

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL  
CAMPUS CHAPECÓ  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**HELOISA SCHATZ KWIATKOWSKI**

**AS REPERCUSSÕES DA PANDEMIA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA  
ADULTO GERAL A PARTIR DA CRIAÇÃO DA UNIDADE ESPECÍFICA PARA  
COVID-19 NA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR**

**CHAPECÓ**

**2021**

**HELOISA SCHATZ KWIATKOWSKI**

**AS REPERCUSSÕES DA PANDEMIA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA  
ADULTO GERAL A PARTIR DA CRIAÇÃO DA UNIDADE ESPECÍFICA PARA  
COVID-19 NA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof. Dr. Eleine Maestri

Co-orientadora: Odila Migliorini Rosa

**CHAPECÓ**

**2021**

**Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS**

Kwiatkowski, Heloisa Schatz

As repercussões da pandemia na Unidade de Terapia Intensiva Adulto Geral a partir da criação da unidade específica para COVID-19 na instituição hospitalar / Heloisa Schatz Kwiatkowski. -- 2021.

67 f.

Orientadora: Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) Eleine Maestri

Co-orientadora: Enfermeira Especialista em Atenção ao Paciente Crítico, com ênfase em Urgência, Emergência e UTI pelo Centro Universitário Internacional Odila Migliorini Rosa

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de Bacharelado em Enfermagem, Chapecó, SC, 2021.

1. Unidade de Terapia Intensiva. 2. Coronavírus. 3. Enfermagem. 4. Gestão da Qualidade. I. Maestri, Eleine, orient. II. Rosa, Odila Migliorini, co-orient. III.

Universidade Federal da Fronteira Sul. IV. Título.

Elaborada pelo sistema de Geração Automática de Ficha de Identificação da Obra pela UFFS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

**HELOISA SCHATZ KWIATKOWSKI**

**AS REPERCUSSÕES DA PANDEMIA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA  
ADULTO GERAL A PARTIR DA CRIAÇÃO DA UNIDADE ESPECÍFICA PARA  
COVID-19 NA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Este trabalho foi defendido e aprovado pela banca em 19/05/2021.

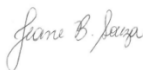
**BANCA EXAMINADORA**



Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Eleine Maestri – UFFS  
Orientadora



Odila Migliorini Rosa - ALVF  
Co-orientadora



Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Jeane Barros de Souza – UFFS  
Avaliadora



Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Aline Massaroli – UFFS  
Avaliadora

Dedico este trabalho aos profissionais da enfermagem, tão importantes para o SUS.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço aos membros da minha família que, de alguma forma, contribuíram para que a minha formação de nível superior fosse possível. Não foi um período fácil, emocional e financeiramente, mas agora sou a terceira pessoa da família com uma graduação, e a primeira a me formar em uma Universidade Federal. Ao pessoal da Universidade Federal da Fronteira Sul, que se tornaram minha segunda família e compartilharam dos mesmos medos e angústias que eu. À equipe da UFFS por me proporcionarem esta experiência fantástica que foi a graduação. À Odila Migliorini Rosa por ser a melhor amiga que a vida poderia me dar. À Eleine Maestri por ser minha inspiração em muitos sentidos.

## RESUMO

Diante do registro da disseminação da *Coronavirus disease* 2019 (COVID-19) no mundo, a Organização Mundial da Saúde, em março de 2020, classificou a COVID-19 como uma pandemia. Concomitantemente, no Brasil identificou-se um rápido aumento na demanda por serviços de saúde, principalmente por leitos hospitalares em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), constatando uma situação crítica do sistema de saúde para atender à demanda potencial gerada pela pandemia. Diante disto, várias regiões do Brasil trabalharam na abertura de UTIs exclusivas para pacientes com COVID-19. Assim, emergiu a pergunta de pesquisa: “Quais as repercussões da pandemia na UTI Adulto Geral, a partir da criação da UTI específica para COVID-19 na instituição hospitalar?” O objetivo geral desta pesquisa é, portanto, compreender as repercussões da pandemia na UTI Adulto Geral, a partir da criação da UTI específica para COVID-19 na instituição hospitalar. Trata-se de um estudo qualitativo do tipo pesquisa ação participante, desenvolvido com o método de Investigação do Itinerário de Pesquisa inspirado em Paulo Freire. A coleta ocorreu na forma de Círculos de Cultura Virtual (CCV) com dois enfermeiros assistenciais de instituições hospitalares do estado de Santa Catarina. O itinerário de Freire prevê três etapas: Investigação Temática, Codificação e Descodificação e Desvelamento Crítico. O processo analítico de investigação foi realizado durante todo o processo e com todos os participantes do CCV, realizado no dia 23 de março de 2021. Assim, a análise ocorreu concomitantemente com a investigação para determinar o desvelamento crítico das temáticas eleitas e discutidas com a literatura pertinente ao referencial teórico e metodológico. A pesquisa apresenta parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CAAE: 4.068.387), atendendo aos critérios estabelecidos pela Resolução CNS nº466/2012. Dentre as repercussões geradas na UTI Adulto Geral, foram percebidos pontos negativos, tais como o sofrimento, a sobrecarga física e mental, o medo, a raiva, a ansiedade e a tristeza dos profissionais de saúde, e pontos positivos, tais como a união da enfermagem, a valorização de si mesmos e da unidade em que trabalham, a reformulação da assistência e a resiliência psicológica. A pandemia da COVID-19 mostra-se como um momento inédito na história do Sistema Único de Saúde e caracteriza-se atualmente como um cenário de incertezas e desafios. A utilização do CCV demonstrou-se uma importante ferramenta para o alcance dos resultados, pois possibilitou mergulhar no universo dos participantes, cenário central da pesquisa. Além de elucidar as repercussões da pandemia nas UTIs Adulto Geral, também ofereceu benefícios aos sujeitos envolvidos.

Sugere-se, portanto, que espaços de escuta e acolhimento sejam oportunizados aos profissionais que atuam direta e indiretamente na pandemia da COVID-19.

Palavras-chave: Unidade de Terapia Intensiva. Enfermagem. Coronavírus. Gestão da qualidade.

## **ABSTRACT**

In view of the record of the spread of Coronavirus disease 2019 (COVID-19) in the world, the World Health Organization, in March 2020, classified COVID-19 as a pandemic. Concomitantly, in Brazil a rapid increase in the demand for health services was identified, mainly for hospital beds in the Intensive Care Unit (ICU), confirming a critical situation in the health system to meet the potential demand generated by the pandemic. In view of this, several regions of Brazil have worked on opening exclusive ICUs for patients with COVID-19. Thus, the research question emerged: "What are the repercussions of the pandemic in the General Adult ICU, from the creation of the specific ICU for COVID-19 in the hospital?" The general objective of this research is, therefore, to understand the repercussions of the pandemic in the General Adult ICU, from the creation of the specific ICU for COVID-19 in the hospital. This is a qualitative study of the type of participatory action research, developed with the Research Itinerary Research method inspired by Paulo Freire. The collection took place in the form of Virtual Culture Circles (CCV) with two nursing assistants from hospital institutions in the state of Santa Catarina. Freire's itinerary includes three stages: Thematic Investigation, Codification and Decoding and Critical Unveiling. The analytical investigation process was carried out throughout the process and with all participants of the CCV, held on March 23, 2021. Thus, the analysis occurred concurrently with the investigation to determine the critical unveiling of the themes chosen and discussed with the literature pertinent to the theoretical and methodological framework. The research presents a favorable opinion from the Ethics Committee in Research with Human Beings (CAAE: 4,068,387), meeting the criteria established by CNS Resolution No. 466/2012. Among the repercussions generated in the Adult General ICU, negative points were perceived, such as the suffering, physical and mental overload, fear, anger, anxiety and sadness of health professionals, and positive points, such as the union of nursing, valuing themselves and the unit in which they work, reformulating care and psychological resilience. The COVID-19 pandemic shows itself as an unprecedented moment in the history of the Sistema Único de Saúde and is currently characterized as a scenario of uncertainties and challenges. The use of the CCV proved to be an important tool to achieve the results, as it made it possible to dive into the universe of the participants, the central scenario of the research. In addition to elucidating the repercussions of the pandemic in the Adult General ICUs, it also offered benefits to the subjects involved. It

is suggested, therefore, that listening and welcoming spaces are offered to professionals who work directly and indirectly in the pandemic of COVID-19.

Keywords: Intensive Care Units. Nursing. Coronavirus. Quality Assurance, Health Care.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

|                                                                                                       |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Figura 1 - Etapas do Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire: Analogia com o Ventilador Mecânico ..... | 24 |
| Figura 2 - Ideias sobre as repercussões na UTI Adulto Geral com a criação da UTI COVID-19 .....       | 26 |
| Figura 3 - Temas geradores das repercussões na UTI Adulto Geral com a criação da UTI COVID-19 .....   | 27 |
| Figura 2 - Ideias sobre as repercussões na UTI Adulto Geral com a criação da UTI COVID-19 .....       | 32 |
| Figura 3 - Temas geradores das repercussões na UTI Adulto Geral com a criação da UTI COVID-19 .....   | 33 |

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

|            |                                                        |
|------------|--------------------------------------------------------|
| AVE        | Acidente Vascular Encefálico                           |
| CCV        | Círculo de Cultura Virtual                             |
| CEPSH      | Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos          |
| COVID-19   | <i>Coronavirus Disease</i> 2019                        |
| EPI        | Equipamento de Proteção Individual                     |
| HSA        | Hemorragia Subaracnóidea                               |
| IAM        | Infarto Agudo do Miocárdio                             |
| MS         | Ministério da Saúde                                    |
| OMS        | Organização Mundial da Saúde                           |
| SARS-CoV-2 | <i>Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2</i> |
| SUS        | Sistema Único de Saúde                                 |
| TCLE       | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido             |
| UTI        | Unidade de Terapia Intensiva                           |

## SUMÁRIO

|          |                                                                             |           |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1</b> | <b>INTRODUÇÃO.....</b>                                                      | <b>14</b> |
| <b>2</b> | <b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>                                           | <b>17</b> |
| <b>3</b> | <b>METODOLOGIA .....</b>                                                    | <b>21</b> |
| 3.1      | TIPO DE ESTUDO.....                                                         | 22        |
| 3.2      | PARTICIPANTES DO ESTUDO.....                                                | 23        |
| 3.3      | ITINERÁRIO DE PESQUISA: COLETA E ANÁLISE DE DADOS.....                      | 24        |
| 3.4      | ASPECTOS ÉTICOS .....                                                       | 30        |
| <b>4</b> | <b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>                                          | <b>32</b> |
| <b>5</b> | <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>                                            | <b>49</b> |
|          | <b>REFERÊNCIAS .....</b>                                                    | <b>51</b> |
|          | <b>APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) .....</b> | <b>58</b> |
|          | <b>ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos</b>   | <b>62</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

O ano de 2019 terminou com uma notícia inesperada, o surgimento de um novo vírus no território chinês, que adentrou o ano de 2020 causando a infecção de um número crescente de pessoas em todo o mundo. O vírus foi denominado de SARS-CoV-2, sendo que a sigla se justifica pelo nome em inglês do vírus, Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2. O SARS-CoV-2 causa a chamada Doença de Coronavírus 2019, conhecida pela abreviatura COVID-19. O número que compõe o nome da doença se relaciona ao fato de a primeira notificação para a Organização Mundial da Saúde (OMS) ter ocorrido em dezembro de 2019 (GHINAI *et al.*, 2020).

Os dados iniciais sugerem que a transmissão do SARS-Cov-2 ocorreu de animais contaminados por este vírus, que eram comercializados em um mercado de frutos do mar e animais vivos, localizado em Wuhan, na China, onde houve o primeiro surto de COVID-19. Inicialmente se acreditou que a transmissão ocorria dos animais para os humanos, mas rapidamente se percebeu que a transmissão de pessoa a pessoa também ocorria (BRASIL, 2020).

Em janeiro de 2020, a China evidenciou o aumento desordenado da disseminação do SARS-CoV-2, registrando um número expressivo de indivíduos que desenvolveram COVID-19, que apresentavam desde quadros respiratórios leves, até síndrome respiratória aguda grave, sendo que os últimos precisavam de leitos de terapia intensiva com necessidade de suporte ventilatório, por meio de ventilação mecânica. Neste período, a atenção do mundo voltou-se para a China, acompanhando o desenvolvimento da doença e das medidas de controle implementadas. Em poucos dias, iniciaram-se os registros de casos de COVID-19 em diferentes países, sendo estes inicialmente relacionados a contato com o território chinês.

A rápida disseminação da COVID-19 para outros países além da China foi influenciada pelo processo de globalização, que é caracterizado como um fenômeno que promove a articulação e interação do mundo por meio das questões políticas, culturais, sociais e econômicas, tornando o ambiente cada vez mais complexo e dinâmico (CELANO; GUEDES, 2014). Este processo de globalização facilita e intensifica a comunicação e o deslocamento dos indivíduos no globo terrestre, sendo muito produtivo para o desenvolvimento humano, porém, apresentou ao mundo que este tipo de relação e mobilidade também acarreta perigo.

Diante do registro desta disseminação da COVID-19, que extrapolou rapidamente as fronteiras dos países e dos continentes, com o avanço dos casos de transmissão comunitária do vírus em diferentes países, ou seja, quando não se consegue identificar a fonte da infecção, a OMS, em março de 2020, classificou a COVID-19 como uma pandemia, que é quando uma doença está presente nos cinco continentes, circulando por um grande número de países (BRASIL, 2020).

Com a declaração de pandemia, as discussões em nível mundial de quais seriam as medidas mais eficazes para o controle e prevenção da doença se intensificaram, sendo consenso: a higiene das mãos, higiene das superfícies e ambientes, higiene respiratória, medidas de precauções específicas em adicional às precauções padrão nos serviços de saúde, não compartilhamento de objetos de uso pessoal, detecção e isolamento de casos suspeitos e confirmados, além de outras medidas não farmacológicas (BRASIL, 2020).

Concomitantemente, identificou-se um rápido aumento na demanda por serviços de saúde, principalmente por leitos hospitalares em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para suporte ventilatório mecânico em quadros de síndrome respiratória aguda. Assim, considerando este aumento na demanda de leitos em UTI por condições clínicas relacionadas ao COVID-19 somado a não diminuição da demanda por condições não relacionadas à doença, constatou-se uma situação crítica do sistema de saúde para atender à demanda potencial gerada pela pandemia (NORONHA *et al.*, 2020).

Em março de 2020, no início dos efeitos da pandemia no Brasil, constatou-se que mais da metade das regiões de saúde dispunha de menos leitos de UTI do que o necessário em um ano típico, sem a COVID-19, isto é, 10 leitos por 100 mil habitantes. No Sistema Único de Saúde (SUS), 316 regiões, de um total de 436, estão abaixo do mínimo, o que corresponde a 72% das regiões e 56% da população brasileira total (CAMPIOLO; KUBO; OCHIKUBO; BATISTA, 2020). Na região Sul, apenas 53,1% atende esse requisito mínimo de leitos de UTI. A partir disso, e considerando o requisito mínimo de um respirador a cada dois leitos de UTI, tem-se que 316 regiões de saúde, que representam 61% da população coberta unicamente pelo SUS, estavam abaixo dos requisitos mínimos de leitos de UTI per capita ou do número de respiradores por leito de UTI para um ano típico (RACHE *et al.*, 2020).

Diante deste cenário, várias regiões do Brasil trabalharam na abertura de UTIs exclusivas a pacientes diagnosticados com COVID-19, com objetivo de proporcionar atendimento qualificado, sem diminuir o quantitativo de leitos de UTI destinados a pacientes não relacionados à conjuntura pandêmica. Para além da definição do espaço físico e recursos materiais para este setor, houve a necessidade de definição de recursos humanos. Nesse

sentido, foi de escolha dos serviços realocar profissionais experientes em Terapia Intensiva para a Unidade COVID-19, contratando então novos funcionários ou realocando de outros setores do hospital para substituí-los na UTI Geral (BITENCOURT *et al.*, 2020).

Vale ressaltar que os pacientes de UTI encontram-se em condições clínicas extremamente instáveis, além de estarem em um ambiente com grande desenvolvimento tecnológico e científico, o que reforça a necessidade de profissionais qualificados para atuar no setor (AMORIM, 2017). Dentre as habilidades desejáveis a um profissional de UTI, destaca-se a qualidade técnico-científica, que deve ser diariamente aperfeiçoada, a capacitação e desenvolvimento contínuos, a humanização do cuidado e o prazer em fazer parte da equipe que integra (BONATO, 2011). Ainda, o Ministério da Saúde (MS) institui que os profissionais de ensino superior que forem trabalhar em UTI, como enfermeiro, médico e fisioterapeuta, tenham habilitação em Terapia Intensiva, o que reforça também a necessidade de experiência com o trabalho neste setor (BRASIL, 2017).

