pandemia-entre-profissionais-de-saude>. Acesso em: 6 de outubro de 2022.

LIMA, F. V. **Correlação entre variáveis preditoras de estresse e o nível de estresse**. 2005. 145 p. Dissertação (Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Educação Física) Universidade Católica de Brasília, 2005.

LIMA, V. M. R.; RAMOS, M. G. Percepções de interdisciplinaridade de professores de Ciências e Matemática: um exercício de análise textual discursiva. **Revista Lusófona de Educação**, v. 36, p. 163-177, 2017.

LIMA, T. S. **Estresse ocupacional no ambiente de trabalho**. 2018. 48f. Monografia (Especialização em Engenharia de Segurança do Trabalho) Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Londrina, 2018.

LIMA, S. B. S. *et al.* Conflitos gerenciais e estratégias de resolução pelos enfermeiros gerentes. **Revista Enfermagem UFSM**. v.4, n.2, p. 419-428, 2014.

LIMA, C. F.; SOARES, A. J. C. Estresse, atenção e efeitos na aprendizagem de adultos: dados da literatura. **Revista contemporânea de educação**. v. 14, n. 31, 2019.

LIU, S. *et al.* Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. **The Lancet Psychiatry**, v7, e17-e18, 2020.

LIU, T. *et al.* Transmission dynamics of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV). **BioRxiv**, v. 26, jan. 2020.

LIPP, M. E. N. Validação Empírica do Inventário de Sintomas de Stress (ISS). **Estudos Psicologia**, v.11, n.3, p.43-49, 1994.

LIPP, M. E. N.; MALAGRIS, L. E. N.; NOVAIS, L. E. **Stress ao longo da vida**. São Paulo: Editora Ícone. 2007.

LLAPA-RODRIGUEZ, E. O. *et al.* Estresse ocupacional em profissionais de enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**. v. 26, p. 01-05, 2018.

LOPES, G. V.; COSTA, K. F. Impactos e desdobramentos da pandemia da COVID-19 na Atenção Básica: um relato de experiência. **Revista Saúde em Redes**, v. 6, n. (Supl. 2), p.7-16, 2020.

LOPES, L. M. S.; SOUSA, P. V. C.; PASSOS, S. G. Saúde mental dos profissionais de enfermagem que atuam na linha de frente da Covid-19: revisão literária. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**. v. 5, n. 10, p. 294-304, 2022.

LOURES, M. C. **Avaliação da depressão, do estresse e da qualidade de vida em alunos no início e final do curso da Universidade Aberta da Terceira Idade**. 180p. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Faculdade de Ciências da Saúde de Brasília, Brasília, 2001.

LUCCA, S. R.; RODRIGUES, M. S. D. Absenteísmo dos profissionais de enfermagem de um hospital universitário do estado de São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**. v.13, n. 2, p. 76-82, 2015.

LUDWIG, E.F.S.B. *et al.* Pandemia da COVID-19: percepção dos profissionais de saúde sobre a assistência aludida em mídia televisiva. **Revista Brasileira Enfermagem**. v.74, e20201258. 2021.

LUZ, E. M. F. *et al.* Repercussões da Covid-19 na saúde mental dos trabalhadores de enfermagem. **Rev. Enferm. Cent. Oeste Min**, v.10, e3824, 2020.

MACEDO, Y. M. *et al.* COVID-19 no Brasil: o que espera para população subalterna? **Rev. Enc. Edu Cult e Sociedade**, v.2, p. 01-10, 2020.

MACHADO, D. A. *et al.* O esgotamento dos profissionais de enfermagem: uma revisão integrativa sobre a síndrome de Burnout em UTI. **Rev. Pesqui.** v. 4, n. 4, p. 2765-2775, 2012.

MACHADO, M. H. (coord.), *et al.* **Relatório final da Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil** (Convênio: Fiocruz/Cofen). Rio de Janeiro:2 8 volumes, NERHUS-DAPS Ensp/Fiocruz e Cofen, 2017. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/pdfs/relatoriofinal.pdf>. Acesso em 3 de julho de 2022.

MACHADO, M. H. *et al.* Características gerais da enfermagem: O perfil sócio demográfico. **Enferm. Foco**, v.6, n. (1-4), p.11-7, 2015.

MACHADO, M. H. *et al.* **A pandemia prolongada e os trabalhadores da saúde no front: uma encruzilhada perigosa**. 2022. Disponível em: <https://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/52640>. Acesso em 3 de julho de 2022.

MACHADO, M. H.; CARVALHO, A. I.; CAMPOS, F. E. **Com a palavra, os profissionais**. Radis, 2020. Disponível em: <https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/home/reportagem/com-a-palavra-os-profissionais>. Acesso em: 30 jun. 2022.

MACHADO, H. M. B.; LOPES, J. G. F.; ALVES, K. E. S. O impacto da COVID-19 na rotina de trabalho dos profissionais de enfermagem. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 5, p. 01-09, 2022.

MAESTRI, E. *et al.* Estratégias para o acolhimento dos familiares dos pacientes na unidade de terapia intensiva. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 20, n. 1, p. 73-78, 2012.

MAHONEY, A. A.; ALMEIDA, L. R. Afetividade e processo ensino-aprendizagem: contribuições de Henri Wallon. **Psicologia da Educação**. v.20, p.11-30, 2005.

MAIA, S.C. **Análise ergonômica do trabalho do enfermeiro na unidade de terapia intensiva**: proposta para a Minimização do estresse e melhoria da qualidade de vida no trabalho. 173 p. Dissertação. Universidade Federal de Santa Catarina, 1999.

MANTOVANI, V. M. *et al.* Absenteísmo por enfermidade em profissionais de enfermagem. **Revista Mineira Enfermagem**. v. 19, p.3, p. 641-646, 2015.

MANZINI, E. J. Entrevista Semiestruturada: análise de objetivos e de roteiros. *In*: **Seminário Internacional sobre pesquisa e estudos qualitativos**. 2. ed. Bauru, 2004.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos da metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2005, 203 p.