No entanto, devido à urgência da necessidade de realocação de recursos humanos, acredita-se que as instituições hospitalares podem não ter conseguido recompor a UTI Geral atendendo os requisitos citados acima, e dessa forma emergiu a pergunta de pesquisa: “Quais as repercussões da pandemia na UTI Adulto Geral, a partir da criação da UTI específica para COVID-19 na instituição hospitalar?”, tendo como objetivo compreender as repercussões da pandemia na UTI Adulto Geral, a partir da criação da UTI específica para COVID-19 na instituição hospitalar.

Tal estudo se faz necessário visto que a quantidade de leitos de UTI Geral encontrava-se inferior ao mínimo desejável em todo o país, sem o impacto da COVID-19 (RACHE *et al.*, 2020). Mas a partir da pandemia, a situação agravou-se intensamente, trazendo repercussões que merecem ser desveladas e discutidas para alcançar evidências científicas sobre o fenômeno estudado, que é algo recente, ainda com lacunas no conhecimento.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

A UTI, de acordo com o MS (2010, p. 1), é definida como:

Área crítica destinada à internação de pacientes graves, que requerem atenção profissional especializada de forma ininterrupta, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia. Sendo que a Unidade de Terapia Intensiva para Adulto é destinada à assistência de pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, podendo admitir pacientes de 15 a 17 anos, se definido nas normas da instituição.

Nesse sentido, o MS estabelece que os profissionais de ensino superior que forem trabalhar nesta unidade tenham habilitação em Terapia Intensiva (BRASIL, 2017). Além disso, institui-se também que a equipe deve participar de programas de educação continuada que contemple, minimamente, as normas e rotinas técnicas desenvolvidas na unidade, a incorporação de novas tecnologias, o gerenciamento de riscos inerentes às atividades específicas do setor, segurança de pacientes e profissionais e prevenção de controle de infecções relacionadas à assistência à saúde. Somado a isso, todos os profissionais admitidos na UTI devem receber uma capacitação para atuar no local (BRASIL, 2010).

Esses requisitos para alocação de profissionais para trabalhar em UTI se justificam visto que os pacientes atendidos nas UTIs são aqueles que se encontram em risco iminente de perder a vida ou função de um órgão ou sistema, além dos que apresentam frágil situação clínica seja decorrente de trauma ou outra condição que necessite de cuidado imediato clínico. Por isso, estas unidades requerem uma atuação multi e interprofissional, bem como maior aparelhamento tecnológico (BRASIL, 2011; BRASIL, 2010).

Em se tratando do perfil clínico dos pacientes, são os que apresentam as doenças mais graves, ou seja, as que apresentam maior índice de morbimortalidade atualmente, como: Acidente Vascular Encefálico (AVE), Hemorragia Subaracnóidea (HSA), Insuficiência Respiratória aguda e crônica, Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Insuficiência Cardíaca, traumas, distúrbios metabólicos, Insuficiência Renal aguda e crônica e sepse (SILVA *et al.*, 2019; SANTOS *et al.*, 2019; SANTOS; BRITO, 2019; SOUZA *et al.*, 2019; FERREIRA, 2016; FAVARIN; CAMPONOGARA, 2012).

Arelado a isto, no contexto atual de envelhecimento populacional, percebe-se um aumento de pacientes que sobrevivem a enfermidades graves e que se tornam crônicos e instáveis. Ao mesmo tempo, houve um aumento do desenvolvimento tecnológico e científico,

o que pode aumentar os riscos e incidentes, comprometendo a segurança e qualidade da assistência prestada ao paciente. Uma assistência insegura está diretamente relacionada ao comprometimento do estado clínico do paciente, principalmente nas UTIs, pois os pacientes deste setor encontram-se em condições clínicas extremamente instáveis (AMORIM, 2017).

Sendo assim, a qualidade da assistência pode ser conceituada como o grau com o qual os serviços de saúde aumentam as chances de alcançar resultados esperados em consonância com o conhecimento científico atualizado. De acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (2020), Qualidade da Assistência à Saúde é definida como níveis de excelência que caracterizam os serviços ou cuidados de saúde prestados baseados em normas de qualidade (AMORIM, 2017; DECS, 2020).

Dentre os quesitos que a compõem, destaca-se a qualidade técnico-científica dos profissionais, que deve ser diariamente aperfeiçoada, a capacitação e desenvolvimento contínuos, a humanização do cuidado e o prazer em fazer parte da equipe que integra. O aperfeiçoamento cabe, em grande maioria, aos gestores, que devem criar mecanismos a fim de garantir a qualidade da assistência. Dentre estes mecanismos, pode-se destacar o planejamento, a padronização de processos (protocolos), verificação de falhas e mensuração de indicadores (AMORIM, 2017; BONATO, 2011).

Tanto é importante a qualificação profissional e o aperfeiçoamento do conhecimento técnico-científico, que estes quesitos estão presentes, inclusive, na avaliação feita para Acreditação Hospitalar. Dentre os aspectos analisados, estão elencados o treinamento de pessoas e a direção por processos, o que evidencia sua implicação na qualidade da assistência de um serviço, bem como no melhor desfecho clínico e na maior satisfação dos pacientes. Algumas características da qualidade da assistência que são bem valoradas envolve a adequação ao tempo certo (dar a resposta correta e rápida de acordo com a condição clínica do paciente), a eficácia (oferecer o melhor tratamento baseado nas melhores práticas evidenciadas sob as condições mais controladas e favoráveis) e equidade (tratamento adequado, incluindo a agilidade com base nas necessidades dos pacientes) (AMORIM, 2017).

Outro aspecto que pode influenciar diretamente na qualidade da assistência é o trabalho em equipe e as práticas colaborativas, que pode ser correlacionado com a interprofissionalidade. Nas últimas décadas, têm-se evidenciado o papel da interprofissionalidade e da educação interprofissional em melhorar as práticas colaborativas nos serviços e, conseqüentemente, em aumentar a qualidade da assistência aos pacientes. Dentre suas principais contribuições, enfatiza-se a sua possibilidade de ser uma estratégia-

chave para o desenvolvimento de profissionais colaboradores e comunicadores efetivos, aspectos imprescindíveis para um cuidado efetivo e centrado no paciente (REEVES, 2016).

O ambiente qualificado também se mostrou relevante para a qualidade da assistência à saúde: estudos apontam que o ambiente da prática de enfermagem tem forte impacto sobre os indicadores do cuidado de enfermagem e, consequentemente, na qualidade da assistência prestada. Assim, levando-se em consideração que a UTI caracteriza-se um cenário de cuidados de alta complexidade, dinâmico e que demanda múltiplas intervenções voltadas à recuperação de paciente graves, o papel da equipe de enfermagem é imprescindível para o sucesso de sua hospitalização e de sua recuperação (AZEVEDO FILHO; RODRIGUES; CIMIOTTI, 2018).

Destarte, destaca-se o papel do profissional enfermeiro como gestor das unidades e das equipes de enfermagem, atuando, além da realização de cuidados, na gerência de recursos humanos e materiais, na liderança, no planejamento da assistência, na capacitação da equipe de enfermagem e na coordenação da produção do cuidado (CECATO, 2019). A partir disso, observa-se que muitas, senão todas, as atribuições do enfermeiro impactam diretamente para a qualidade da assistência prestada.

Particularmente, quanto à gestão do enfermeiro de UTI, destaca-se a gestão dos serviços e a adoção de medidas que integram as áreas administrativas, assistenciais e de ensino e pesquisa. Dentre as competências profissionais do enfermeiro para atuação gerencial, evidencia-se a capacidade de liderança, o raciocínio clínico, o domínio das tecnologias, a elaboração e promoção de educações continuadas, a humanização, dentre outras. Assim, entende-se o gerenciamento de enfermagem como inerente às finalidades do trabalho, e atua como ferramenta para o planejamento, desenvolvimento e coordenação das atividades da categoria (FERREIRA *et al.*, 2019).

A humanização do cuidado, por sua vez, objetiva aumentar o grau de corresponsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede do SUS, na produção da saúde. Para tanto, supõe o partilhar de saberes, com destaque para a troca entre profissionais, pacientes e familiares, diálogo entre os profissionais e modos de trabalhar em equipe. Esta competência profissional começou a ganhar destaque em 2003, com a criação da Política Nacional de Humanização, que busca interferir no processo de produção de saúde, considerando que os sujeitos sociais, ao serem mobilizados, são capazes de transformar realidades (BRASIL, 2004).

De acordo com o MS (2004, p. 1):

A Humanização, como um conjunto de estratégias para alcançar a qualificação da atenção e da gestão em saúde no SUS, estabelece-se, portanto, como a construção/ativação de atitudes ético-estético-políticas em sintonia com um projeto de co-responsabilidade e qualificação dos vínculos interprofissionais e entre estes e os usuários na produção de saúde. Éticas porque tomam a defesa da vida como eixo de suas ações. Estéticas porque estão voltadas para a invenção das normas que regulam a vida, para os processos de criação que constituem o mais específico do homem em relação aos demais seres vivos. Políticas porque é na pólis, na relação entre os homens que as relações sociais e de poder se operam, que o mundo se faz.

Evidencia-se a humanização da assistência como competência indispensável ao profissional enfermeiro, tanto na dimensão gerencial quanto na assistencial, e principalmente em setores como a UTI, que é caracterizada pela gravidade em que se encontram os pacientes, pela densidade tecnológica, pelas especificidades do setor, como a limitação para a permanência de acompanhantes, dentre outras coisas. Portanto, assim como o conhecimento técnico-científico, a humanização do cuidado é importante ferramenta para a qualificação da assistência, possibilitando a construção de conhecimentos entre profissionais, pacientes e familiares, proporcionando um cuidado individualizado e tranquilizando o paciente e a família, os quais se encontram distantes.

Sendo assim, entende-se que a alocação de recursos humanos, bem como sua capacitação, o aparelhamento tecnológico e a humanização do cuidado podem repercutir diretamente na qualidade da assistência prestada nas UTIs. Portanto, faz-se necessário entender como a pandemia pode influenciar esses aspectos, repercutindo ou não na assistência à saúde aos pacientes graves (CAMPOS *et al.*, 2020).

Entende-se que além do aumento exacerbado na demanda por leitos hospitalares, principalmente de Terapia Intensiva, deve-se preocupar com os possíveis impactos na saúde dos profissionais da saúde. Estes profissionais, por estarem em contato direto com pacientes com sintomas e/ou diagnóstico de COVID-19, estão expostos a maior risco de contaminação pelo vírus (CAMPIOLO; KUBO; OCHIKUBO; BATISTA, 2020).

Além disso, a pandemia se caracteriza como uma situação de crise social, que tem se mostrado um dos maiores problemas de saúde pública mundial, acarretando em problemas sociais e psíquicos, afetando a capacidade de enfrentamento de toda a sociedade. Em particular, estima-se que esse efeito pode estar exacerbado dentre os profissionais da saúde, visto que, por estarem atuando na linha de frente, estão expostos a grande estresse e sobrecarga física e emocional (CAMPIOLO; KUBO; OCHIKUBO; BATISTA, 2020).

### 3 METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa, do tipo pesquisa ação participante, fundamentada nos pressupostos teóricos de Paulo Freire, que foi desenvolvida com o apoio dos Círculos de Cultura, propostos por Paulo Freire, utilizando o método de investigação Itinerário de Pesquisa. Devido ao momento pandêmico, optou-se pela realização do Círculo de Cultura Virtual (CCV).

De acordo com Heidemann *et al.* (2017, p. 34):

O referencial metodológico de Paulo Freire pode ser delineado como uma pesquisa qualitativa, cujo compromisso é o de transformação política da realidade, em que as pessoas participam ativamente da troca de saberes do vivido e da experiência. Trata-se de um referencial metodológico de troca de saberes entre os participantes e conhecimentos envolvidos na realidade social, dando voz e dialogando sobre o contexto em que as pessoas vivem. A partir das situações sociais, estes buscam uma forma coletiva de melhorar a compreensão da realidade e transformá-la.

O Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire foi pensado para promover o “empoderamento do sujeito”, com a elaboração do saber compartilhado, partindo da realidade concreta para então promover uma reflexão sobre as situações, auxiliando os sujeitos a compreenderem sua realidade por meio de um espaço de troca de saberes (SOUZA *et al.*, 2021), portanto ideal para atingir o objetivo desta pesquisa.

Este projeto faz parte do macroprojeto intitulado “Superando fronteiras para promover saúde no enfrentamento do SARS-CoV-2 e da *Coronavirus Disease* 2019: vivências e repercussões para a sociedade brasileira”, que tem como objetivo geral compreender a percepção dos brasileiros sobre o enfrentamento à COVID-19 no estabelecimento de conexões e superação de fronteiras no combate a notícias falsas, medo, ansiedade e outras repercussões para a saúde.

Este estudo visa atender a uma parcela do objetivo específico “Compreender a percepção dos profissionais da saúde, atuantes na Atenção Primária de Saúde e em hospitais, sobre o enfrentamento da COVID-19 no estabelecimento de conexões e superar fronteiras no combate a notícias falsas, medo, ansiedade e outras repercussões para a saúde.”.

### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Neste tipo de estudo ocorre a participação de todos os envolvidos nas situações que serão dialogadas e na busca de possíveis encaminhamentos, decisões. Neste momento inclui mediador e participantes, como pessoas atuantes que buscam o entendimento da realidade vivenciada (HEIDEMANN *et al.*, 2017). O Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire é constituído por três momentos interligados: Investigação Temática; Codificação e Descodificação; e Desvelamento Crítico. Estes momentos ocorrem em ambientes chamados de Círculos de Cultura.

Para esta pesquisa, optou-se por realizar o Círculo de Cultura de forma virtual, caracterizando o CCV. Esta forma de trabalho permite extrapolar os limites da presença de todos em um espaço físico, de modo que a troca de conhecimentos e experiências possibilite a promoção da saúde e bem-estar, mesmo distantes. Para a enfermagem, este método também se mostra bastante eficaz, permitindo o desenvolvimento do cuidado humano, integral e acolhedor, ainda que neste momento de restrição social (SOUZA; HEIDEMANN; MASSAROLI; GEREMIA, 2021).

Desta forma, o CCV foi desenvolvido por meio de um grupo de pessoas reunidas, com interesses em comum, que dialogam sobre situações de vida, elaborando, coletivamente, uma percepção mais profunda sobre a realidade (HEIDEMANN *et al.*, 2017). O método se faz possível com a utilização de práticas problematizadoras, eficientes pela sua capacidade de promover a aprendizagem significativa.

Essa alternativa pedagógica promove o protagonismo dos envolvidos no processo de aprendizagem ao movimentar os sujeitos, sensibilizando-os para o conhecimento. A curiosidade é despertada diante da realidade compartilhada entre os participantes, a partir de perguntas disparadoras do debate. Essa dinâmica permite transcender os territórios, predominantemente epidemiológicos da área da saúde, tornando possível a aproximação com a vida das pessoas e com as equipes.

### 3.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Foram convidados a participar do estudo enfermeiros das UTIs Adulto Geral de hospitais que instalaram unidade específica para COVID-19 na mesma instituição. Como critério de inclusão: ser enfermeiro em uma UTI Adulto Geral há mais de um ano. Os critérios de exclusão foram: enfermeiros que estavam afastados no período da coleta e, que atuam esporadicamente na UTI na cobertura de férias, licença médica. Os enfermeiros foram convidados por amostragem em rede. Isto é, nessa abordagem solicita-se que os primeiros membros da amostra indiquem outras pessoas que atendam aos critérios de elegibilidade (POLIT; BECK, 2011).

O convite foi estruturado em um Formulário *Google*, que continha as informações da pesquisa, aspectos éticos, riscos e benefícios, bem como a opção de aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Inicialmente, esse formulário foi enviado aos enfermeiros conhecidos dos pesquisadores, bem como solicitado aos colegas dos pesquisadores que enviassem o mesmo para enfermeiros que se encaixassem nos critérios.

Ao perceber a baixa adesão, a estratégia para buscar novos participantes foi enviar o convite para a pesquisa em redes sociais, bem como em um grupo nacional de enfermeiros. Após esse movimento, 21 enfermeiros de diferentes regiões do Brasil responderam ao questionário e aceitaram participar da pesquisa.

Em seguida, fez-se contato com esses 21 enfermeiros para agendar uma data e horário em que a maioria pudesse participar do CCV, através dos e-mails fornecidos no formulário. Obtendo poucas respostas no e-mail, foi elaborada uma enquete no Formulário *Google* com uma data específica, para que os participantes marcassem qual o melhor turno e horário que poderiam participar naquele dia. Contudo, e considerando que os convites foram feitos na época do segundo pico da COVID-19, a enquete também obteve poucas respostas.

Optou-se por agendar um encontro com uma semana de antecedência, convidando-os por e-mail com o link do encontro. No dia agendado, um lembrete foi enviado por e-mail aos enfermeiros, com o link do encontro. Dessa forma, participaram da pesquisa dois enfermeiros que atuam em UTI Adulto Geral no estado de Santa Catarina, região Sul do Brasil.

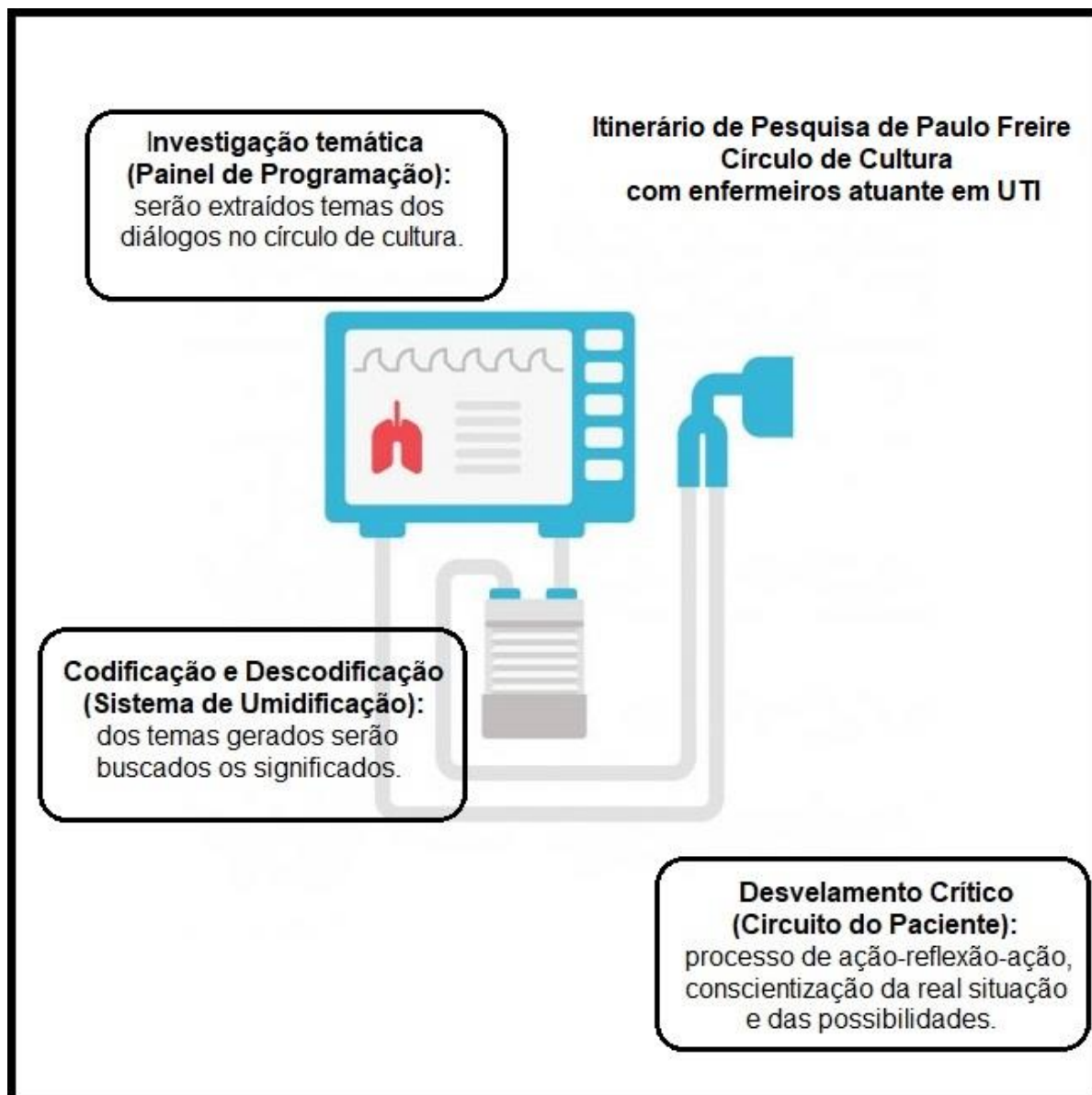
### 3.3 ITINERÁRIO DE PESQUISA: COLETA E ANÁLISE DE DADOS

O CCV ocorreu por meio da utilização de aplicativos de aparelhos eletrônicos, como o celular, que permitem a interação simultânea de um maior número de pessoas para que todos os participantes e pesquisadores consigam acessar o ambiente virtual no mesmo momento. O encontro foi agendado após o contato com os participantes, sendo que teve duração de aproximadamente 60 minutos.

O CCV ocorreu no dia 23 de março de 2021, sendo agendado com uma semana de antecedência, via e-mail. No dia os participantes receberam também um e-mail com o lembrete e o link para o encontro. A plataforma usada foi o *Hangouts Meet* e a sala foi aberta 15 minutos antes do programado, quando foram testados o áudio e o vídeo. Conforme os participantes entravam na reunião, foram sendo acolhidos e informados para aguardar os demais. Ainda, foram aguardados alguns minutos de tolerância para a entrada dos demais participantes. Ao iniciar o CCV, os pesquisadores prosseguiram com as apresentações e esclarecimentos acerca da pesquisa e seus aspectos éticos.

De maneira criativa e concreta pretendeu-se percorrer o Itinerário Freireano, utilizando um objeto, o ventilador mecânico, por ser frequentemente utilizado na realidade da UTI. Como exemplo, segue os momentos do Itinerário Freireano (Figura 1), em uma analogia com o ventilador mecânico, que representa um instrumento concreto e uma ferramenta de trabalho dos enfermeiros atuantes em UTI: Investigação Temática (Painel de Programação), Codificação e Descodificação (Sistema de Umidificação) e o Desvelamento Crítico (Circuito do Paciente).

Figura 1 - Etapas do Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire: Analogia com o Ventilador Mecânico



Fonte: elaborado pelo autor.

O primeiro momento do Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire é denominado Investigação Temática, e se caracteriza pelo diálogo com vistas à construção da educação e do pensamento crítico entre os participantes e os mediadores da pesquisa. Nesse momento acontece a identificação dos Temas Geradores, de acordo com a realidade dos sujeitos, por meio do universo vocabular extraído do cotidiano. A partir de então, a problematização vai acontecendo na medida em que os problemas são levantados por meio do diálogo, no qual os sujeitos participantes falam sobre as contradições, as situações concretas e reais em que estão vivendo (FREIRE, 2017).

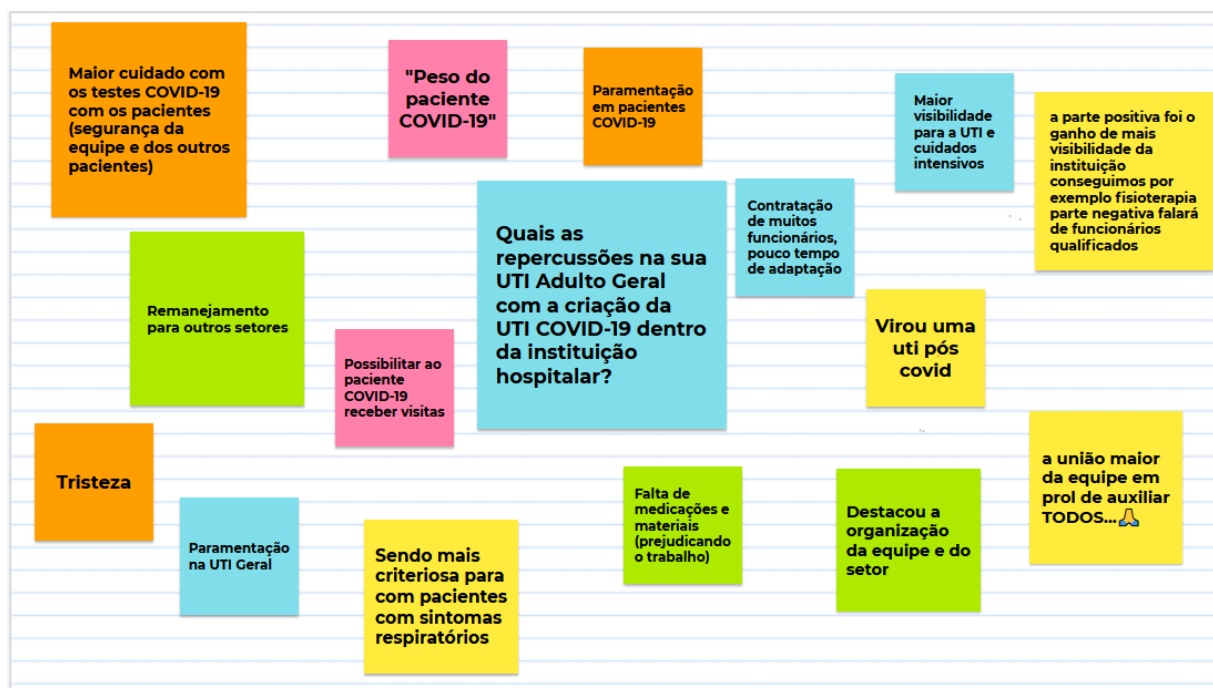
Na Investigação Temática é quando ocorre o levantamento dos Temas Geradores, buscando-se o universo de temas vividos pelos participantes do CCV, no seu meio cultural. É

quando se descobre o universo vocabular, os principais temas, questões, assuntos da realidade partindo do cotidiano dos participantes. Assim, é a partir disso que são constituídos os “Temas Geradores” que serão problematizados (KEMPFER; PRADO, 2020). O espaço oportunizado traz a possibilidade do *empowerment*, pois, associado ao diálogo motiva os participantes a refletirem sobre sua realidade (FREIRE, 2011).

Portanto, para iniciar o diálogo e discussão, o pesquisador mediador apresentou aos participantes a analogia com o ventilador mecânico: esta parte inicial estaria relacionada ao painel de programação do ventilador. Isto é, no painel de programação é onde são inseridas as informações essenciais para que seja possível ventilar o paciente. No CCV, este seria o momento do surgimento de ideias, de informações, para que fosse possível compreender a realidade dos participantes.

Assim, foi lançada a pergunta disparadora: “Quais as repercussões na sua UTI Adulto Geral com a criação da UTI COVID-19 dentro da instituição hospitalar?”. Para responder, os participantes foram convidados a acessar o aplicativo *Jamboard* e inserir palavras ou frases que pudessem representar suas ideias. Em seguida, o quadro foi projetado, conforme Figura 2, de forma que os participantes pudessem validar as ideias, sendo instigados a comentar sobre as palavras/frases que escolheram.

Figura 2 - Ideias sobre as repercussões na UTI Adulto Geral com a criação da UTI COVID-19



Fonte: elaborado pelo autor.

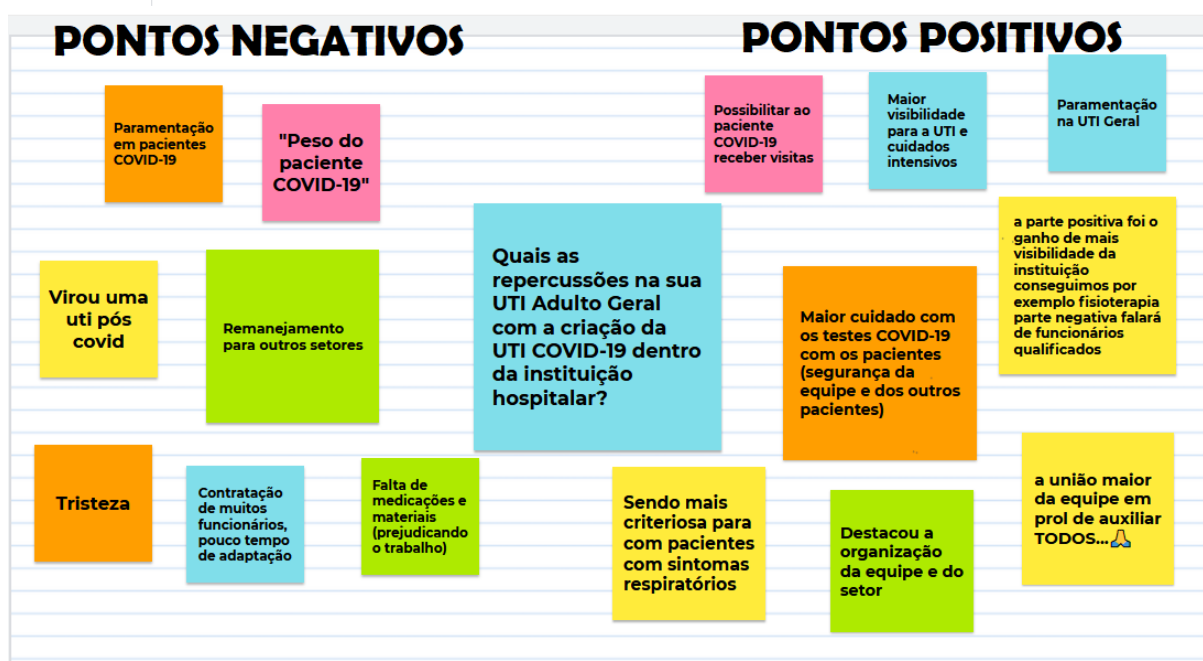
Após o levantamento dos Temas Geradores, iniciou-se o momento da Codificação, no qual foram reveladas as contradições e apontadas as representações das situações vividas. A Descodificação envolve quatro momentos subsequentes, no qual os sujeitos são questionados a descrever: o que veem ou sentem, como definem o nível principal do tema, como vivenciam as experiências, por que estas temáticas existem, e como desenvolver e planejar ações para endereçá-los. Desta forma, os códigos foram gerados e, pelo diálogo, novos códigos puderam surgir e expressar a análise crítica do que a codificação apresenta, que é a realidade (FREIRE, 2017).

Ou seja, é quando os Temas Geradores são codificados e decodificados através dos diálogos e vão tomando consciência do mundo em que vivem. Os temas são discutidos, problematizados, contextualizados, de forma que a visão mágica inicial é substituída por uma visão crítica e social do mesmo assunto. As codificações representam as situações existenciais, as mediações entre o contexto concreto e teórico. É o momento de análise da situação vivida pelos participantes, em que eles passam a admirar e refletir sobre sua ação. Isto é, os participantes refazem seu poder reflexivo, reconhecendo-se como seres capazes de transformar o mundo (KEMPFER; PRADO, 2020).

Esse momento foi relacionado ao sistema de umidificação do ventilador mecânico: o sistema de umidificação, após as informações inseridas no painel de programação, faz outra etapa de preparo do oxigênio proveniente do ventilador, refinando-o antes que chegue ao paciente. Da mesma forma, a Codificação e Descodificação também refina as ideias que surgem, de modo a revelar outros significados e códigos que permitem a melhor compreensão do universo dos participantes

Durante o diálogo, os participantes trouxeram que as ideias refletiam dois Temas Geradores: “pontos positivos” e “pontos negativos”. Assim, enquanto o pesquisador mediador conduzia o diálogo, o pesquisador observador reorganizava as ideias (ali colocadas como *post-its*) de acordo com a fala dos participantes. Isto é, as ideias que eles diziam ser um ponto positivo ou negativo eram colocadas de um lado ou outro do *Jamboard*. Ao final da reorganização de ideias, o quadro ficou com os pontos positivos (à direita) e negativos (à esquerda). O quadro então foi mostrado aos participantes e essa reorganização foi validada com os mesmos, resultando no que pode ser observado na Figura 3.

Figura 3 - Temas geradores das repercussões na UTI Adulto Geral com a criação da UTI COVID-19



Fonte: elaborado pelo autor.

O último momento do Itinerário de Pesquisa é o Desvelamento Crítico, que retratou a reflexão preliminar das propostas extraídas por meio da codificação objetiva, abarcando princípios da subjetividade interpretativa, retratando a realidade e as possibilidades (HEIDEMANN *et al.*, 2017).

Ele representa a tomada de consciência da situação existencial, quando se descobrem os limites e as possibilidades. Ocorre, portanto, o processo de ação-reflexão-ação que possibilita aos participantes aprender, pois evidencia a necessidade de uma ação concreta, social, cultural visando as “situações limites” e superação das contradições. Pode-se dizer que é o momento da tomada de consciência da realidade vivida (KEMPFER; PRADO, 2020).

Relacionando ao ventilador mecânico, após a programação das informações no painel de programação e o preparo do oxigênio no sistema de umidificação, o Desvelamento Crítico se relaciona ao circuito do paciente que levam o oxigênio preparado e refinado ao seu destino final. Da mesma forma, o Desvelamento Crítico proporciona esta qualificação e refinamento das ideias e códigos antes suscitados, de modo que os participantes possam ter um novo olhar sobre aquela realidade.

A análise dos temas foi realizada concomitantemente com a investigação para determinar o desvelamento crítico das temáticas eleitas e discutidas com a literatura pertinente ao referencial teórico e metodológico. O Itinerário de Freire prevê o processo analítico de investigação.

Assim, foi realizada concomitantemente com a investigação e, para tanto, os temas gerados em cada encontro foram anotados, gravados e transcritos pelos pesquisadores integrantes do projeto. O desvelamento dos temas investigados foi realizado durante todo o processo e com todos os participantes do CCV, conforme prevê o método de Paulo Freire. Os temas foram ressignificados por meio das discussões e reflexões que emergiram nos encontros. Esta etapa é um processo contínuo de ação-reflexão-ação, que auxilia na compreensão da realidade (FREIRE, 2017), a partir das discussões que emergiram no CCV, no qual os participantes puderam se fortalecer para promover o enfrentamento da COVID-19.