MARÇAL, P.; ROSSO, M. L. **Saúde do trabalhador**: fatores de estresse ocupacional e estratégias de enfrentamento. 2018. 26f. Monografia (Graduação em psicologia da universidade do sul de Santa Catarina) Universidade do Sul de Santa Catarina, Santa Catarina, 2018.

MARINHO, R.C. **Estresse ocupacional, estratégia de enfrentamento e Síndrome de Burnout: um estudo em hospital privado**. 118 p. Dissertação. Universidade de Taubaté, Taubaté-SP, 2005.

MARQUES, A. C. C. *et al.* Dilemas vividos pela equipe de enfermagem no cuidado ao paciente com COVID-19 na UTI: Revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 12, 2021.

MARQUES, D.O. *et al.* O absenteísmo - doença da equipe de enfermagem de um hospital universitário. **Revista Brasileira Enfermagem**, v. 68, n. 5, p. 876 - 882, 2015.

MARTINS, C. C. F. *et al.* Reflexos do trabalho na qualidade de vida de enfermeiros. **Rev. Pesquisa**. v. 4, n.4, p. 2966-2971, 2012.

MARVALDI, M. *et al.* Anxiety, depression, trauma-related, and sleep disorders among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta- analysis. *Neuroscience Bio behavioral Reviews*. v. 126, p. 252-264, 2021.

MASCARELLO, K. C. *et al.* Hospitalização e morte por COVID-19 e sua relação com determinantes sociais da saúde e morbidades no Espírito Santo: um estudo transversal. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v. 30, n.3, p. 01-12, 2021.

MANETTI, M.L.; MARZIALE, M.H.P. Fatores associados à depressão relacionada ao trabalho de Enfermagem. **Estudos de Psicologia**, v. 12, n. 1, p. 79-85, 2007.

MATOS, R. L.; ARAÚJO, M. R. M. Vulnerabilidade ao Estresse e Estratégias de Enfrentamento: um Estudo Comparativo no Ambiente Hospitalar. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 13, n. 2, p. 65-81, 2021.

MEDEIROS, A.Y.B.B. *et al.* Fases psicológicas e sentido da vida em tempos de isolamento social pela pandemia de COVID-19 uma reflexão a luz de Viktor Frankl. **Res. Soc. Dev**, v. 9, n. 5, e122953331, 2020.

MENDES, M. *et al.* Nem anjos, nem heróis: discursos da enfermagem durante a pandemia por coronavírus na perspectiva foucaultiana. **Rev. Bras. Enferm**, v.75, n. (Supl 1), p.e20201329, 2022.

MENDONÇA, P. B. S. *et al.* **Mudanças nas condições de trabalho dos trabalhadores da saúde em tempos de pandemia**. Anais do 4º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão da Saúde. v. 4, p. 01-04, 2021.

MENZANI, G.; BIANCHI, E.R.F. Stress dos enfermeiros de pronto socorro dos hospitais brasileiros. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v.11, n.2, p.327-333, 2009.

MINAYO, M. C. S. *et al.* **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2002.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES. S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social teoria: método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2009.

MIRANDA, A. R. de O.; AFONSO, M. L. M. Estresse ocupacional de enfermeiros: uma visão crítica em tempos de pandemia. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 4, p. 34979-35000, 2021.

MODESTO NETO. *et al.* When health professionals look death in the eye: the mental health of professionals who deal daily with the 2019 coronavirus outbreak. *Psychiatry research*, v. 288, p. 112972, 2020.

MOLINA, O. F. **Estresse no cotidiano**. São Paulo: Pancast Editora, 1996.

MONTEIRO, C.F.S.; FREITAS J. F. M.; RIBEIRO, A. A. P. Estresse no Cotidiano dos Alunos de Enfermagem da UFPI. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**. v. 1, n. 11, p. 66-72, 2007.

MONTEIRO, L. F. *et al.* Índice de absenteísmo ocupacional da equipe de enfermagem durante os impactos da pandemia de COVID-19. **Brazilian Journal of Development**. v. 8, n. 4, p. 29031-29044, 2022.

MORAES, C. L. K. *et al.* A perspectiva dos enfermeiros sobre o acompanhante na UTI em tempos de COVID-19. **Global Academic Nursing Journal**. v. 2, n. 2, 2021.

MORAES, R.; GALIAZZI, M. C. **Análise textual discursiva**. Ijuí: Editora Unijuí, 2011.

MOREIRA, A. S.; LUCCA, S. R. de. Apoio psicossocial e saúde mental dos profissionais de enfermagem no combate ao covid-19. **Enfermagem em foco**. v. 11, n. 1, p.155-161, 2020.

MORRIS, S. E. *et al.* Caring for Bereaved Family Members During the COVID-19 Pandemic: Before and After the Death of a Patient. **Journal of Pain and Symptom Management**. v.60, n. 2, p. 70-74, 2020.

MORTIER, P. *et al.* Thirty-day suicidal thoughts and behaviors among hospital workers during the first wave of the Spain COVID-19 outbreak. **Depress Anxiety**, v. 38, n. 5, p. 528-44. 2021.

MORAES-FILHO, I. M. M.; ALMEIDA, R. J. Estresse ocupacional no trabalho em enfermagem no Brasil: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**. v. 29, n.3, p. 447-454, 2016.

MORAES, R. F. **Prevenindo conflitos sociais violentos em tempos de pandemia**: garantia da renda, manutenção da saúde mental e comunicação efetiva. Nota Técnica Abril, 2020. Disponível em:

https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/200403_nt_diest_n_27.pdf.

Acesso em: 27 jul. 2021.

MOSCOVICI, S. **A psicanálise**: sua imagem e seu público. Petrópolis: Vozes, 2012.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Tradução: Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.

MOSCOVICI, S. Prefácio. In: GUARESCHI, P. A.; JOVCHELOVITCH, S. (org.). **Textos em representações sociais**. Petrópolis. RJ: Vozes, 2009.

MOSCOVICI, S. Das representações coletivas às representações sociais: elementos para uma história. In: JODELET, D. (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: UERJ, p.18-66, 2001.

MOSCOVICI, S. **Representações Sociais**: investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes, 2010.

MOSCOVICI, S. **Representações Sociais**: investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes, 2003.