Ressalta-se que para a utilização deste método, ainda que os pesquisadores já tivessem alguma experiência, foram realizadas leituras acerca da utilização do CCV, bem como diálogos com outras expertises sobre o uso do Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire. Tal movimento fortaleceu a segurança dos pesquisadores para a condução do CCV, bem como potencializou as condutas e estratégias de abordagem aos participantes.

Durante o encontro, foi possível perceber a importância da sincronia entre os pesquisadores. Isto é, enquanto o pesquisador mediador realizava a condução do diálogo, o pesquisador observador organizava os temas que surgiam de acordo com a fluência do diálogo, preparando um esquema para apresentar e validar com os participantes na sequência do encadeamento de ideias. Essa sincronia foi imprescindível para que a condução ocorresse de modo fluido e leve, sem interrupções ou lacunas nos diálogos.

Dessa forma, ao rever as gravações, foi possível observar o encadeamento dos momentos do Itinerário de Pesquisa. Acredita-se que a participação dos pesquisadores dessa forma contribuiu para qualificar a condução do CCV, de modo que não seria possível se apenas um pesquisador estivesse participando.

Justifica-se, portanto, a realização do CCV em um único encontro, visto que a dinâmica entre os pesquisadores possibilitou que o Itinerário de Pesquisa fluísse durante o diálogo, evitando quaisquer lacunas e/ou interrupções nas ideias. Isto é, acredita-se que marcar vários encontros poderia resultar na diminuição de participantes ao decorrer dos encontros, de modo a descontinuar o diálogo, haja vista a dificuldade em agendar um horário em que todos os participantes pudessem participar.

### 3.4 ASPECTOS ÉTICOS

Essa pesquisa tem parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) (Anexo A), sob o protocolo CAAE: 4.068.387, cumprindo as exigências estabelecidas pela Resolução nº. 466/2012. A pesquisa, como descrito anteriormente, foi realizada por meio do ambiente virtual e não é vinculada à população de uma determinada instituição, por isso não foi solicitado autorização de instituição.

No primeiro contato para organização do CCV, primeiramente foi disponibilizado para os participantes um TCLE (Apêndice A), que foi enviado por e-mail, através de um link do Formulários *Google*. As pesquisadoras ficaram à disposição para que os participantes tivessem a oportunidade de elucidar dúvidas e, ter informação sobre o teor da pesquisa, bem como proteger, o pesquisador e os entrevistados, assegurando o anonimato dos envolvidos no processo.

Para manter o anonimato dos participantes, foram utilizados codinomes E1, E2. Quanto às gravações obtidas durante a realização da pesquisa, os participantes foram esclarecidos sobre a utilização deste material para fins científicos pela pesquisadora, e aceitaram por meio do aceite do TCLE no Formulários *Google*. O material produzido no CCV foi transcrito e armazenado, em arquivos digitais, em computador próprio da pesquisadora principal em pastas protegidas com senha, mas somente tem acesso os pesquisadores participantes da coleta de dados. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, no notebook institucional da pesquisadora/professora responsável, por um período de cinco anos e após, serão destruídos.

Os riscos que puderam ser evidenciados no estudo se referem a possível preocupação/constrangimento por parte dos participantes frente ao diálogo/conversa promovido na entrevista. No entanto, para aliviar estes riscos, pretendeu-se tornar os diálogos numa conversa agradável e de troca de experiências. Todavia, mesmo utilizando as medidas protetivas descritas acima, caso os riscos ainda assim ocorressem, seria acionado o serviço de apoio psicológico da universidade na qual os pesquisadores estão vinculados para suporte.

Quanto aos benefícios da pesquisa, pode-se dividi-los em dois períodos de tempo: curto e médio/longo prazo. Em curto prazo, os benefícios estiveram diretamente ligados com os participantes da pesquisa, que tiveram a oportunidade de refletir sobre seus conceitos quanto à saúde e suas vivências para promover a saúde na vivência do enfrentamento da COVID-19. Já a médio/longo prazo, os benefícios deste estudo têm o potencial de fornecer

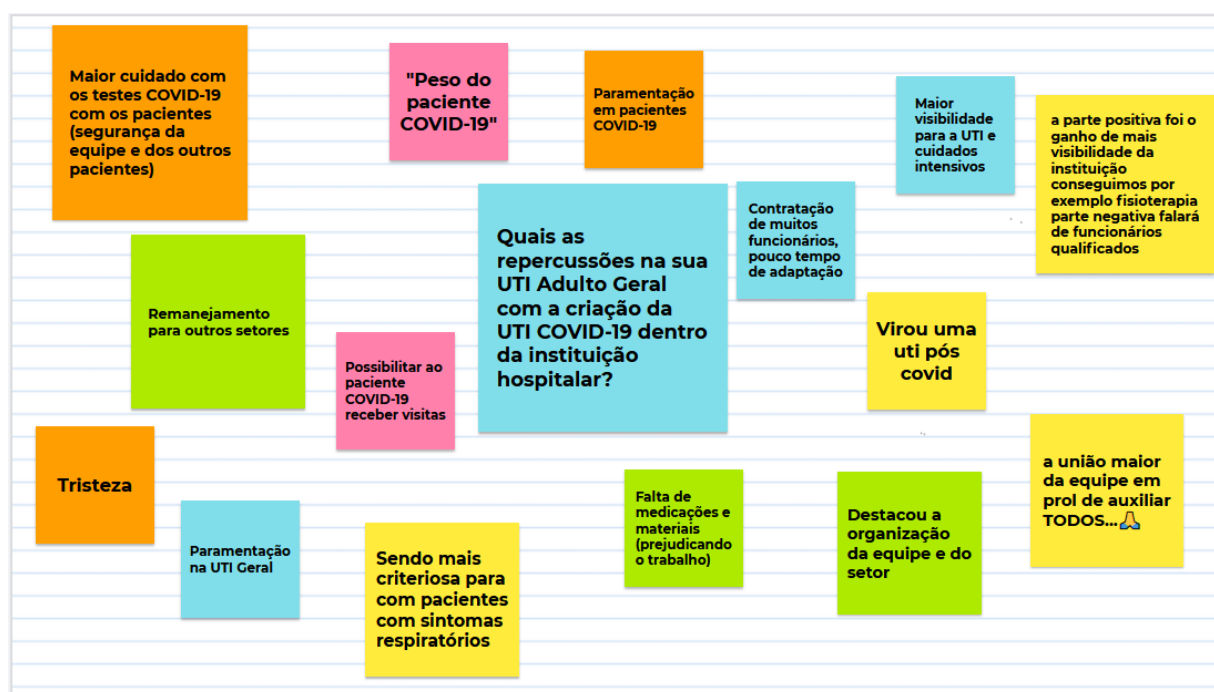
aos participantes do estudo a ampliação do conhecimento sobre os saberes e fazeres para promover a saúde, com vistas a auxiliar no enfrentamento da COVID-19, buscando contribuir para a ampliação e desenvolvimento de políticas em prol da saúde destes indivíduos nestes momentos críticos de pandemia, que tanto carece de informação e de uma assistência integral, resolutiva, humanizada, acolhedora e com equidade.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Sobre a caracterização dos participantes da pesquisa: um é do sexo masculino e um do sexo feminino; os dois enfermeiros atuam como enfermeiros assistenciais; um deles atua em UTI por um tempo de um a dois anos, enquanto o outro há cinco anos ou mais; um deles atua na UTI da instituição por um tempo de um a dois anos, e o outro atua na UTI da instituição há cinco anos ou mais. Ainda, os dois afirmaram que houve abertura de UTI COVID-19 na instituição em que trabalham, sendo que também os dois atuam ou já atuaram na UTI COVID-19 no período.

Na Investigação Temática, após ampla discussão, emergiram várias ideias que podem ser observadas na Figura 2:

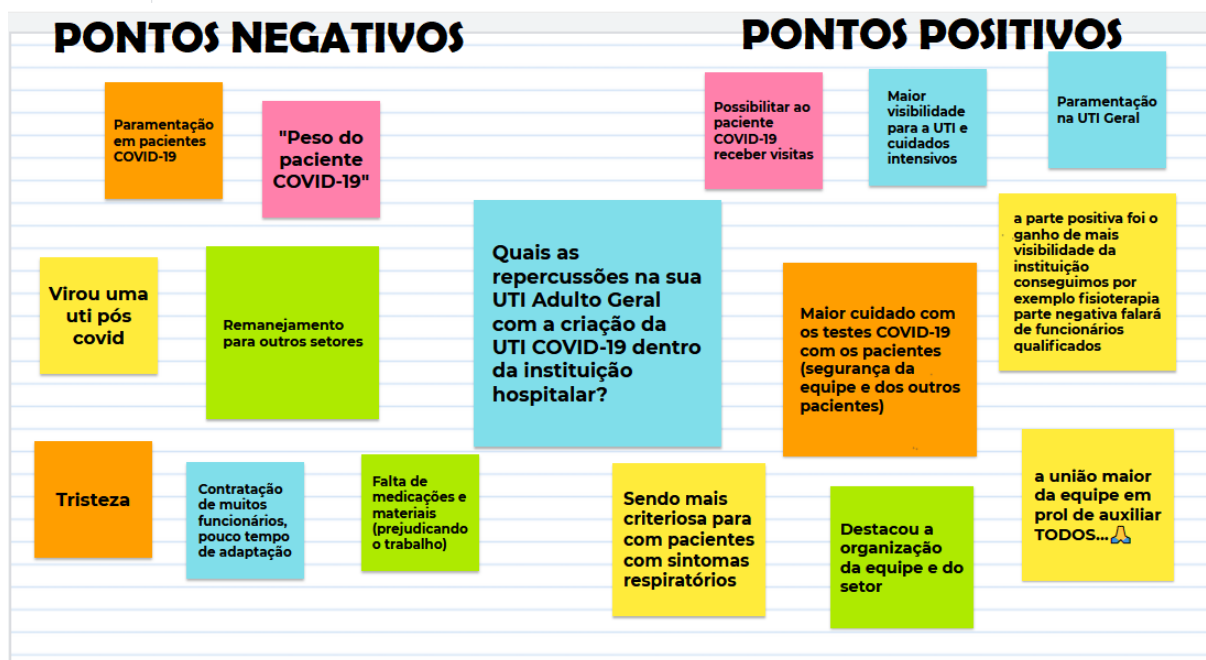
Figura 2 - Ideias sobre as repercussões na UTI Adulto Geral com a criação da UTI COVID-19



Fonte: elaborado pelo autor.

A partir das ideias surgidas, os participantes elegeram dois Temas Geradores: pontos negativos e pontos positivos. As ideias inseridas no *Jamboard* foram então reorganizadas, de modo que os pontos negativos ficaram à esquerda e os pontos positivos ficaram à direita, resultando na Figura 3:

Figura 3 - Temas geradores das repercussões na UTI Adulto Geral com a criação da UTI COVID-19



Fonte: elaborado pelo autor.

Na Codificação e Descodificação foram surgindo elementos, ditos pelos participantes como pontos negativos, que dizem respeito às repercussões emocionais da pandemia. Isto é, ao serem instigados a pensar acerca de que repercussões a pandemia teve em sua UTI Adulto Geral, os participantes trouxeram que desde o início do momento pandêmico sentem ansiedade e dificuldade para dormir, bem como se sentem impactados frente à condição clínica dos pacientes.

É importante ressaltar que os dois participantes da pesquisa já atuaram também na UTI COVID-19 de sua instituição, bem como trabalham constantemente com pacientes pós COVID-19 na UTI Adulto Geral, quando estes passam do período de transmissibilidade, mas ainda precisam de cuidados intensivos:

*E2: "Infelizmente tem pacientes que ainda precisam de cuidados intensivos. Passaram 20 dias, e tem leito de UTI Geral, eles podem ser transferidos para UTI Geral, até porque daí eles conseguem sair do isolamento."*

Nesse sentido, surgiu no diálogo relatos de que os pacientes agora vêm apresentando pneumonias mais agressivas e necessitam de mais tempo de internação em UTI.

Concomitantemente, os participantes trouxeram também a tristeza por perder tantos pacientes, que sentiram o ambiente da UTI mais pesado após o advento da pandemia.

*E1: “É, essa parte do ponto negativo é a parte emocional. Porque no momento que o médico pede que precisamos entubar, você sabe que tem que entubar, o que tem que fazer, o material que tem para passar, medicação que tem que fazer, mas tu escutar o paciente pedindo que ela não quer ser entubada, que ela não quer morrer, isso depois do plantão pesa muito, a gente fica refletindo, dá muita ansiedade, dá muito desespero.”*

*E2: “[...] também deixou a gente muito triste o peso do COVID, dos pacientes COVID, o agravamento deles, por mais que na UTI a gente sempre tenha pacientes graves, por ser Unidade de Terapia Intensiva, mas a gente viu um outro tipo de paciente. Por exemplo, eu não tinha um paciente com uma PEEP de 20, uma PEEP de 15 num ventilador mecânico, era muito difícil. As SARA, as PAV, as pneumonias, as infecções são muito mais agressivas, eu acho que isso, às vezes, deixa a equipe mais triste, a gente perde pacientes também, que a gente não perderia se fosse outras doenças. Então isso deixou mais carregado o clima da UTI, até porque todos os médicos, todos os profissionais acabavam lá, num momento de crise, desabafando, ia carregando o nosso ambiente também [...]”*

*E2: “Seria um remanejo não que obrigatório, nunca ninguém nos obrigou a estar lá. Eu sabia que a gente precisaria estar lá, mas eu chorei todos os dias pelo desespero de não dar conta de atender o paciente, de não conseguir assim ‘não, meu plantão ficou isso, isso e isso, no plantão falta isso’, porque a gente literalmente não conseguia fazer isso. Na assistência, a gente não conseguia dar assistência adequada aos pacientes, meu choro foi isso, a minha dor foi essa. Mas, foi porque a gente estava num momento de crise, a gente ainda está, só que a gente está ali na UTI, então a gente está escondidinho, então ali a gente está mais relaxado, vamos dizer assim”*

Magalhães e Melo (2015) apontam que profissionais de saúde dos setores de urgência e emergência, ou mesmo que vivenciam estas situações, podem sofrer desgaste físico, emocional e estresse, pois estes setores caracterizam-se como ambientes em que a equipe está sob a exigência de resultados imediatos e eficazes na prestação de cuidados. Ainda, estas equipes convivem constantemente com o risco iminente de morte, relacionado principalmente

à complexidade dos cuidados necessários a estes pacientes, e estão sujeitas a fatores pessoais e emocionais, o que também pode influenciar na vivência do estresse e da depressão.

Da mesma forma, os participantes também trouxeram aspectos sobre as repercussões assistenciais da pandemia, no que se refere ao processo de trabalho, à assistência prestada e à gestão de equipes.

Surgiram relatos sobre a falta de profissionais, devido, principalmente, à intensa abertura de novos setores e serviços destinados ao atendimento de pacientes com sintomas e/ou diagnóstico de COVID-19. Com a chegada da pandemia e a abertura destes novos serviços, observou-se no país uma crescente demanda de profissionais, com ênfase nos profissionais da enfermagem, necessários para evitar uma quebra na escala de produção e serviço (BACKES *et al.*, 2021; BLACK *et al.*, 2020; BITENCOURT *et al.*, 2021).

Arelado a isso, os participantes relataram uma intensa contratação de funcionários novos, porém, muitas vezes sem tempo hábil para treiná-los e qualificá-los para trabalhar na UTI, visto que os novos funcionários algumas vezes não possuem experiência em Terapia Intensiva, ou mesmo em ambiente hospitalar.

*E1: “Eu vejo que, tanto no pronto socorro, como eu fui remanejado para umas UTIs novas, mais profissionais que não tinham ou experiência com paciente crítico ou até trabalhar em hospital, então tinha que avaliar seu paciente e ainda explicar para o funcionário como é que tinha que ser feita aquela medicação, diluir, isso tomava um tempo, e em 6 horas era impossível você conseguir fazer tudo. Técnicos vieram falar para mim, uma coisa que eu falo que eu gostei muito lá, é que eles estão ali para ajudar, e foi o relato de uma técnica de enfermagem que ela me passou assim ‘olha, eu nunca trabalhei em hospital, o que eu tenho dúvida eu chamo, me desculpe se eu tô te chamando demais’, e eu falei ‘não, você tá certa, antes de você fazer algo errado’, relatei pra ela que ela poderia me chamar quando quisesse, a gente não tá provocando nada de pior pro nosso paciente que tá ali nesse momento tão difícil, pra gente tá conseguindo dar continuidade ao tratamento.”*

*E1: “[...] a gente foi [para a UTI COVID-19], ajudou, mas era aquela sensação, parecia que fazia, fazia, fazia, mas não saía do lugar, tentava ajeitar e nem na UTI Geral ali a gente tem nossa rotina e a gente tinha que organizar e passa uma ou duas coisas pendentes pro próximo plantão e o plantão seguinte ele consegue dar continuidade. No início, mesmo [inaudível] no pronto socorro, tinha momentos que eram 14, 15, 16 pacientes entubados, pacientes críticos, e você tentava fazer alguma coisa, mas não saía do lugar, passava pro*

*próximo plantão, ele era a mesma coisa, pedalava, pedalava, mas não saía do lugar. Isso gerou assim pra mim ansiedade pra ir no próximo plantão, dificuldade pra dormir, porque tu não se desligava do plantão, pensando ‘meu deus, o que que eu vou encontrar amanhã? o que vai ser o plantão? se vai ter funcionário suficiente pra tá assumindo’ porque está lá, você vai coordenar a equipe, mesmo não sendo a sua, você está lá auxiliando, então você tem que direcionar os técnicos.”*

*E2: “[...] o que veio a parte negativa também, porque a gente teve que se adequar novamente, às vezes a falta de funcionário, as dificuldades de a gente ter que contratar novos profissionais, ter que inserir eles no nosso grupo muito rápido, por a gente não ter mais tempo para qualificar esse profissional ali com nós [...]”*

De acordo com a OMS, no relatório *State of the world's nursing* 2020, que teve a participação de 191 países, o Brasil apresenta uma densidade de 101,4 profissionais de enfermagem por 10 mil habitantes, que representa um valor acima do limite em comparação aos demais países. Além disso, observa-se que a maior parte desses profissionais é de nível médio e apenas 24,12% dos profissionais da enfermagem possuem nível superior no Brasil (BACKES *et al.*, 2021).

Esse aumento na demanda de carga de trabalho e as equipes de saúde mal dimensionadas fazem com que os profissionais vivenciem situações onde precisam tomar decisões bioeticamente questionáveis, como qual paciente vai receber a vigilância intensiva respiratória, devido à incapacidade de prestar assistência qualificada com número de profissionais reduzido (BACKES *et al.*, 2021; DANTAS, 2021).

Além disso, as altas taxas de rotatividade dos profissionais estão relacionadas em estudo com desfechos desfavoráveis, como maior incidência de extubação não planejada, maior perda de sondas nasogástricas e nasoenterais, maior incidência de lesões de pele e perdas de cateter venoso central. Soma-se a isso o fato de que os processos de recrutamento e seleção são acelerados, inviabilizando aos profissionais recém-contratados a integração com as rotinas e protocolos institucionais, o que reflete diretamente na qualidade da assistência prestada e na sobrecarga de trabalho (BACKES *et al.*, 2021; GALINDO NETO *et al.*, 2021).

Nesse sentido, Galindo Neto *et al.* (2021), apontam que essa alta rotatividade de profissionais pode ser ocasionada, dentre outras coisas, pela remuneração. Isto é, as vagas de emprego que possuem baixa remuneração podem resultar em insatisfação trabalhista e maior evasão. Desse modo, sugerem que um dos fatores influenciadores da qualidade da assistência

prestada é o aspecto financeiro, que pode motivar ou não a participação de muitos profissionais, no momento, imprescindíveis para prestar assistência em um momento crítico de pandemia.

Outro aspecto apontado pelos participantes foi a dificuldade em trabalhar com a paramentação nos setores que prestam atendimento a pacientes com COVID-19. Essa preocupação também foi evidenciada por outro estudo (GALINDO NETO *et al.*, 2021), que demonstra que o medo e a preocupação dos profissionais de saúde em relação à falta de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e à qualidade destes foi percebida em manifestações destes profissionais em redes sociais do MS.

*E1: “[...] a gente voltou a utilizar a PFF2, a N95. Acredito que no início, assim, foi bem desconfortável, ela é difícil pra respirar, mas agora acho que o pessoal já se adequou com a N95 dentro da instituição. Isso então para os demais setores. Na UTI COVID, enfermaria, qualquer lugar que tenha paciente COVID em contato, então a paramentação, você tá com a tua roupa, tá com teu avental, aí pra tu mexer no paciente tu tem que usar mais um avental de plástico, em locais às vezes que não tem uma climatização, então assim, dias quentes você sai molhado, tem que usar face shield, às vezes ela fica muito apertada, começa a doer a cabeça... E isso num plantão de 6 horas até vai, mas quando é 12 era mais complicado. E também eu vejo que outra parte é do profissional né. Antigamente, na UTI Geral a gente saía, ia pro banheiro, tomar água a hora que a gente quer. Na UTI COVID isso já é um pouco mais restrito porque tem que desparamentar. E também, antigamente, a gente também tinha uma falta de aventais, então a gente tentava minimizar essa saída para evitar de ter que lavar roupa depois, lavar esses aventais pra depois não faltar para o próximo turno. Às vezes, elas eram usadas 4 vezes depois eram descartadas, não tinha essa grande rotatividade dos aventais. E outra coisa que é ficar fora, ficar no intervalo e ter que atender uma emergência, tu já perde um tempo para se paramentar. E daí se você não se paramentar certo, você pode estar se contaminando. Isso no ambiente com COVID.”*

*E2: “A paramentação é muuuito ruim... A gente se sente sufocada naquilo porque se paramentar sabe que aquilo é para nossa segurança, primeiro para nossa segurança, e depois a segurança do paciente, mas, meu deus, eu me lembro que alguns plantões que a gente fez todo paramentado, você saía de lá mal, mas não pelo cansaço, mas sim pelo suor que você tava molhaada, pela sensação assim de você olhar e só ter os olhos da pessoa*

*enxergando, porque o resto tá tudo tapado. Isso nos prejudicou bastante, sabe, nos deixava mais fracos fisicamente também.”*

Ademais, ainda que estes últimos relatos sejam entendidos como repercussões assistenciais, chama a atenção que todos eles envolvem, em algum grau, um aspecto emocional e/ou psicológico, seja em estar em casa, mas preocupado com o que está acontecendo na UTI, seja a resistência que estes profissionais apresentam trabalhando com uma paramentação que causa tanto desconforto quanto foi dito.

De acordo com Freire (1989, p. 13), o diálogo evidencia que este momento não é constituído só de palavras, ele é constituído principalmente de sentimentos e emoções, é a leitura do mundo:

[...] a leitura do mundo precede sempre a leitura da palavra e a leitura desta implica a continuidade da leitura daquele. [...] Movimento em que a palavra dita flui do mundo mesmo através da leitura que dele fazemos. De alguma maneira, porém, podemos ir mais longe e dizer que a leitura da palavra não é apenas precedida pela leitura do mundo, mas por uma certa forma de “escrevê--lo” ou de “reescrevê--lo”, quer dizer, de transformá--lo através de nossa prática consciente.

Esta “sequência” de falas trazidas pelos participantes muitas vezes como “frustração” foi ilustrada com uma mescla das suas vidas pessoal e profissional. Isto é, foi possível perceber que a realidade vivenciada por estes enfermeiros em suas UTIs Geral, realidade essa afetada e modificada pela pandemia da COVID-19, fez com que eles olhassem com outros olhos para o cenário à sua volta.

Sabe-se que até o dia 01 de maio de 2021, o Brasil alcançou a marca de 2.278 mortes por COVID-19 em 24 horas, sendo que o número total de óbitos desde o início da pandemia no Brasil é de 406.565 brasileiros. Ainda, o país acumulou 14.725.490 casos confirmados de infecção por SARS-CoV-2 até o início do mês de maio de 2021, sendo que o mês de abril de 2021 se mostrou o mais letal até o momento, sendo esta situação exacerbada pelo não cumprimento pela população em geral das normas sanitárias instituídas no ano passado (FOLHA DE SÃO PAULO, 2021).

Barreto *et al.* (2021) apontam que o descumprimento das medidas não farmacológicas de redução da transmissão da COVID-19, como o uso de máscara, distanciamento social, isolamento social, controle sanitário, quarentena aos casos suspeitos e confirmados de COVID-19, dentre outras, comprovadamente estão associados ao aumento da transmissão do SARS-CoV-2. Ainda, também é comprovado que medidas não farmacológicas isoladas, como

o fechamento de escolas e de locais de trabalho, proibição de eventos públicos e reuniões com mais de dez pessoas, bem como condições específicas para sair de casa e limites de movimento interno influenciam significativamente na redução da transmissão do vírus (SILVA; CROSSETTI; GIMÉNEZ-FERNÁNDEZ, 2021; ZIMMERMANN *et al.*, 2020).

Considerando que o SARS-CoV-2 é um vírus muito novo, a escassez de informações e evidências acerca da transmissão, incidência, evolução da doença, letalidade, efeitos e desfechos parece favorecer um aumento de *fake news*, o que acarreta em um desconhecimento por parte da população acerca da verdadeira face da doença, de modo que os indivíduos são levados a desacreditar nas medidas preventivas de transmissão do vírus (SOUZA *et al.*, 2021; SILVA; CROSSETTI; GIMÉNEZ-FERNÁNDEZ, 2021).

Exemplo disso é a política negacionista que tem surgido no Brasil, principalmente após o anúncio da pandemia. Esse discurso tem sido ilustrado desde março de 2020 com afirmações de que a pandemia não afetaria o Brasil devido ao grande número de jovens e às altas temperaturas, às quais, supostamente, o vírus não sobreviveria. Consequentemente, foi possível observar um relaxamento por parte da população das medidas restritivas estabelecidas para frear o aumento da doença, o que foi decisivo no aumento do número de casos confirmados e óbitos por conta da COVID-19 (CALIL, 2021; PEREIRA, 2021).

*E2: “Por isso que me dá muita raiva, de eu passar na rua assim, quando estava fechada, quando não era pra sair e as pessoas sem máscara. Isso me dava uma vontade de parar o carro e de xingar tanto as pessoas [...] E daí as pessoas de fora julgam ou fazem as besteiras de se aglomerar por besteira, sem saber da noção, da gravidade que estamos.”*

*E1: “E eu vejo que essas pessoas que acham que não é tão grave assim, elas deviam pelo menos ver a realidade, pra ver se se conscientizam. E com essa nova variante, muitos pacientes jovens e o pessoal não tá se cuidando. É complicado, isso sobrecarrega o nosso trabalho, faz com que a gente tenha que fazer horas extras, ser remanejado para estar auxiliando os demais setores [...]”*

Passado um ano no surgimento do SARS-CoV-2, ainda que não tenhamos descoberto nenhuma opção farmacológica específica capaz de tratar a COVID-19 ou preveni-la, foi possível determinar que as medidas estritas de isolamento social da população mostraram-se as intervenções mais eficazes para conter o avanço da doença. Dessa forma, e visto que o não cumprimento das medidas acarreta o aumento da transmissão do vírus, causando uma alta

taxa de óbitos, e sobrecarrega as equipes e profissionais de saúde, entendem-se como imprescindível e emergencial a sensibilização e conscientização da população acerca da realidade nacional (TIMERMAN *et al.*, 2021; SOUZA *et al.*, 2021).

Por outro lado, percebem-se os impactos na saúde mental de enfermeiros que atuam na linha de frente, a exemplo dos participantes desta pesquisa:

*E2: “Para mim, foi sofrimento de ter ido para outro setor e a gente chegar lá e não conseguir dar conta, porque literalmente, quando a gente foi remanejado para o setor, a gente se ofereceu também pra ajudar, porque a gente sabia que tem colegas lá que estavam esgotados, e ainda estão esgotados. Então, tipo, eu chorei todos os dias [inaudível] para minha coordenadora.”*

*E2: “[...] elas [as pessoas, a população] não sabem o quanto o profissional de saúde sofreu e ainda sofre, teve que se privar de coisas. A gente ainda está se privando. A gente não está tendo folga, a gente está tendo que fazer troca de plantão se a gente quiser folga, a gente trabalhou a mais, a gente recebeu, tudo bem, estamos recebendo o nosso salário em dia, mas a gente trabalhou não foi por dinheiro, foi para não deixar o hospital se ferrando né, sofrendo, trabalhando pelo paciente.”*

O estudo de Lindemann *et al.* (2020) obteve a participação de 307 profissionais da saúde, dentre outros participantes, e observou que 64% dos respondentes referiram percepção elevada de medo de se contaminar por SARS-CoV-2, relacionando esse sentimento a importantes fatores sociodemográficos, de saúde, de comportamento e de conhecimento sobre o vírus e a doença. Dentre os indivíduos que relataram medo de contaminação, observou-se maior prevalência em indivíduos que fazem parte do grupo de risco e dos que estão inseridos no mercado de trabalho, provavelmente pela percepção de exposição aumentada.

O estresse e o medo podem ser potencializados entre as pessoas que trabalham de forma remota ou que estão impossibilitadas de trabalhar no momento de pandemia, visto que existe a preocupação com o sustento da família e próprio. Outro fator de risco à saúde mental da população é a desinformação, mais uma vez, e a preocupação pelas consequências econômicas da pandemia. Desse modo, têm-se considerado que o medo de ser infectado e todas as nuances paralelas a este cenário contribuem para o aumento dos casos de depressão, ansiedade e estresse (LINDEMANN *et al.*, 2020; DANTAS, 2021).

Soma-se a isso um percebido preconceito por parte da população em geral em manter qualquer tipo de contato com profissionais atuantes na linha de frente ao combate ao Coronavírus. Atribui-se esse comportamento em parte ao medo de contaminação, visto que estes profissionais estão constantemente em contato com pacientes com COVID-19 e apresentam um risco maior de infecção pelo SARS-CoV-2, em parte por outras questões não elucidadas até então. Esse comportamento, por sua vez, também tem o potencial de influenciar no desenvolvimento de acometimentos na saúde mental dos profissionais (PEUKER; MODESTO, 2021).

No que diz respeito aos profissionais de saúde, ressalta-se a necessidade de incentivos e reconhecimento em diversas esferas, dentre elas a financeira/salarial, devido ao trabalho incansável e estressante na linha de frente. É necessário levar em conta que estes profissionais estão se afastando da família, correndo o risco de contaminação, fazendo horas exaustivas de trabalho (exacerbadas pelo uso da paramentação e pela carga emocional e psicológica) e não há sentimentos positivos sobre estar salvando vidas que possa reparar os danos físicos, emocionais e psicológicos, principalmente, de atuar em uma situação desta magnitude (BITENCOURT *et al.*, 2021; SILVA; CROSSETTI; GIMÉNEZ-FERNÁNDEZ, 2021; DANTAS, 2021).

Galindo Neto *et al.* (2021) sinalizam a necessidade de que o governo federal reconheça os aspectos que cercam os profissionais de saúde, com ênfase nos profissionais da enfermagem, e assim ofereça salário digno e compatível com a responsabilidade que os cabe atualmente. É necessário ressaltar que a baixa remuneração associada a todos os outros fatores estressantes da rotina atual do profissional de enfermagem (e da saúde) interferem no adoecimento mental, contribuindo para o absenteísmo e, conseqüentemente, para a redução da qualidade da assistência.

Em contrapartida, também surgiram aspectos positivos após a criação das UTIs COVID-19, tais como uma valorização da enfermagem e do setor de Terapia Intensiva, e uma reformulação da assistência prestada nas UTIs Geral. Foi possível perceber na fala dos participantes a importância e protagonismo que eles veem na Enfermagem e nas suas equipes, bem como, a alegria em trabalhar em seu setor, principalmente devido à organização já implantada:

*E1: “E o momento que você recebe a notícia que você vai voltar pra UTI, pra UTI Geral no caso, é muito bom (risos). Porque tem toda a rotina, você sabe, você fica mais tranquilo que a tua equipe está ali também, mesmo tendo funcionários novos, ela te ajuda,*

*você dá conta do que está fazendo. Mas eu fico assim com o coração um pouco na mão, porque queria estar fazendo mais com os outros pacientes que estão nessa situação, com profissionais inexperientes, falta de funcionários, mas eu acho que a gente tem que começar a se cuidar, se a gente não se cuidar, a gente não vai conseguir cuidar o próximo.”*

*E1: “[...] a gente teve que ser remanejado muitas vezes para ajudar outros setores e isso fez a gente, claro, valorizar a nossa, o nosso lugar de trabalho, a UTI, a nossa organização que a gente aprendeu e percebe o quanto que a gente é organizado na nossa unidade [...]”*

Outro elemento bastante reforçado pelos participantes foi como a organização das UTIs Geral mudou para se adequar ao cenário de pandemia e, dessa forma, reestruturou a assistência prestada:

*E1: “Isso também melhorou na UTI Geral e nos outros ambientes e o profissional médico, enfermeiro ou técnico de enfermagem que está beira leito ali na hora da intubação em qualquer outro setor, ele tem uma paramentação um pouquinho melhor, tem pelo menos a face shield dentro dos carrinhos de emergência pra quem tá ali próximo, o médico vai entubar, o enfermeiro se estiver do lado pra inflar o balonete do tubo, então tem essa proteção um pouco melhor.”*

Além da revisão de procedimentos e fluxos, também foi evidenciado na fala dos participantes uma atualização nos critérios de admissão de pacientes, visando principalmente promover a segurança das equipes, pacientes e familiares no setor:

*E1: “[...] bem no início da pandemia, paciente internava, daí durante a internação se solicitava um raio-x e depois se via que a imagem era sugestiva [de COVID-19], depois solicitavam o exame e paciente positivava dentro da nossa UTI, e a gente tinha que estar encaminhando. Então agora, até a gente, já antes de receber o paciente [inaudível] os outros médicos e também a equipe da enfermagem vão tentando verificar se já tem COVID, se já coletou PCR, coletou antígeno, teste rápido, para ver se ele deu positivo ou negativo pra fazer o correto encaminhamento desses pacientes, se é para a UTI Geral, ou para a UTI COVID [...] Inevitavelmente acontece né, de durante o decorrer da internação, informações se perdem, os pacientes não têm acompanhantes, a gente descobre no meio da internação que*

*eles são positivados, mas a gente tem toda a paramentação, o cuidado, até mesmo quando é suspeito, se tem que fazer um exame a gente faz todo o protocolo, de se paramentar, de comunicar o pessoal da tomografia, da segurança, tanto para proteção nossa, dos profissionais, dos profissionais que ficam fora da UTI Geral, mas também das pessoas que estão ali aguardando o horário de visita, ou ali aguardando um atendimento.”*

Esse movimento de reestruturação, de reorganização das rotinas e protocolos institucionais pode ser observado também em outras regiões do Brasil. Percebe-se que a pandemia da COVID-19 exigiu que os hospitais e demais serviços readequassem seus protocolos, ainda que para setores não direcionados ao atendimento de pacientes com COVID-19 ou para procedimentos já desenvolvidos anteriormente, por exemplo, no sentido de revisar as necessidades de EPI e repensar fluxos internos no hospital (CAMPOS *et al.*, 2021; SILVA; CROSSETTI; GIMÉNEZ-FERNÁNDEZ, 2021).