MOSER, C. M. *et al.* Saúde mental dos profissionais da saúde na pandemia do coronavírus (Covid-19). **Revista Brasileira de Psicoterapia**. v.1, p. 107-125, 2021.

MOTTA, O. J. R.; PAULO, A. S. Revisão de literatura: aspectos bioéticos da tomada de decisão do Enfermeiro em Terapia Intensiva. *Brazilian Journal of Health Review*. v. 3, n. 2, p. 2456-2474, 2020.

MOURA, T. S. de; SILVA, F. V. Ansiedade em quarentena: estratégias de governabilidade para os sujeitos ansiosos no decurso da pandemia da Covid-19. **Revista Brasileira de Linguística Aplicada**. v. 21, n.4, p. 1161-1191, 2021.

NASCIMENTO SILVA, G. (Re) conhecendo o estresse no trabalho: uma visão crítica. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**. v.12, n.1, p. 51-61, 2019.

NEGRÃO, C.E.; TINUCCI, T.; RONDON, M.U.P.B. Estratégias para mudanças de hábitos de vida-Exercício físico. **Cardio sintética**. v. 12, p. 13-15, 1999.

NESELLO, K. *et al.* Perfil epidemiológico, risco de agravamento e óbito por COVID-19 em cardiopatas no Brasil. **Journal Health NPEPS**. v. 7, n.1, p.01-13, 2022.

NIELSEN, M. K. *et al.* Predictors of complicated grief and depression in bereaved caregivers: A nationwide prospective cohort study. **Journal of Pain and Symptom Management**. v. 53, 540-550, 2017.

NISHIDE, V. M.; BENATTI, M. C. C.; ALEXANDRE, N. M. C. Ocorrência de acidente do trabalho em uma Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 12, n. 2, p. 204-211, 2004.

NOTA TÉCNICA Nº 16/2022-CGGRIPE/DEIDT/SVS/MS. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/notas-tecnicas/2022/nota-tecnica-no-16-2022-cggripe-deidt-svs-ms>. Acesso em: 17 nov.2022.

NOVARETTI, M. C. Z. *et al.* Sobrecarga de trabalho da enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 5, p. 692-699, 2014.

NUNES, M. R. A atuação do enfermeiro em unidade de terapia intensiva na pandemia de COVID-19: relato de experiência. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**. v. 12, n. 11, 2020.

OLINO, L. *et al.* Comunicação efetiva para a segurança do paciente: nota de transferência e Modified Early Warning Score. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v. 40, e20180341, 2019.

OLIVEIRA, D. C. Pontuando ideias sobre o desenvolvimento metodológico das representações sociais nas pesquisas brasileiras. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 58, n. 1, p. 86-90, 2005.

OLIVEIRA, L. C.; OLIVEIRA, L. **Estresse da equipe de enfermagem no ambiente de UTI**. 31 p. Monografia (Programa de Aprimoramento Profissional/SES) - Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo, Guarulhos, 2013.

OLIVEIRA, E. M. *et al.* Nível de estresse em enfermeiros de uma instituição hospitalar. **Nursing**, v. 21, n. 244, p. 2355-2359, 2018.

OLIVEIRA, R. D. *et al.* Afastamento do trabalho em profissionais de enfermagem por etiologias psicológicas. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v.26, n.4, p. 554-562, 2014.

OLIVEIRA, K. K. D. *et al.* Nursing Now e o papel da enfermagem no contexto da pandemia e do trabalho atual. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 42, n.1, 2020.

OLIVEIRA, A. V. *et al.* Estresse nas organizações e sua influência na produtividade. **AEMS**. v. 2, n. 14, 2014.

OLIVEIRA, E. A. Delimitando o conceito de stress. **Medicina do Trabalho**. v.3, p. 11-18, 2006.

OLIVEIRA, V.; PEREIRA, T. Ansiedade, depressão e burnout em enfermeiros-Impacto do trabalho por turnos. **Revista de Enfermagem Referência**. v. 3, n. 7, p. 43-54, 2012.

OLIVEIRA, F. O.; WERBA, G. C. Representações Sociais. In: STREY, M. N. **Psicologia social contemporânea**. Petrópolis: Vozes, 2005.

OMS. Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-americana da saúde (OPAS). Folha informativa - **COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus)** 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>. Acesso em: 29 jun. 2021.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Dia Mundial da Atividade Física**. 2022. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/06-4-dia-mundial-da-atividade-fisica/>. Acesso em: 12 set. 2022.

OMS. **O impacto do COVID-19 nos profissionais de saúde: um olhar mais atento sobre as mortes**. Departamento da Força de Trabalho em Saúde - Documento de Trabalho 1. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2021. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/345300>. Acesso em: 22 ago. 2022.

OSEI-POKU, G. *et al.* Safety Trade-Offs in Home Care during COVID-19: A Mixed Methods Study Capturing the Perspective of Frontline Workers. **J Patient Safe**. v.3, p.3, 2021.

OSORIO, A. P. *et al.* Navegação de enfermagem na atenção ao câncer de mama durante a pandemia: relato de experiência/Nursing navigation in breast cancer care during the pandemic: an experience report. **Journal of Nursing and Health**, v. 10, n. 4, 2020.

PAFARO, R.C.; DE MARTINO, M.M.F. Estudo do estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.38, n.2, p.152-160, 2004.

PAIANO, M. *et al.* Saúde mental dos profissionais de saúde na China durante pandemia do novo coronavírus: revisão integrativa. **Rev Bras Enferm**. v.73, n. (Suppl 2), p. e20200338, 2020.

PANDA, N. *et al.* Redeployment of health care workers in the COVID-19 pandemic: a qualitative study of health system leaders' strategies. **J Patient Safe**, v.17, n. 4, p. 256-263, 2021.

PATTISON, N. End-of-life decisions and care in the midst of a global coronavirus (COVID-19) pandemic. **Intensive and Critical Care Nursing**, v.58, p. 102862, 2020.

PAWLINA, M.M.C. *et al.* Depressão, ansiedade, estresse e motivação em fumantes durante o tratamento para a cessação do tabagismo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. v. 41, n.5, p. 433-439, 2015.

PEREIRA, A. *et al.* Envelhecimento, estresse e sociedade: uma visão psiconeuroendocrinológica. **Ciências & Cognição**. v.1, p.34-53, 2004.

PEREIRA, H. A.; CAVALCANTE, C. E.; ALBUQUERQUE, R. Coping: um estudo sobre o estresse e suas estratégias de enfrentamento em uma multinacional em João Pessoa/PB. **Qualitas Revista Eletrônica**. v.19, n.2, p.52-71, 2018.

PESSINI, L; BARCHIFONTAINE, C P. **Problemas atuais de bioética**. 10. ed. São Paulo: Loyola, p. 1986, 2012.

PINTO, A. P. C. M. *et al.* Estresse no cotidiano dos trabalhadores de enfermagem: Reflexos da rotina laboral hospitalar. **Rev. Enfermagem UFSM**. v. 6, n. 4, p. 548-558, 2017.

PIZZATO, M. I. G. Estratégias de Coping. *In*: CHAMON, E. M. Q. O. (org.). **Gestão de Organizações Públicas e Privadas**: uma abordagem interdisciplinar. Rio de Janeiro: Brasport, 2007. p. 141-152.

PIZZATO, M. I. G.; CHAMON, E. E. Q. O. **Estresse e estratégia de enfrentamento**: uma abordagem psicossocial. Mimeo, 2005.

POVEDANO-JIMENEZ, M.; GRANADOS-GAMEZ, G.; GARCIA-CARO, M. P. Fatores do ambiente de trabalho no enfrentamento da morte de pacientes entre enfermeiros espanhóis: uma pesquisa transversal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 28, p. e3234, 2020.

PRADO, C. E. P. Estresse ocupacional: causas e consequências. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**. v. 14, n.3, p. 285-289, 2016.

RAMOS, R. S. A Enfermagem Oncológica no Enfrentamento da Pandemia de Covid-19: Reflexões e Recomendações para a Prática de Cuidado em Oncologia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 66, p. e-1007, 2020.

RAMOS, A. R. Medos vivenciados pelos profissionais de enfermagem durante a pandemia de Covid-19: revisão de literatura. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 17, 2022.

RAMOS-TOESCHER, A. M. *et al.* Saúde mental de profissionais de enfermagem. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, v. 24, e20200276, 2020.

RATEAU, P. *et al.* **Teoria da Representação Social**. Tradução: Claudia Helena Alvarenga. *In*: Van Lange, P. A. M.; Kroglanski, A. W.; Higgins, E.T. (org.). *Handbook of theories of social psychology*, v. 2. London: SAGE, 2012. p. 477-497. Título original: Social Representation Theory. Tradução não publicada.

RATINAUD, P. **IRaMuTeQ**: Interface de R pour les analyses multidimensionnelles de textes et de questionnaires. 2009. Disponível em: <http://www.iramuteq.org/>. Acesso em: 30 jun. 2021.

RATOCHINSKI, CMW. *et al.* O estresse em profissionais de enfermagem: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. v.20, n. 4, p. 341-46, 2016.

READ, J. M. *et al.* Novel coronavirus 2019-nCoV: early estimation of epidemiological parameters and epidemic predictions. **MedRxiv**. v. 28, jan. 2020.

REIS, R. J. L. A. *et al.* Fatores relacionados ao absenteísmo por doença em profissionais de enfermagem. **Rev. Saúde Pública**. v. 37, n.5, p. 616-723, 2003.

REZENDE, M. P. **Agravos à saúde de auxiliares de enfermagem resultantes da exposição ocupacional aos riscos físicos**. 114 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, 2003.

RIBEIRO, J. A.; SANTOS, M. S. S. Diagnóstico de necessidade da família de clientes adultos na unidade de terapia intensiva: revisão de literatura. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v. 13, n. 3, p.437-442, 2008.

RIBEIRO, A. A. G. **Estresse e estratégias de enfrentamento: um estudo de caso na Administração Pública Brasileira**. Taubaté, 2008, p. 94. Monografia (MBA), Universidade de Taubaté.

RIBEIRO, C. L. *et al.* Ansiedade e depressão em profissionais de enfermagem de uma maternidade durante a pandemia de COVID-19. **Escola Anna Nery**. v. 26, 2022.

RIBOLI, E.; ARTHUR, J. P.; MANTOVANI, M. F. NO EPICENTRO DA EPIDEMIA: um olhar sobre a COVID-19 na Itália. **Cogitare Enfermagem**. v. 25, n. 25, p. 1-7, 2020.

ROCHA, T. P. O. *et al.* Anatomofisiologia do estresse e o processo de adoecimento. **Revista Científica da FMC**. v. 13, n. 2, p. 31-37, 2018.

RODWELL, J. *et al.* Abusive supervision and links to nurse intention to quit. **J Nurs Scholarch**. v. 46, n.5, p.357-65, 2014.

RODRIGUES, J C. **Tabu da morte**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 260, 2006.

RODRIGUES, V.M.C.P.; FERREIRA, A.S.S. Estresse de enfermeiros com atuação em unidade de terapia intensiva. **Revista Latino-Americana Enfermagem**. v. 19, n. 4, p. 1-9, 2011.

RODRÍGUEZ, B. O.; SÁNCHEZ, T. L. The Psychosocial Impact of COVID-19 on health care workers. **International bras j urol**. v. 46, n.1, p. 195-200, 2020.

ROLIM NETO, M. L. *et al.* When health professionals look death in the eye: the mental health of professionals who deal daily with the 2019 coronavirus outbreak. **Psychiatry Research**, v.288, 112972-112981. 2020.

ROSA, T. J. L. *et al.* Análise sobre a saúde mental dos profissionais de enfermagem no enfrentamento da covid-19: uma análise num hospital regional. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 5, p. 44293-44317, 2021.

ROSA, T. G. **Influência dos agentes estressores no aumento dos níveis de cortisol plasmático**. 46f. Monografia. Universidade de Rio Verde (UniRV), Rio Verde/GO, 2016.

ROSEMBERG, J. **Nicotina: droga universal**. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo/Centro de Vigilância Epidemiológica, 2003.