Outra situação bastante recorrente na fala dos participantes foi a realocação de pacientes das UTIs COVID-19 para as UTIs Geral, visto que eles ainda precisavam de cuidados intensivos. Ainda que os pacientes com COVID-19 apresentassem longo tempo de internação, inúmeras comorbidades e eventualmente “ocupassem os leitos de outros pacientes”, foi possível perceber na fala dos participantes a capacidade de empatia e cooperação com os outros setores, visto que eles se mostraram satisfeitos em poder auxiliar as equipes das UTIs COVID-19, recebendo pacientes e vagando leitos para atendimento de outros, e também a preocupação com a qualidade da assistência prestada a esses pacientes, ao se preocupar com as famílias e com as relações entre família e paciente.

*E1: “Hoje em dia então está praticamente parcial os pacientes na nossa UTI, mas teve esses tempos atrás que tinha pacientes que passaram já pela COVID, daí que eu comentei aí que virou uma UTI pós-COVID praticamente e foi numa época então que teve a falta de leitos, e os médicos estavam tentando organizar, tentando tirar esses pacientes que já tinham passado pela infecção, pelo COVID, para estar conseguindo uns leitos para os pacientes que estavam no pronto socorro [...]”*

*E2: “E a gente tem pacientes ali que vão ficar muito tempo, claro que para família é um ponto positivo nessa quando eles vêm para ali, quando eles saem do isolamento e conseguem vir para nossa UTI e pelo menos a família pode vir olhar aqueles 15, 20*

*minutinhos, eles podem vir olhar, ver o paciente, se atualizar, porque eu acho que para família, só saber informações por telefone deve ser difícil.”*

Apesar da dificuldade em se vivenciar um momento pandêmico, acredita-se que estas experiências podem oportunizar a melhoria dos processos e fluxos institucionais, assim como foi relatado pelos participantes. Nesse sentido, Celuppi *et al.* (2021) apontam que o uso das tecnologias digitais pode facilitar e qualificar o acesso e a qualidade da assistência prestada, de modo que esta reformulação e reestruturação deve ser encorajada, bem como os estudos sobre a implantação de novas tecnologias.

Dentre as novas tecnologias que surgiram com o advento da pandemia, um exemplo é a ferramenta que foi desenvolvida em Israel denominada TeleICU, que utiliza análises preditivas com base em inteligência artificial com objetivo de expandir a capacidade e os recursos das UTIs. Essa ferramenta objetiva que profissionais de saúde consigam monitorar pacientes remotamente, de modo a prever pioras do quadro clínico e intervir de modo a alterar essa previsão. Para isso, os algoritmos do TeleICU são treinados para identificar com antecedência uma deterioração respiratória, por exemplo, principalmente em pacientes com COVID-19, e possibilitar a intervenção precoce (CELUPPI *et al.*, 2021).

Destaca-se que, mesmo com a necessidade de reformulação das rotinas e protocolos assistenciais, foi possível perceber na fala dos participantes que a humanização da assistência ainda está presente, e talvez até de forma mais incisiva, intrínseca nos modos de pensar e agir dos enfermeiros, que mesmo vivenciando inúmeras dificuldades relacionadas à COVID-19, demonstram preocupação com as relações familiares dos pacientes, assim como previsto na Política de Humanização, aspecto este por vezes difícil de ser contemplado no cuidado ao paciente crítico (BRASIL, 2004).

Nas palavras de Freire (1983, p. 28):

O diálogo é o encontro amoroso dos homens que, mediatizados pelo mundo, o “pronunciam”, isto é, o transformam, e, transformando--o, o humanizam para a humanização de todos. Este encontro amoroso não pode ser, por isto mesmo, um encontro de inconciliáveis.

Nesse sentido, através dos diálogos suscitados no CCV, foi possível observar uma “transformação” na fala dos participantes, isto é, a percepção dos mesmos sobre a realidade. Evidenciou-se como os profissionais refletiram sobre a situação vivida, neste caso a

reformulação de algumas rotinas das instituições, percebendo-as como pontos positivos para o cotidiano da UTI.

Outro ponto positivo elencado pelos enfermeiros foi a maior visibilidade da instituição e do setor de Terapia Intensiva:

*E2: “[...] eu acho que de forma positiva que eu escrevi também foi a fisioterapia que antigamente, antes do COVID, não tinha fisioterapia contratada pelo hospital para Unidade de Terapia Intensiva, então era uma empresa de fora que prestava o serviço, isso atrapalhava bastante né, porque não era uma continuidade, às vezes eram profissionais diferentes, então a fisioterapia foi um ganho [...]”*

*E2: “[...] outro ganho positivo, claro, foi a visibilidade que a gente tem maior agora, porque querendo ou não, as ações se voltaram para o cuidado intensivo com maior número de paciente, necessidades [...]”*

Nesse sentido, percebe-se que a quantidade de leitos de UTI Adulto teve um aumento expressivo em cada estado brasileiro, de modo que a adição geral foi de aproximadamente 90% no país no primeiro semestre de 2020. Em comparação com outros países, no quesito quantidade o Brasil se mostra eficiente, atingindo a média de leitos de UTI de alguns países da Europa poucos anos antes da pandemia. Entretanto, ressalta-se que a eficiência em quantidade não reflete a eficiência em qualidade, pois esse número não demonstra a capacitação de equipes para operar estes recursos (KOCK; POLETO, 2021).

É importante destacar que esse aumento de leitos de UTI foi majoritariamente criado pelos sistemas privados de saúde no Brasil. Significa dizer que menos da metade dos leitos de UTI construídos no período de pandemia são destinados a toda a população brasileira, inclusive para quem possui plano privado de saúde. Essa impressionante disparidade expressa uma desigualdade sem precedentes na história recente do país, desde a implantação do SUS, e causa a preocupação se a população brasileira realmente está mais bem assistida no que diz respeito a leitos de UTI neste cenário pandêmico (COTRIM JUNIOR; CABRAL, 2020).

Atrelado a isso, Bitencourt *et al.* (2020) destacam o protagonismo do profissional enfermeiro em meio a esse cenário de abertura de leitos para pacientes com COVID-19, e na própria gestão das ações frente à pandemia da COVID-19. O papel do enfermeiro foi imprescindível na gestão da ambiência, dimensionamento de pessoal, cuidados, treinamentos e suporte psicológico às equipes, atividades de extrema importância no que tange à criação de

leitos e, acima de tudo, à gestão de situações de crise envolvendo infecções altamente transmissíveis como esta (SILVA; CROSSETTI; GIMÉNEZ-FERNÁNDEZ, 2021).

Ao findar do diálogo, ficou muito marcado na fala dos participantes que um dos grandes impactos da pandemia, para eles, foi o autoconhecimento. A transição da consciência ingênua, para a consciência crítica, se desenvolve constantemente, potencializando revisões e reinterpretações, aquisição de segurança nas ideias, destreza para o diálogo, receptividade à transformação; é produto de um processo de crescimento das habilidades individuais, estimuladas pela criatividade e pelo entendimento da realidade social concreta (FREIRE, 2011).

Ao refletir sobre seu trabalho, sobre o cenário nacional, sobre sua vida pessoal, os participantes trouxeram um sentimento:

*E2: “Eu acho que o que passou assim nos mostrou o quanto a gente é fraco e o quanto a gente é forte também, porque é ser humano né, e a gente não é nada também [...]”*

*E2: “E ao mesmo tempo ter que ficar longe da família, isso me deixa bem mais frustrada também, de você perceber que você não pode desistir. Minha família às vezes me disse assim ‘ah, vem pra casa, fica com nós, para, sai, você não precisa ficar aí’, e eu fiquei ‘tá, mas quem vai fazer o meu serviço? Quem vai ajudar os meus colegas?’, porque a gente chorava e eles eram nossos alicerces. Meu pai, minha mãe, meu namorado, minha família eram meu alicerce, eram eles que me escutavam, muitas vezes chegando em casa desesperada e com medo, e a gente entra numa paranoia. Tive esses dias ali de pandemia, de surto, que ainda estamos vivendo, só que como a gente está lá na UTI, voltamos pra UTI, silenciemos um pouquinho todos os problemas né, evitamos falar deles, acho que isso deu uma relaxada na nossa cabeça, mas também percebi assim o quanto a gente é importante, o quanto eu sou importante, e o quanto eu não posso desistir dos outros, porque eu dizia “‘tá, mas e se você precisar, pai? Sim, eu desisto, vou pra casa, paro de trabalhar, por causa que tá difícil trabalhar, mas e se você precisar de atendimento?’, ficava pensando ‘e se a minha família precisar de mim?’”*

É possível perceber como a dimensão emocional permeia o cotidiano dos profissionais da saúde. Rotineiramente, eles enfrentam o medo de morrer, medo de contrair o vírus, medo de contaminar os familiares, ansiedade sobre o dia de amanhã, medo de perder (mais) colegas de profissão, tudo isso além da carga emocional de atender pacientes com quadros clínicos

cada vez mais graves, e que também depositam nos profissionais de saúde seus próprios medos e angústias (BITENCOURT *et al.*, 2021; DANTAS, 2021).

*E2: “Mas de ponto positivo, totalmente, você dá valor pra onde você vai, do quanto você é necessário, do quanto você consegue trabalhar e atuar na tua unidade, sabe?! A gente percebeu o quanto a gente é importante na nossa unidade e consegue também atuar e organizar e melhorar a vida do paciente.”*

*E2: “Então, conversar sobre isso, a gente conversa diariamente lá na UTI, porque quando chega às vezes algum colega desesperado, a gente deixa desabaçar e tudo e tenta sempre se dar força um pro outro. Eu acho que essas conversas é isso, é um momento da gente se unir e se dar força, e a enfermagem só mostrou união, a gente teve divergências, conflitos, mas a gente é muito mais unido do que a gente imagina.”*

*E1: “Quando a gente conversa com as pessoas elas pensam ‘meu deus’, E2 [nome ocultado] pode concordar comigo, porque só quem passou, foi remanejado, viu esse momento de crise, de falta de leitos, de pronto socorro lotado, só quem passou sabe. E a gente superou, a gente tá cada dia mais forte, às vezes se precisar a gente está aí. Mas esperamos que não precise, que comece a diminuir, mas a gente está aí pra ajudar uns aos outros, mesmo às vezes com uma conversa, um abraço... Não é fácil, mas a gente está superando.”*

Com a pandemia, sobretudo, assim como fora previsto, houve mudanças na forma como o mundo enxerga a enfermagem. Pode-se dizer que a população passou a perceber a enfermagem não mais apenas como uma profissão tecnicista, mas sim como profissionais comprometidos ética e empiricamente, compreendendo aos poucos o seu comprometimento com métodos científicos baseados nas melhores evidências (SILVA; CROSSETTI; GIMÉNEZ-FERNÁNDEZ, 2021).

O reconhecimento da profissão (e de si mesmos) foi evidenciado pelos participantes: foi possível perceber uma readequação nas relações interpessoais, particularmente na forma como os profissionais da saúde percebem uns aos outros e ajudam uns aos outros. Pode-se dizer que essa maior união dos profissionais e da própria enfermagem, bem como a movimentação para acolher os colegas pode ser um mecanismo que encontraram para alcançar a resiliência psicológica em uma realidade desconhecida e caótica (DANTAS, 2021).

Silva, Crossetti e Giménez-Fernández (2021) relacionam o pensamento de Heidegger com a pandemia da COVID-19, que diz que o homem está ligado diretamente ao cuidar e ser cuidado uns pelos outros. Assim, o cuidado está ligado ao início de tudo, onde ontologicamente percebe-se o homem como "cuidado". Na enfermagem isso se torna explícito diariamente, em todo contato com outro ser humano o cuidar se faz presente em suas atividades, sendo assim, evidencia-se a coexistência e compartilhamento de seus sentimentos como seres humanos, a preocupação pelo outro como um igual, buscando enfrentar da melhor forma possível como superar o que é imposto pela realidade, isto é, “seres-no-mundo-da-Covid-19”.

Dessa forma, destaca-se também o CCV, que proporciona relações horizontais guiadas pelo diálogo e torna-se um espaço de afetividade, humildade, respeito, amor e reflexão:

O diálogo é este encontro dos homens [e mulheres], mediatizados pelo mundo, para pronunciá-lo, não se esgotando, portanto, na relação eu--tu. Esta é a razão porque não é possível o diálogo entre os que querem a pronúncia do mundo e os que não querem; entre os que negam aos demais o direito de dizer a palavra e os que se acham negados deste direito. (FREIRE, 2011, p. 91).

Assim, entende-se que a ação-reflexão-ação promove a conscientização, uma reflexão crítica sobre a prática, pois é pensando criticamente que pode transformar a realidade.

[...] a reflexão é só legítima quando nos remete, como salienta Sartre, sempre ao concreto, cujos fatos busca esclarecer, tornando assim possível nossa ação mais eficiente sobre eles. Iluminando uma ação exercida ou exercendo-se, a reflexão verdadeira clarifica, ao mesmo tempo, a futura ação na qual se testa e que, por sua vez, se deve a uma nova reflexão (FREIRE, 1981, p. 13).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia da COVID-19 mostra-se como um momento inédito na história do SUS e caracteriza-se atualmente como um cenário de incertezas e desafios. Dentre os seus efeitos na prestação de cuidados e nos processos de trabalho, observou-se uma urgente necessidade de reformulação e readequação dos serviços de saúde para atender à crescente demanda gerada. Frente à abertura de tantos novos serviços para atender a pacientes com COVID-19, surgiu a preocupação sobre as condições atuais das UTI Adulto Geral e dos profissionais de enfermagem envolvidos no cuidado ao paciente crítico.

Nesse sentido, foi possível perceber que o advento da pandemia influenciou até mesmo os setores que não dizem respeito ao atendimento de pacientes com COVID-19 - ou não deveriam. Dentre as repercussões geradas, particularmente na UTI Adulto Geral, foram percebidos pontos negativos, tais como o sofrimento, a sobrecarga física e mental, o medo, a raiva, a ansiedade e a tristeza dos profissionais de saúde, e pontos positivos, tais como a união da enfermagem, a valorização de si mesmos e da unidade em que trabalham, a reformulação da assistência e a resiliência psicológica.

O objetivo principal foi alcançado, ao elencar as repercussões da pandemia na UTI Adulto Geral, a partir da criação da UTI específica para COVID-19 na instituição hospitalar. Considerando o protagonismo do enfermeiro no cuidado e na prática assistencial, bem como o grande percentual de profissionais de enfermagem dentre os profissionais da saúde, acredita-se que o desenvolvimento da pesquisa com enfermeiros de UTI Adulto Geral possibilitou uma visualização destas repercussões no dia-a-dia do setor e da categoria profissional, tão fortemente afetada pela pandemia.

Apointa-se como limitação do trabalho a dificuldade em reunir os participantes em uma data e horário que a maioria pudesse. Acredita-se que essa dificuldade tenha sido exacerbada devido ao momento pandêmico, que afetou diretamente os participantes da pesquisa, sendo estes enfermeiros atuantes da linha de frente. Isto é, além da sobrecarga de horários, compreende-se a sobrecarga mental e psicológica a qual os participantes estão expostos.