SÁ, C. P. O campo de estudo das representações sociais. *In: SÁ, C. P. Núcleo central das representações sociais*. Petrópolis, 2002. p. 29-50.

SÁ, C. P. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. *In: M. J. SPINK (org.). O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social*. São Paulo: Brasiliense, 1993.

SÁ, C. P. **A construção do objeto de pesquisa em Representações Sociais**. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 1998. 106 p.

SALOMÉ, G. M. *et al.* Caracterização dos sintomas físicos e nível de estresse da equipe de enfermagem do Pronto Socorro de um hospital estadual de cidade de São Paulo. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 5, p. 23, p.135-140, 2008.

SANGIULIANO, L.A. **Stress na atuação dos enfermeiros em um hospital privado e as consequências em seu estado de saúde**. Dissertação (Mestrado) São Paulo: Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo, 2004.

SANTANA, L. C.; FERREIRA, L.A.; SANTANA. Estresse ocupacional em profissionais de enfermagem de um hospital universitário. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.73, n.2, p.1-7, 2020.

SANTI, G. A. **Estresse no ambiente de trabalho uma apresentação a Síndrome de Burnout**. 2014. 25f. Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis, Assis/SP, 2014.

SANTOS, O. A. S. G. **Estresse e estratégias de enfrentamento: um estudo de caso no setor sócio produtivo**. Dissertação (Mestrado em Gestão e Desenvolvimento Regional). Universidade de Taubaté, Taubaté, SP: 2007.

SANTOS, F. S. **Cuidados Paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer**. São Paulo: Atheneu; 2009. p. 447.

SANTOS, T. C. M. M. **Estresse ocupacional em enfermeiros da região do Vale do Paraíba Paulista**. 2008. 191 p. Dissertação (Mestrado em Gestão e Desenvolvimento Regional do Departamento de Economia, Contabilidade e Administração) Universidade de Taubaté, Taubaté, 2008.

SARTI, A. C. A família como ordem simbólica. **Psicologia USP**. v.15, n.3, p. 11-28, 2014.

SARTI, C. A. Família e jovens: no horizonte das ações. **Revista Brasileira de Educação**. 11, 99-109, 1999.

SCHMIDT, B, *et al.* Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (covid-19). **Estudos de Psicologia**. v.37, e200063, 2020.

SCHNEIDER, S. C. *et al.* Os efeitos da pandemia da Covid-19 sobre o agronegócio e a alimentação. **Estudos Avançados**, v. 34, n. 100, p.167-188. 2020.

- SCHOLZE, A. R. *et al.* Estresse ocupacional e fatores associados entre enfermeiros de hospitais públicos. **Cogitare Enfermagem**, v.22, n.3, p. 1-10, 2017.
- SEAD. **Coronavírus**. 2023. Disponível em: <https://www.seade.gov.br/coronavirus/#>. Acesso em: 30 jan. 2023.
- SELYE, H. **Stress: a tensão da vida**. Tradução de Frederico Branco. São Paulo: IBRASA, 1965.
- SELEGHIM, M. R. *et al.* Sintomas de estresse em trabalhadoras de enfermagem de uma unidade de pronto socorro. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v.33, n.3, p.165-173, 2012.
- SENTO SÉ, A. C. *et al.* Ambientes do cuidar e a síndrome de Burnout: um estudo com enfermeiros do pré-hospitalar. **Revista baiana enfermagem**. v. 31, n.3, e17931, 2017.
- SILVA, M. R. *et al.* Impacto do estresse na qualidade de vida de trabalhadores de enfermagem hospitalar. **Texto & Contexto Enfermagem**. v. 29, p. e20190169, 2020.
- SILVA, M. L.; LEONIDIO, A. C. R.; FREITAS, C. M. S. M. Prática de atividade física e o estresse: uma revisão bibliométrica. **Revista Educação Física**. v. 26, n. 2, p. 331-339, 2015.
- SILVA, S. E. D. *et al.* A teoria das representações sociais sob a ótica das pesquisas de enfermagem no Brasil. **Journal of Health and Biological Sciences**, v. 5, n. 3, p. 272-276, 2017.
- SILVA, S. É. D.; CAMARGO, B. V.; PADILHA, M. I. A teoria das representações sociais nas pesquisas da enfermagem brasileira. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 64, n. 5, v. 947-951, 2011.
- SILVA, C. COVID-19 e necropolítica na conjuntura brasileira. In: **Boletim de Conjuntura**, v. 2, n. 6, 2020, p. 70-85, 2020a.
- SILVA, D. F. O. *et al.* Prevalência de ansiedade em profissionais da saúde em tempos de COVID-19: revisão sistemática com metanálise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n.2, p. 693-710, 2021.
- SILVA, T. G. **Representações sociais dos profissionais da enfermagem sobre segurança do paciente na Unidade de Terapia Intensiva**. (Tese de Doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, 2021, 129p.
- SILVA, J. R. C. *et al.* Adoecimento mental: interfaces com o ambiente de trabalho durante a pandemia de COVID-19, sob a ótica dos profissionais de enfermagem. **Revista Prâksis**. n. 1, p. 234-250, 2022.
- SILVA, M. S. T.; TORRES, C. R. O. V. Alterações neuropsicológicas do estresse: contribuições da neuropsicologia. **RCNCD-Plurais**. v. 1, n.2, p. 67-80, 2020.
- SILVA, R. M.; GOULART, C. T.; GUIDO, L. A. Evolução histórica do conceito de estresse. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**. v.7, n.2, p.148-56, 2018.

SIMÕES, A. S. L. A dor irruptiva na doença oncológica avançada. **Revista Dor**. v.12, n.2, p.166-71, 2011.

SINGER, J. *et al.* Preloss Grief in Family Members of COVID-19 Patients: Recommendations for Clinicians and Researchers. **Psychological trauma**. v. 12, s.n., p. S90-S93, 2020.

SOUSA, C. R. M. A pandemia da covid-19 e a necropolítica à brasileira. **Revista de Direito**. v.13, n. 1, p. 1-27, 2021.