A utilização do CCV demonstrou-se como importante ferramenta para o alcance dos resultados, pois, foi possível mergulhar no universo dos participantes, cenário central da pesquisa. Além disso, o Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire permite, por meio do diálogo, trocas de conhecimento e reflexões sobre a realidade vivida pelos participantes, de forma a empoderá-los e possibilitar aos mesmos a visualização de soluções para as situações-

problema, não somente respondendo ao objetivo da pesquisa, mas também oferecendo benefícios aos sujeitos envolvidos.

Sugere-se que espaços de escuta e acolhimento sejam oportunizados aos profissionais que atuam direta e indiretamente na pandemia da COVID-19, visando minimizar as repercussões negativas geradas, além de proporcionar o partilhar de experiências para o enfrentamento das dificuldades vivenciadas.

Acredita-se que este trabalho contribua para elucidar alguns aspectos acerca do momento único vivenciado no país, principalmente no que se refere aos cuidados prestados nas UTI Adulto Geral e seus permeios, bem como no exercício da Enfermagem, permitindo, assim, perceber fragilidades e potencialidades a fim de possibilitar a elaboração de intervenções que visem à melhoria do cuidado.

## REFERÊNCIAS

- AMORIM, A. M. V. **Avaliação da qualidade assistencial de uma UTI adulto em um hospital público da cidade de São Paulo por meio dos domínios**: segurança, efetividade, eficiência e centralidade no paciente. 2017. 92 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Administração, Universidade Nove de Julho, São Paulo, 2017. Disponível em: <<http://bibliotecatede.uninove.br/handle/tede/1613>>. Acesso em: 24 abr. 2020.
- AZEVEDO FILHO, F. M. de; RODRIGUES, M. C. S.; CIMIOTTI, J. P. Ambiente da prática de enfermagem em unidades de terapia intensiva. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 217-223, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v31n2/1982-0194-ape-31-02-0217.pdf>>. Acesso em: 24 abr. 2020.
- BACKES, M. T. S. *et al.* Working conditions of nursing professionals in coping with the covid-19 pandemic. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 42, esp., e20200339, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200339>>. Acesso em: 09 mai. 2021.
- BARRETO, I. C. de 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**, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.1862>>. Acesso em: 09 mai. 2021.
- BITENCOURT, J. V. de O. V. *et al.* Nurse's protagonism in structuring and managing a specific unit for COVID-19. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 29, [s.n.], e20200213, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2020-0213>>. Acesso em: 10 mai. 2021.
- BITENCOURT, S. M.; ANDRADE, C. B. Female healthcare workers and the Covid-19 pandemic in Brazil: a sociological analysis of healthcare work. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 1013-1022, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.42082020>>. Acesso em: 10 mai. 2021.
- BLACK, J. R. M. *et al.* COVID-19: the case for health-care worker screening to prevent hospital transmission. **The Lancet**, Chicago, v. 395, [s.n.], p. 1418-1420, 2020. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30917-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30917-X)>. Acesso em: 10 mai. 2021.
- BONATO, V. L. Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 35, n. 5, p. 319-331, 2011. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/gestao\\_qualidade\\_saude\\_melhorando\\_assistencia\\_cliente.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/gestao_qualidade_saude_melhorando_assistencia_cliente.pdf)>. Acesso em: 24 abr. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2338, de 3 de outubro de 2011**. Estabelece diretrizes e cria mecanismos para a implantação do componente Sala de Estabilização (SE) da Rede de Atenção às Urgências. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2338\\_03\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2338_03_10_2011.html)>. Acesso em: 26 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 895, de 31 de março de 2017**. Institui o cuidado progressivo ao paciente crítico ou grave com os critérios de elegibilidade para admissão e alta, de classificação e de habilitação e leitos de Terapia Intensiva adulto, pediátrico, UCO, queimados e Cuidados Intermediários adulto e pediátrico no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/images/pdf/2017/abril/07/106713-16-82-Minuta-Portaria-PROTOCOLO.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010**. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007\\_24\\_02\\_2010.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html)>. Acesso em: 26 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. **Protocolo de manejo clínico da Covid-19 na Atenção Especializada**. 1ª ed. rev. Brasília; 2020. Disponível em: <<https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/14/Protocolo-de-Manejo-Clinico-para-o-Covid-19.pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Operações Emergenciais em Saúde Pública. **Boletim Epidemiológico 05 - COE COVID-19, 14 de março de 2020**. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/24/03--ERRATA---Boletim-Epidemiologico-05.pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_2004.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf)>. Acesso em: 05 out. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 356, de 11 de março de 2020**. Dispõe sobre a regulamentação e operacionalização do disposto na Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que estabelece as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19). Brasília: Ministério da Saúde; 2020. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-356-de-11-de-marco-de-2020-247538346>>. Acesso em: 22 ago. 2020.

CALIL, G. G. A negação da pandemia: reflexões sobre a estratégia bolsonarista. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, [s.v.], n. 140, p. 30-47, 2021. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.236>>. Acesso em: 09 mai. 2021.

CAMPIOLO, E. L.; KUBO, H. K. L.; OCHIKUBO, G. T.; BATISTA, G. Impacto da pandemia do COVID19 no serviço de saúde: uma revisão de literatura. **Interamerican Journal of Medicine and Health**, [s.l.], v. 3, [s.n.], e202003046, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.31005/iajmh.v3i0.140>>. Acesso em: 09 mai. 2021.

CAMPOS, F. C. C. de; CANABRAVA, C. M. O Brasil na UTI: atenção hospitalar em tempos de pandemia. **Scielo Preprints**, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.1368>>. Acesso em: 10 mai. 2021.

CAMPOS, T. *et al.* Actions developed at the Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira to confront the COVID-19 pandemic. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 21, Supl. 1, p. 5275-5286, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1806-9304202100s100015>>. Acesso em: 09 mai. 2021.

CASTRO, R. R. de. *et al.* Perfil das internações em Unidades de Terapia Intensiva Adulto na cidade de Anápolis – Goiás – 2012. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, Anápolis, v. 5, n. 2, p. 115-124, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.uninove.br/index.php?journal=revistargss&page=article&op=view&path%5B%5D=12763>>. Acesso em: 26 mar. 2020.

CECATO, C.A. **Competências dos enfermeiros que atuam em Unidade de Terapia Intensiva Intensiva Adulto**. 2019. 31 f. TCC (Graduação) - Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Erechim, 2019. Disponível em: <<http://repositorio.uricer.edu.br/bitstream/35974/219/1/Carlos%20Alberto%20Cecato.pdf>>. Acesso em: 05 out. 2020.

CELANO, A. C.; GUEDES, A. L. Impactos da globalização no processo de internacionalização dos programas de educação em gestão. **Cadernos EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 45-61, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cebape/v12n1/v12n1a05.pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2020.

CELUPPI, I. C. *et al.* An analysis of the development of digital health technologies to fight COVID-19 in Brazil and the world. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 3, e00243220, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311x00243220>>. Acesso em: 10 mai. 2021.

COTRIM JUNIOR, D. F.; CABRAL, L. M. de S. Crescimento dos leitos de UTI no país durante a pandemia de Covid-19: desigualdades entre o público x privado e iniquidades regionais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, e300317, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/s0103-73312020300317>>. Acesso em: 10 mai. 2021.

DANTAS, E. S. O. Saúde mental dos profissionais de saúde no Brasil no contexto da pandemia por Covid-19. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 25, Supl. 1, e200203, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/interface.200203>>. Acesso em: 10 mai. 2021.

DECS - Descritores em Ciências da Saúde. Descritor Português: **Qualidade da Assistência à Saúde**. Disponível em: <<http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>>. Acesso em: 24 abr. 2020.

EL-FAKHOURI, S. *et al.* Epidemiological profile of ICU patients at Faculdade de Medicina de Marília. **Revista da Associação Médica Brasileira**, Marília, v. 62, n. 3, p. 248-254, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302016000300248](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302016000300248)>. Acesso em: 26 mar. 2020.

FAVARIN, S. S.; CAMPONOGARA, S. Perfil dos pacientes internados na unidade de terapia intensiva adulto de um hospital universitário. **Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria**, Rio Grande do Sul, v. 2, n. 2, p. 320-329, 2012. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/5178/3913>>. Acesso em: 28 mar. 2020.

FERREIRA, M. E. Síndrome metabólica e doenças cardiovasculares: do conceito ao tratamento. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Niterói, v. 45, n. 4, p. 95-109, 2016. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/142/119>>. Acesso em: 22 abr. 2020.

FERREIRA, V. H. S. *et al.* Contribuições e desafios do gerenciamento de enfermagem hospitalar: evidências científicas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 40, e2018029, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180291>>. Acesso em: 05 out. 2020.

FOLHA DE SÃO PAULO. Maio começa com 2.278 mortes por Covid-19 em 24h no país. **Folha de São Paulo [online]**, São Paulo, 1 mai. 2021. Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2021/05/maio-comeca-com-2278-mortes-por-covid-19-em-24h-no-pais.shtml>>. Acesso em: 11 mai. 2021.

FREIRE, P. **Ação cultural para a liberdade**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1981. 149 p.

FREIRE, P. **A importância do ato de ler**: em três artigos que se completam. 23ª ed. São Paulo: Autores Associados: Cortez; 1989.

FREIRE, P. **Extensão ou comunicação?** 7ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1983. 93 p.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 60ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2017.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 50ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2011.

FERREIRA, L. C. de L. Mortalidade hospitalar e após alta em pacientes com sepse admitidos em Unidade de Terapia intensiva. **Brazilian Journal of Health Review**, Manaus, v. 2, n. 4, p. 3461-3472, 2019. Disponível em: <<http://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/2404/2433>>. Acesso em: 22 abr. 2020.

GALINDO NETO, N. M. *et al.* COVID-19: comentários em redes sociais oficiais do Ministério da Saúde sobre ação Brasil Conta Comigo. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 42, esp., e2020016, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200167>>. Acesso em: 10 mai. 2021.

GHINAI, I. *et al.* First known person-to-person transmission of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) in the USA. **The Lancet**, Chicago, v. 395, Issue 10230, p. 1137-1144, 2020. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30607-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30607-3)>. Acesso em: 22 ago. 2020.

HEIDEMANN, I. T. S. B. *et al.* Reflections on Paulo Freire's research itinerary: contributions to health. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 4, e0680017, 2017.

Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0104-07072017000680017>>. Acesso em: 22 ago. 2020.

KEMPFER, S. S.; PRADO, M. L. (Org.) **Vivenciando Freire Coletivamente**. Florianópolis: UFSC; 2020. 335 p.

KOCK, K. de S.; POLETO, M. B. Análise da evolução da COVID-19 e número de leitos de UTI nos estados brasileiros no primeiro semestre de 2020. **SciELO Preprints**, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.1695>>. Acesso em: 10 mai. 2021.

LINDEMANN, I. L. *et al.* Percepção do medo de ser contaminado pelo novo coronavírus. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 70, n. 1, p. 3-11, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0047-2085000000306>>. Acesso em: 10 mai. 2021.

MAGALHÃES, M. V.; MELO, S. C. de A. Morte e luto: o sofrimento do profissional da saúde. **Psicologia e Saúde em Debate**, [s. l.], v. 1, n. 1, p. 65-77, 2015. Disponível em: <<https://psicodebate.dpgpsifpm.com.br/index.php/periodico/article/view/7/5>>. Acesso em: 11 mai. 2021.

MARTINS, R. C. F. do C. *et al.* Perfil nutricional de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva. **Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria**, Ouro Preto, v. 37, n. 4, p. 40-47, 2017. Disponível em: <<https://revista.nutricion.org/PDF/MARTINS.pdf>>. Acesso em: 26 mar. 2020.

MATIAS, G. *et al.* Perfil dos pacientes em unidade de terapia intensa em um hospital privado de mato grosso no período de 2013 a 2017. **COORTE - Revista Científica do Hospital de Santa Rosa**, [s.l.], [s.v.], n. 8, p. 16-26, 2018. Disponível em: <<http://revistacoorte.com.br/index.php/coorte/article/view/99>>. Acesso em: 26 mar. 2020.

NORONHA, K. V. M. de S. *et al.* Pandemia por COVID-19 no Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos hospitalares e equipamentos de ventilação assistida segundo diferentes cenários. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 6, e00115320, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00115320>>. Acesso em: 17 set. 2020.

PAULETTI, M. *et al.* Perfil epidemiológico dos pacientes internados em um Centro de Terapia Intensiva. **Aletheia**, [s.l.], v. 50, n. 1-2, p. 28-46, 2017. Disponível em: <<http://www.periodicos.ulbra.br/index.php/aletheia/article/view/4160>>. Acesso em: 26 mar. 2020.

PEREIRA, E. F. A pandemia de Covid-19 na UTI. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 27, n. 59, p. 49-70, 2021. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-71832021000100003>>. Acesso em: 09 mai. 2021.

PEREIRA, M. C.; PEREIRA, P. M. B. **Perfil epidemiológico das internações em Unidade de Terapia Intensiva Adulto na cidade de Anápolis**. 2019. 36 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Centro Universitário de Anápolis Unievangélica, Anápolis, 2019. Disponível em: <<http://repositorio.aee.edu.br/jspui/handle/aee/8542>>. Acesso em: 26 mar. 2020.

PEUKER, A. C.; MODESTO, J. G. Estigmatização de profissionais de saúde. **Sociedade Brasileira de Psicologia**. In: Grupo de Trabalho (GT) de enfrentamento da Pandemia SBP

COVID-19. Tópico 4. 2021. Disponível em:

<[https://www.sbponline.org.br/arquivos/To%CC%81pico\\_4\\_Trabalhando\\_com\\_profissionais\\_de\\_sa%C3%BAde\\_que\\_enfrentam\\_rea%C3%A7%C3%B5es\\_negativas\\_das\\_pessoas\\_ao\\_re\\_dor\\_durante\\_a\\_COVID-19\\_No\\_T%C3%B3pico\\_4\\_abordamos\\_como\\_entender\\_e\\_minimizar\\_a\\_estigmatizacão\\_dos\\_profissionais\\_de\\_sa%C3%BAde1.pdf](https://www.sbponline.org.br/arquivos/To%CC%81pico_4_Trabalhando_com_profissionais_de_sa%C3%BAde_que_enfrentam_rea%C3%A7%C3%B5es_negativas_das_pessoas_ao_re_dor_durante_a_COVID-19_No_T%C3%B3pico_4_abordamos_como_entender_e_minimizar_a_estigmatizacão_dos_profissionais_de_sa%C3%BAde1.pdf)>. Acesso em: 11 mai. 2021.

POLIT, D. F.; BECK C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem; tradução: Denise Regina de Sales; revisão técnica: Anna Maria Hecker Luz, Lísia Maria Fensterseifer, Maria Henriqueta Luce Kruse. 7 ed. Porto Alegre; Artmed, 2011. 669 p.

RACHE, B. *et al.* Necessidades de infraestrutura do SUS em preparo ao COVID-19: leitos de UTI, respiradores e ocupação hospitalar. **Instituto de Estudos para Políticas de Saúde**, São Paulo, Nota Técnica n. 3, 2020. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/NT3%20vFinal.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2020.

REEVES, S. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 185-196, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/icse/2016.v20n56/185-197/pt/>>. Acesso em: 24 abr. 2020.

SANTOS, M. F. *et al.* TCE em UTI: epidemiologia, tratamento e mortalidade no Maranhão, Brasil. **Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria**, Maranhão, v. 23, n. 1, p. 46-56, 2019. Disponível em: <<https://www.revneuropsiq.com.br/rbnp/article/view/310/176>>. Acesso em: 22 abr. 2020.

SANTOS, M. N. dos; BRITO, R. G. de. Caracterização dos índices de internação e mortalidade por doenças neurológicas: uma relação entre Brasil, Nordeste e Sergipe. **2º Congresso Internacional de Enfermagem - CIE/13º Jornada de Enfermagem da Unit (JEU)**, Sergipe, v. 1, n. 1, p. 1-5, 2019. Disponível em: <<https://eventos.set.edu.br/index.php/cie/article/view/11588/4498>>. Acesso em: 22 abr. 2020.

SILVA, C. B. C. da. **Perfil de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva e fatores associados ao desenvolvimento de mucosite oral**. 2019. 40 f. TCC (Graduação) - Curso de Odontologia, Departamento de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2019. Disponível em: <<https://monografias.ufrn.br/jsui/handle/123456789/9176>>. Acesso em: 26 mar. 2020.

SILVA, C. G. da; CROSSETTI, M. da G. O.; GIMÉNEZ-FERNÁNDEZ, M. Enfermagem e “estar com” em um mundo com covid-19: um olhar existencialista. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 42, esp., e20200383, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200383>>. Acesso em: 10 mai. 2021.

SILVA, F. C. da. *et al.* Social isolation and the speed of covid-19 cases: measures to prevent transmission. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 42, n. esp., e20200238, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200238>>. Acesso em: 10 mai. 2021.