SOUSA JUNIOR, J. H. *et al.* Da Desinformação ao Caos: uma análise das *Fake News* frente à pandemia do Coronavírus (COVID-19) no Brasil. **Caderno de Prospecção**. v. 13, n. 2, p. 331-334. 2020.

SOUZA, A. D. *et al.* **Estresse e o trabalho**. 2002. 77 p. Monografia (Especialização em Medicina do trabalho) - Sociedade Universitária Estácio De Sá, Campo Grande, 2002.

SOUZA, D. O. A pandemia de COVID-19 para além das Ciências da Saúde: reflexões sobre sua determinação social. **Ciênc. Saúde Coletiva**. v. 25, suppl 1, jun. 2020.

SOUZA, F. P. O estresse forte e o desgaste geral. **Rev. psicofisl**. v. 3, n.1, 1999.

SOUZA, S. F.; FERREIRA, I. de S.; LOPES, G. de S. Fatores relacionados ao estresse em enfermeiros que atuaram durante a pandemia da COVID-19. **Research, Society and Development**. v. 11, n. 15, 2022.

SOUZA, R. C.; SILVA, S. M.; COSTA, M. L. A. S. Estresse ocupacional no ambiente hospitalar: revisão das estratégias de enfrentamento dos trabalhadores de Enfermagem. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**. v.16, n.4, p. 493-502, 2018.

SOUZA, N. V. D. O. *et al.* Trabalho de enfermagem na pandemia da Covid-19e repercussões para a saúde mental dos trabalhadores. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v. 42, p. 1-6, 2021.

SSHAP. **Social Science in Humanitarian Action Platform**. Key considerations: dying, bereavement and mortuary and funerary practices in the context of COVID-19 (Brief). 2020. Disponível em: <https://www.ids.ac.uk/publications/key-considerations-dying-bereavement-and-mortuary-and-funerary-practices-in-the-context-of-covid-19-april-2020/>. Acesso em: 2 jun. 2022.

STEPHENSON, M. I. G. P.; CHAMON, E. M. Q. O. **Estresse e estratégias de enfrentamento: uma abordagem psicossocial**. Mimeo, 2005.

STEPHENSON, M. I. G. P. **Le stress, les stratégies de coping et les représentations sociales de la maladie chez les séropositifs au Brésil**. Université de Toulouse II, Thèse de Doctorat Nouveau Régime, UFR Psychologie, 2001.

STEPHENSON, M. I. G. Estratégias de *coping*. In. CHAMON, E.M.Q.O. (Org.). **Gestão de organizações públicas e privadas: uma abordagem interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Brasport, 2007. 213p. cap. 6, p. 141-155.

- STRAIOTO, D. M. G. T. A contabilidade e os ativos que agregam vantagens superiores e sustentáveis de competitividade: o capital intelectual. **Rev. Bras. Contábil.** v. 29, n.124, p. 33-41, 2000.
- STUMM, E. M. F. *et al.* Estressores e sintomas de estresse vivenciados por profissionais em um centro cirúrgico. **Revista Mineira Enfermagem.** v.12, n.1, p. 54-66, 2008.
- SUN, N. *et al.* A qualitative study on the psychological experience of caregivers of covid-19 patients. **Am J Infect Control,** v.48, n.6, p. 592-598, 2020.
- SUNG-HYUN C. *et al.* Nurse staffing, quality of nursing care and nurse job outcomes in intensive care units. **Journal of Clinical Nursing.** v. 18, p. 1729-1737, 2009.
- TABOSA, M. P. O.; CORDEIRO, A. T. Estresse ocupacional: análise do ambiente laboral de uma cooperativa de médicos de Pernambuco. **RECAPE.** v. 8, n. 2, p. 283-303, 2018.
- TARDELLI, T. A. C. O; BRISOLA, E. M. A; SUAVE, A. M. Periferias, pandemia e precarização do trabalho: uma análise da realidade brasileira sob a luz de aspectos econômicos, políticos e religiosos. **Revista Ciências Humanas. UNITAU,** Taubaté/SP - Brasil, v. 13, n 2, edição 27, p. 7 - 15. 2020.
- TAMAYO, A. Prioridades axiológicas, atividade física e estresse ocupacional. **Rev. Adm. Contemp.,** v. 5, n. 3, p. 127-147, 2001.
- TAYLOR, S. The psychology of pandemics: preparing for the next global outbreak of infectious disease. **Newcastle upon Tyne:** Cambridge Scholars Publishing, 2019.
- TRENTIN, K. Z.; SOCZEK, K. L. Setting hospitalar: o impacto do estresse na saúde do profissional. **Faculdade Sant'Ana,** v. 2, p. 01-10, 2017.
- TRIOLA, M. F. **Introdução à estatística.** Tradução: Vera Regina L. de F. e Flores. 10. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2008.
- TEIXEIRA, C. F. de S. *et al.* A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva.** v.25, n.9, p.3465-3474, 2020.
- TELLES FILHO, P. C. P.; PIRES, E.; ARAUJO, G. A. Características evidenciáveis de estresse em discentes de enfermagem. **Revista latino-Americana de Enfermagem.** v.7, n.2, p. 91-93, 1999.
- TENÓRIO, H. A. de A. *et al.* Intervenções da equipe de enfermagem na pandemia do coronavírus a pacientes unidade de terapia intensiva: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development.** v. 11, n. 13, 2022.
- TESTON, S. F.; GRIGOL C. Fatores de estresse e a sustentabilidade social em uma empresa do ramo da saúde de Chapecó. **Revista de Saúde, Meio Ambiente e Sustentabilidade.** v. 9, n.2, p. 1-20, 2014.

THEME FILHA, M. M.; COSTA, M. A. S.; GUILAM, M. C. R. Estresse ocupacional e auto avaliação de saúde entre profissionais de enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. v.21, n.2, p.475-483, 2013.

TOLÊDO, L. G. de *et al.* Saúde mental dos profissionais de enfermagem em tempos de pandemia de COVID-19. **Brazilian Journal of Development**. v. 7, n. 5, p. 49163-49174, 2021.

UMANN. *et al.* O impacto das estratégias de enfrentamento na intensidade de estresse de enfermeiras de hemato-oncologia. **Revista gaúcha enfermagem**. v. 35, n.3, p.103-110, 2014.

UNOKI, T. *et al.* Adverse effects of personal protective equipment among intensive care unit healthcare professionals during the COVID-19 pandemic: a scoping review. **SAGE Open Nurs**, v. 7, 2021.

VASCONCELOS, R. O. *et al.* Dimensionamento de pessoal de enfermagem hospitalar: estudo com parâmetros oficiais brasileiros de 2004 e 2017. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 4, e20170098, 2017.

VAZQUEZ, A. C. S. (org.). **Protocolos em saúde mental na pandemia de Covid-19: um guia com diretrizes práticas**. Porto Alegre: Editora da UFCSPA, 2020.

VEDOVATO, T. G. *et al.* Trabalhadores (as) da saúde e a COVID-19: condições de trabalho à deriva? **Rev. Bras. Saúde Ocupacional**, v. 46, n. e1, p. 1-15, 2021.

VEIGA, K.C.G.; FERNANDES, J.D.; PAIVA, M.S. Estudo estrutural das representações sociais do trabalho noturno das enfermeiras. **Texto Contexto Enferm**, v.20, n. 4, p. 682-90, 2011.

VELAVAN, T. P.; MAYER, C. G. The COVID-19 epidemic. **Trop Med Int Health**, v. 25, n. 3, p. 278- 280, Feb. 2020.

VENKATESH, A.; EDIRAPPULI, S. Social distancing in covid-19: what are the mental health implications? **BMJ**. 2020 v. 6, 369, m1379, 2020.

VIEIRA, N. F.; NOGUEIRA, D. A; TERRA, F. S. Avaliação do estresse entre os enfermeiros hospitalares. **Revista Enfermagem UERJ**. v.25, p. 01-07, 2017.

WALLACE, C. L. *et al.* Grief during the COVID-19 pandemic: considerations for palliative care providers. **Journal of Pain and Symptom Management**. v.60, n.1, p. 70-76, 2020.

WAKAM, G. K. *et al.* Not Dying Alone - Modern Compassionate Care in the Covid-19 Pandemic. **New England Journal of Medicine**. v.382, n. 24, 2020.

WANG, C. *et al.* Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in china. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v.17, n.5, p. 1729, 2020.

WERNECK, G. L.; CARVALHO, M. S. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. **Cad. Saúde Pública**. v.36, n. 5, 2020.

WIGGERS, E.; DONOSO, M. T. V. Discorrendo sobre os períodos pré e pós Florence Nightingale: a enfermagem e sua historicidade. **Enferm Foco**. v.11, n. (1 esp.), p. 58-61, 2020.

WHO - World Health Organization. **Novel coronavirus (2019-nCoV): Strategic preparedness and response plan**. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: <https://reliefweb.int/report/world/2019-novelcoronavirus-2019-ncov-strategic-preparednessand-response-plan-draft-3>. Acesso em: 02 jul. 2021.

WHO - World Health Organization. **Statistics and Research Coronavirus (COVID-19) Deaths**. 2021. Disponível em: <https://ourworldindata.org/covid-deaths>. Acesso em: 27 jul. 2021.

WHO - World Health Organization **Coronavirus Pandemic (COVID-19)**. 2022. Disponível em: <https://ourworldindata.org/coronavirus>. Acesso em: 20 nov. 2022.

WU, A.; CONNORS, C.; EVERLY, G. COVID-19: Apoio de pares e estratégias de comunicação de crise para promover a resiliência institucional. **Ann Intern Med**, v. 172, n. 12, p. 882-823, 2020.

XU, H. *et al.* High expression of ACE2 receptor of 2019-nCoV on the epithelial cells of oral mucosa. **Int. J. Oral. Sci**, v. 12, n. 8, 2020.

YANG, T. *et al.* Effects of co-worker and supervisor support on job stress and presenteeism in an aging workforce: a structural equation modelling approach. **Int J Environ Res Public Health**, v. 13, n. 1, 2016.

ZANGIROLAMI-RAIMUNDO, J.; ECHEIMBERG, J. O.; LEONE, C. Research methodology topics: Cross-sectional studies. **Journal of Human Growth and Development**, v. 28, n. 3, p.356-360. 2018.

ZUARDI, A. W. Fisiologia do estresse e sua influência na saúde. **Academia Edu**. p.1-13, 2014.

ANEXO A – Autorização do comitê de ética em pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O ESTRESSE E AS ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO E SUAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS PARA OS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM

Pesquisador: MARCELO DOS SANTOS FEITOSA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 50374821.7.0000.5501

Instituição Proponente: Universidade de Taubaté

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.916.077

Apresentação do Projeto:

Este estudo tem por objetivo investigar o estresse, as estratégias de enfrentamento e suas representações sociais para os profissionais de enfermagem. Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem de natureza quali-quantitativa, e amostragem por resposta voluntária. Serão incluídos no estudo os funcionários que concordarem em participar desta pesquisa. A população do estudo será composta (n= 600 aproximadamente) pela equipe de enfermagem, sendo aproximadamente 130 enfermeiros e 470 técnicos e auxiliares de enfermagem. Para avaliar o nível de estresse dos participantes da pesquisa, será utilizada a escala (questionário) toulousaine de estresse e para identificar as estratégias de enfrentamento, a escala (questionário) toulousaine de coping. Os dados serão apresentados em tabelas com valores para médias e análises bidimensionais (correlações) serão feitas entre variáveis sociodemográficas e as medidas de estresse e estratégias de enfrentamento. Os dados quantitativos serão tratados por meio da estatística descritiva que permite a apresentação dos resultados na forma de gráficos e tabelas e os dados qualitativos, obtidos por meio do roteiro de entrevista semiestruturada, serão tratados com o auxílio de análise de conteúdo. Os dados serão classificados em categorias, a partir da codificação realizada com o auxílio do software IRAMUTEQ. Por meio do presente estudo, pretende-se apreender como os profissionais de saúde agem, refletem e tomam decisões diante do estresse causado pelas mudanças

Endereço: Rua Visconde do Rio Branco, 210
Bairro: Centro **CEP:** 12.020-040
UF: SP **Município:** TAUBATE
Telefone: (12)3635-1233 **Fax:** (12)3635-1233 **E-mail:** cep@unitau.br