SILVA, J. M. da. *et al.* Prevalência de doenças cardiovasculares e associação com desfecho de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva. **2º Congresso Internacional de Enfermagem - CIE/13º Jornada de Enfermagem da Unit (JEU)**, Sergipe, v. 1, n. 1, p. 1-5, 2019. Disponível em: <<https://eventos.set.edu.br/index.php/cie/article/view/11627/4520>>. Acesso: 22 abr. 2020.

SOUZA, A. A. M. de. *et al.* Mortalidade e perfil de vítimas de insuficiência renal aguda e crônica, no período de 2008 a 2016, no Brasil. **2º Congresso Internacional de Enfermagem - CIE/13º Jornada de Enfermagem da Unit (JEU)**, Sergipe, v. 1, n. 1, p. 1-5, 2019. Disponível em: <<https://eventos.set.edu.br/index.php/cie/article/view/11818/4555>>. Acesso em: 22 abr. 2020.

SOUZA, A. S. R. *et al.* General aspects of the COVID-19 pandemic. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 21, Supl. 1, p. 547-564, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1806-9304202100s100003>>. Acesso em: 09 mai. 2021.

SOUZA, J. B. de. *et al.* Círculo de cultura de Paulo Freire: contribuições para pesquisa, ensino e prática profissional da enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 74, n. 1, e20190626, 2021. Disponível em: <[https://www.scielo.br/pdf/reben/v74n1/pt\\_0034-7167-reben-74-01-e20190626.pdf](https://www.scielo.br/pdf/reben/v74n1/pt_0034-7167-reben-74-01-e20190626.pdf)>. Acesso em: 08 mai. 2021.

SOUZA, J. B. de; HEIDEMANN, I. T. S. B.; MASSAROLI, A.; GEREMIA, D. S. Promoção da saúde no enfrentamento da COVID-19: experiência de um Círculo de Cultura Virtual. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 74, Suppl. 1, e:20200602, 2021. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0602>>. Acesso em: 23 mai. 2021.

TIMERMAN, S. *et al.* Corrente de sobrevivência à COVID-19. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 116, n. 2, p. 351-354, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.36660/abc.20201171>>. Acesso em: 09 mai. 2021.

ZIMMERMANN, I. *et al.* Demanda por leitos de UTI pela COVID-19 no Distrito Federal, Brasil: uma análise do impacto das medidas de distanciamento social com simulações de Monte Carlo. **Scielo Preprints**, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.574>>. Acesso em: 10 mai. 2021.

## **APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

### **AS REPERCUSSÕES DA PANDEMIA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO GERAL A PARTIR DA CRIAÇÃO DA UNIDADE ESPECÍFICA PARA COVID-19 NA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR**

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “As repercussões da pandemia na Unidade de Terapia Intensiva Adulto Geral a partir da criação da unidade específica para COVID-19 na instituição hospitalar”.

Desenvolvida por Heloisa Schatz Kwiatkowski, discente de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus de Chapecó, sob orientação da Professora Eleine Maestri e co-orientação da Enfermeira Especialista Odila Migliorini Rosa.

O objetivo central do estudo é: compreender as repercussões da pandemia na UTI Adulto Geral, a partir da criação da UTI específica para COVID-19 na instituição hospitalar.

Por que o PARTICIPANTE está sendo convidado (critério de inclusão) (Conforme Resolução CNS N° 466 de 2012 itens IV.3.a, d)

O convite a sua participação se deve à você ser enfermeiro coordenador e/ou assistencial da Unidade de Terapia Intensiva Adulto Geral de um hospital do Brasil. Sua participação é importante para ampliar os conhecimentos sobre a UTI Adulto Geral neste momento de pandemia.

Sua participação não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como desistir da colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação e sem nenhuma forma de penalização. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desista da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Você não receberá remuneração e nenhum tipo de recompensa nesta pesquisa, sendo sua participação voluntária.

Mecanismos para garantir o sigilo e privacidade (Conforme Resolução CNS N° 466 de 2012 item IV.3. c e)

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Procedimentos detalhados que serão utilizados na pesquisa (Conforme Resolução CNS Nº 466 de 2012 item IV.3.a)

A sua participação se dará por meio de uma reunião de forma online, através de aplicativos, quando acontecerá o Círculo de Cultura.

Tempo de duração da entrevista/procedimento/experimento

O tempo de duração da atividade do Círculo de Cultura é de aproximadamente 60 minutos.

Guarda dos dados e material coletados na pesquisa (Conforme Resolução CNS Nº 466 de 2012 item XI.2.f)

As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e sua orientadora.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, físico ou digital, por um período de cinco anos. Após este período, os materiais sob responsabilidade da Professora Eleine Maestri, na Universidade Federal da Fronteira Sul, na sala 308 do Bloco dos Professores, na cidade de Chapecó, Santa Catarina.

Explicitar benefícios diretos (individuais ou coletivos) aos participantes da pesquisa (Conforme Resolução CNS Nº 466 de 2012 item IV.3 b)

Em curto prazo, os benefícios estarão diretamente ligados com os participantes da pesquisa, que terão a oportunidade de refletir sobre seus conceitos quanto à saúde e suas vivências para promover a saúde na vivência do enfrentamento da COVID-19. Já a médio/longo prazo, os benefícios deste estudo têm o potencial de fornecer aos participantes do estudo a ampliação do conhecimento sobre os saberes e fazeres para promover a saúde, com vistas a auxiliar no enfrentamento da COVID-19, buscando contribuir para a ampliação e desenvolvimento de políticas em prol da saúde destes indivíduos nestes momentos críticos de pandemia, que tanto carece de informação e de uma assistência integral, resolutiva, humanizada, acolhedora e com equidade. Você terá a garantia de receber esclarecimentos sobre qualquer dúvida relacionada à pesquisa e poderá ter acesso aos seus dados em qualquer etapa do estudo. Sua participação nesta pesquisa não é obrigatória e você pode desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento de participação na mesma em qualquer etapa, sem penalização alguma. Você não receberá pagamento pela sua participação no estudo.

Previsão de riscos ou desconfortos (Conforme Resolução CNS Nº 466 de 2012 item IV.3 b)

Os riscos relacionados à participação na pesquisa se referem a possível preocupação/constrangimento por parte dos participantes frente ao diálogo/conversa

promovido na entrevista. No entanto, para aliviar estes riscos, pretende-se tornar os diálogos numa conversa agradável e de troca de experiências. Todavia, mesmo utilizando as medidas protetivas descritas acima, caso os riscos ainda assim ocorram, será acionado o serviço de apoio psicológico da universidade na qual os pesquisadores estão vinculados para suporte.

Sobre divulgação dos resultados da pesquisa (Conforme Resolução CNS Nº 466 de 2012 item XI.2 .h)

Após a finalização da análise e discussão dos dados coletados, os resultados que correspondem à questão inicial da pesquisa serão sintetizados no trabalho de conclusão de curso (TCC). Sendo que após a aprovação desta por uma banca de avaliadores e apresentação pública do TCC, comprometo-me a realizar o retorno dos resultados às instituições e aos participantes da pesquisa como forma de banner ou cópia do TCC para a Unidade, mantendo o sigilo dos participantes.

Sobre a Via do TCLE entregue ao participante da pesquisa (Conforme Resolução CNS Nº 466 de 2012 item IV.3.f)

Caso concorde em participar, uma via deste termo ficará em seu poder e a outra será entregue ao pesquisador. Não receberá cópia deste termo, mas apenas uma via. Desde já agradecemos sua participação!

Chapecó, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

---

Assinatura do Pesquisador Responsável

Contato profissional com o(a) pesquisador(a) responsável:

Tel: (49) 99173-0280

E-mail: [eleine.maestri@uffs.edu.br](mailto:eleine.maestri@uffs.edu.br)

Endereço para correspondência: Universidade Federal da Fronteira Sul/UFFS, Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul.

CEP 89815-899 - Chapecó - Santa Catarina – Brasil.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFFS:

Tel e Fax - (0XX) 49- 2049-3745

E-mail: [cep.uffs@uffs.edu.br](mailto:cep.uffs@uffs.edu.br)

[http://www.uffs.edu.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2710&Itemid=1101&site=proppg](http://www.uffs.edu.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2710&Itemid=1101&site=proppg)

Endereço para correspondência: Universidade Federal da Fronteira Sul/UFFS - Comitê de Ética em Pesquisa da UFFS, Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul,

CEP 89815-899 Chapecó - Santa Catarina – Brasil.

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Nome completo do (a) participante: \_\_\_\_\_

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

Os pesquisadores deverão assinar no final e rubricar as páginas anteriores.

## **ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos**



**PARE CER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** SUPERANDO FRONTEIRAS PARA PROMOVER SAÚDE NO ENFRENTAMENTO DO

SARS-COV-2 E DA CORONAVIRUS DISEASE 2019: vivências e repercussões para a sociedade brasileira

**Pesquisador:** Jeane Barros de Souza

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 32239220.7.0000.5564

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 4.068.387

**Apresentação do Projeto:**

Trata de reapresentação de projeto de pesquisa em que permaneceram pendência éticas de acordo com o parecer nº 4.050.038

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Compreender a percepção dos brasileiros sobre o enfrentamento à COVID-19 no estabelecimento de conexões e superação de fronteiras no combate a notícias falsas, medo, ansiedade e outras repercussões para a saúde.

Objetivo Secundário:

1. Compreender a percepção dos estudantes e professores universitários da área da saúde, sobre o enfrentamento da COVID-19 no estabelecimento de conexões e superar fronteiras no combate a notícias falsas, medo, ansiedade e outras repercussões para a saúde. 2. Compreender a percepção dos profissionais da saúde, atuantes na Atenção Primária de Saúde e em hospitais, sobre o enfrentamento da COVID-19 no estabelecimento de conexões e superar fronteiras no combate a notícias falsas, medo, ansiedade e outras repercussões para a saúde. 3. Conhecer as estratégias utilizadas pelos idosos, gestantes, doentes crônicos, profissionais, estudantes e professores

**Endereço:** Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar

**Bairro:** Área Rural

**CEP:** 89.815-899

**UF:** SC

**Município:** CHAPECÓ

**Telefone:** (49)2049-3745

**E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br

universitários da área da saúde para manejar o distanciamento social, o medo e a ansiedade.4.Avaliar o desenvolvimento do Círculo de Cultura Virtual como estratégia de boa comunicação, de suporte para redução de medo, ansiedade e de rumores relacionados à COVID-19.5.Proporcionar espaço de acolhimento e troca de experiências e aprendizado a profissionais, professores e estudantes universitários da área da saúde, idosos, gestantes e doentes crônicos, por meio do Círculo de Cultura virtual.6.Contribuir para reduzir o medo, a ansiedade e outras repercussões para a saúde dos profissionais da saúde, idosos, gestantes, doentes crônicos, professores universitários e estudantes da área da saúde.

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

##### **Riscos:**

Os riscos que poderão ser evidenciados no estudo se referem a possível preocupação/constrangimento por parte dos participantes frente ao diálogo/conversa promovido na entrevista. No entanto, para aliviar estes riscos, pretende-se tornar os diálogos numa conversa agradável e de troca de experiências. Todavia, mesmo utilizando as medidas protetivas descritas acima, caso os riscos ainda assim ocorram, será acionado o serviço de apoio psicológico da universidade na qual os pesquisadores estão vinculados para suporte.

##### **Benefícios:**

Quanto aos benefícios da pesquisa, pode-se dividi-los em dois períodos: curto e médio/longo prazo. Em curto prazo, os benefícios estarão diretamente ligados com os participantes da pesquisa, que terão a oportunidade de refletir sobre seus conceitos quanto à saúde e suas vivências para promover a saúde na vivência do enfrentamento da COVID-19. Já a médio/longo prazo, os benefícios deste estudo têm o potencial de fornecer aos participantes do estudo a ampliação do conhecimento sobre os saberes e fazeres para promover a saúde, com vistas a auxiliar no enfrentamento da COVID-19, buscando contribuir para a ampliação e desenvolvimento de políticas em prol da saúde destes indivíduos nestes momentos críticos de pandemia, que tanto carece de informação e de uma assistência integral, resolutiva, humanizada, acolhedora e com equidade.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisadora realizou as adequações éticas encaminhadas pelo CEP/UFFS

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

Adequados

**Recomendações:**

Considerando a atual pandemia do novo coronavírus, e os impactos imensuráveis da COVID-19 (Coronavirus Disease) na vida e rotina dos/as Brasileiros/as, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul (CEP/UFFS) recomenda cautela ao/à pesquisador/a responsável e à sua equipe de pesquisa, de modo que atentem rigorosamente ao cumprimento das orientações amplamente divulgadas pelos órgãos oficiais de saúde (Ministério da Saúde e Organização Mundial de Saúde). Durante todo o desenvolvimento de sua pesquisa, sobretudo em etapas como a coleta de dados/entrada em campo e devolutiva dos resultados aos/às participantes, deve-se evitar contato físico próximo aos/às participantes e/ou aglomerações de qualquer ordem, para minimizar a elevada transmissibilidade desse vírus, bem como todos os demais impactos nos serviços de saúde e na morbimortalidade da população. Sendo assim, sugerimos que as etapas da pesquisa que envolvam estratégias interativas presenciais, que possam gerar aglomerações, e/ou que não estejam cuidadosamente alinhadas às orientações mais atuais de enfrentamento da pandemia, sejam adiadas para um momento oportuno. Por conseguinte, lembramos que para além da situação pandêmica atual, continua sendo responsabilidade ética do/a pesquisador/a e equipe de pesquisa zelar em todas as etapas pela integridade física dos/as participantes/as, não os/as expondo a riscos evitáveis e/ou não previstos em protocolo devidamente aprovado pelo sistema CEP/CONEP.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há pendências éticas

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Prezado (a) Pesquisador(a)

A partir desse momento o CEP passa a ser corresponsável, em termos éticos, do seu projeto de pesquisa – vide artigo X.3.9. da Resolução 466 de 12/12/2012.

Fique atento(a) para as suas obrigações junto a este CEP ao longo da realização da sua pesquisa. Tenha em mente a Resolução CNS 466 de 12/12/2012, a Norma Operacional CNS 001/2013 e o Capítulo III da Resolução CNS 251/1997. A página do CEP/UFFS apresenta alguns pontos no documento “Deveres do Pesquisador”.

Lembre-se que:

1. No prazo máximo de 6 meses, a contar da emissão deste parecer consubstanciado, deverá ser enviado um relatório parcial a este CEP (via NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil) referindo em que fase do projeto a pesquisa se encontra. Veja modelo na página do CEP/UFS. Um novo relatório parcial deverá ser enviado a cada 6 meses, até que seja enviado o relatório final.
2. Qualquer alteração que ocorra no decorrer da execução do seu projeto e que não tenha sido prevista deve ser imediatamente comunicada ao CEP por meio de EMENDA, na Plataforma Brasil. O não cumprimento desta determinação acarretará na suspensão ética do seu projeto.
3. Ao final da pesquisa deverá ser encaminhado o relatório final por meio de NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil. Deverá ser anexado comprovação de publicização dos resultados. Veja modelo na página do CEP/UFS.

Em caso de dúvida:

Contate o CEP/UFS: (49) 2049-3745 (8:00 às 12:00 e 14:00 às 17:00) ou cep.ufs@ufs.edu.br;

Contate a Plataforma Brasil pelo telefone 136, opção 8 e opção 9, solicitando ao atendente suporte Plataforma Brasil das 08h às 20h, de segunda a sexta;

Contate a “central de suporte” da Plataforma Brasil, clicando no ícone no canto superior direito da página eletrônica da Plataforma Brasil. O atendimento é online.

Boa pesquisa!

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

| Tipo Documento                 | Arquivo                                       | Postagem            | Autor                 | Situação |
|--------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------|-----------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1561195.pdf | 01/06/2020 17:03:43 |                       | Aceito   |
| Folha de Rosto                 | folhaderosto1.pdf                             | 01/06/2020 16:49:33 | Jeane Barros de Souza | Aceito   |
| Outros                         | cartaresposta.pdf                             | 28/05/2020 11:27:43 | Jeane Barros de Souza | Aceito   |
| Orçamento                      | ORCAMENTO.pdf                                 | 20/05/2020 18:18:32 | Jeane Barros de Souza | Aceito   |
| Cronograma                     | CRONOGRAMA.pdf                                | 20/05/2020 18:17:42 | Jeane Barros de Souza | Aceito   |
| TCLE / Termos de               | TCLE.pdf                                      | 20/05/2020          | Jeane Barros de       | Aceito   |

Continuação do Parecer: 4.068.387

|                                                 |                                                                   |                        |                          |        |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------------------|--------|
| Assentimento /<br>Justificativa de<br>Ausência  | TCLE.pdf                                                          | 17:53:06               | Souza                    | Aceito |
| Projeto Detalhado /<br>Brochura<br>Investigador | FUP_projeto_guarda_chuva_COVID_C-<br>rculo_de_Cultura_Virtual.pdf | 20/05/2020<br>17:40:00 | Jeane Barros de<br>Souza | Aceito |

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CHAPECO, 03 de Junho de 2020

---

**Assinado por:**  
**Fabiane de Andrade Leite**  
**(Coordenador(a))**