Continuação do Parecer: 4.916.077

relacionadas a COVID-19, isto é, em um momento de pandemia. Os resultados identificarão os níveis de estresse, seja o estresse global, físico e o psicológico. Trata-se de utilizar a escala de toulousaine de estresse e de coping, que possibilitarão identificar situações percebidas como estressantes, apreendendo os fenômenos avaliados, isto é, não somente avaliar os índices de estresse, mas sobretudo as estratégias utilizadas no

seu enfrentamento. Compreende-se também identificar as representações sociais do estresse pelos profissionais de enfermagem em tempos pandêmicos e qual tipo de relação pode-se estabelecer entre tal representação e a sua ocorrência, considerando o aspecto da funcionalidade prática da representação social.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Investigar o estresse, as estratégias de enfrentamento e suas representações sociais para os profissionais de enfermagem em um hospital geral, a fim de refletir acerca da Covid-19 na saúde mental dos profissionais de enfermagem e suas tomadas decisões.

Objetivo Secundário:

- Caracterizar os profissionais de enfermagem por meio dos dados sociodemográficos. • Cruzar dados sociodemográficos com os resultados de estresse, estratégias de enfrentamento e a relação com as diferentes unidades no hospital e comparar com a média da população brasileira.
- Identificar as manifestações de estresse físico, psíquico, psicofisiológico e de temporalidade. • Apontar, dentre as estratégias de enfrentamento estudadas (controle, apoio social, isolamento, recusa), quais são utilizadas pelos profissionais de enfermagem. • Analisar as relações estabelecidas entre as representações sociais e a tomada de posições de profissionais de enfermagem no enfrentamento a pandemia.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos de grau mínimo, sendo que o se o participante poderá se sentir constrangido ao responder o questionário e/ou apresentar cansaço ao responder às perguntas. Entretanto para minimizar possíveis desconfortos durante sua participação nesta pesquisa, foram tomados cuidados na elaboração dos questionários, além de garantir que seja realizada de forma individual, em local de fácil acesso e caso o mesmo relate estar com sintomas respiratórios, não será convidado a participar da pesquisa. Caso haja algum dano ao participante será garantido aos mesmos procedimentos que visem à reparação e o direito à indenização e para participar deste estudo não terá nenhum custo, nem receberá qualquer

Endereço: Rua Visconde do Rio Branco, 210
Bairro: Centro **CEP:** 12.020-040
UF: SP **Município:** TAUBATE
Telefone: (12)3635-1233 **Fax:** (12)3635-1233 **E-mail:** cep@unitau.br



Continuação do Parecer: 4.916.077

vantagem financeira.

Benefícios:

Os benefícios indiretos consistem em que esse estudo poderá trazer informações importantes para apreender como os trabalhadores agem, refletem e tomam decisões diante do estresse causado pelas mudanças imediatas relacionadas a COVID-19, assim como outros indivíduos que poderão se beneficiar dessas informações e, como benefício direto, o participante terá oportunidade de expressar suas opiniões sobre o tema.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto bem descrito em todas as suas partes. Encontra-se detalhados em consonância com os documentos e termos anexados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto assinada e datada corretamente. Termo de infraestrutura e termos de autorização corretamente redigidos e assinados. QUESTIONÁRIO – baseado na ESCALA TOULOUSAINNE DE ESTRESSE e na ESCALA TOULOUSAINNE DE COPING descrito e elaborado. Cronograma datado para outubro de 21 e corretamente descrito. Documento de orçamento devidamente registrado. Roteiro de Entrevista Semiestruturada. TCLE descrito de forma clara com objetivos, riscos e benefícios que poderão ser encontrados pelo participante baseado na resolução 510/16. Termo do pesquisador responsável, descrito e assinado.

Recomendações:

Recomenda-se a aprovação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Conclui-se que o projeto segue os preceitos apontados pelas normas da resolução e deste comitê de ética.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Taubaté, em reunião realizada no dia 13/08/2021, e no uso das competências definidas na Resolução CNS/MS 510/16, considerou o Projeto de Pesquisa: APROVADO.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: Rua Visconde do Rio Branco, 210
 Bairro: Centro CEP: 12.020-040
 UF: SP Município: TAUBATE
 Telefone: (12)3635-1233 Fax: (12)3635-1233 E-mail: cep@unitau.br



Continuação do Parecer: 4.916.077

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1798334.pdf	02/08/2021 19:47:31		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_assinada.pdf	02/08/2021 19:44:51	MARCELO DOS SANTOS FEITOSA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Assinado.pdf	02/08/2021 19:42:58	MARCELO DOS SANTOS FEITOSA	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	Carta_para_solicitar_autorizacao_pesquisador.pdf	02/08/2021 19:42:14	MARCELO DOS SANTOS FEITOSA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_MDH_2021_FINALIZADO.pdf	02/08/2021 19:37:16	MARCELO DOS SANTOS FEITOSA	Aceito
Outros	ANEXO_A_QUESTIONARIO_BASEADO_NAS_ESCALAS.pdf	01/08/2021 23:41:43	MARCELO DOS SANTOS FEITOSA	Aceito
Outros	Roteiro_de_Entrevista_Semiestruturada.pdf	01/08/2021 23:39:59	MARCELO DOS SANTOS FEITOSA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	01/08/2021 23:33:11	MARCELO DOS SANTOS FEITOSA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	01/08/2021 23:33:00	MARCELO DOS SANTOS FEITOSA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_Compromisso_do_Pesquisador.pdf	01/08/2021 23:28:17	MARCELO DOS SANTOS FEITOSA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_do_Hospital.pdf	01/08/2021 23:27:27	MARCELO DOS SANTOS FEITOSA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

TAUBATE, 18 de Agosto de 2021

Assinado por:
Wendry Maria Paixão Pereira
 (Coordenador(a))

Endereço: Rua Visconde do Rio Branco, 210
 Bairro: Centro CEP: 12.020-040
 UF: SP Município: TAUBATE
 Telefone: (12)3635-1233 Fax: (12)3635-1233 E-mail: cep@unitau.br