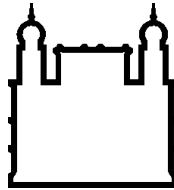


**Fundação Oswaldo Cruz**  
**Instituto Nacional de Saúde da Mulher,  
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira**

**A Covid-19 e suas repercussões nos profissionais de saúde: um estudo  
exploratório**

**Karla Gonçalves Camacho**

Rio de Janeiro  
Dezembro de 2022



**Fundação Oswaldo Cruz**  
**Instituto Nacional de Saúde da Mulher,**  
**da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira**

**A COVID-19 E SUAS REPERCUSSÕES NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: UM  
ESTUDO EXPLORATÓRIO**

Karla Gonçalves Camacho

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Pesquisa Aplicada à Saúde da Criança e da Mulher (PASCAM) do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/FIOCRUZ), como parte dos requisitos para obtenção do Título de Doutor em Pesquisa Aplicada à Saúde da Mulher e da Criança.

Orientadores: Saint Clair dos Santos Gomes Junior  
Co-orientadora: Daniella Campelo Batalha Cox Moore

Rio de Janeiro  
Dezembro de 2022

## CIP - Catalogação na Publicação

Gonçalves Camacho, Karla.

A COVID-19 e suas repercussões nos profissionais de saúde: um estudo exploratório / Karla Gonçalves Camacho. - Rio de Janeiro, 2022.  
181 f.

Tese (Doutorado Acadêmico em Pesquisa Aplicada à Saúde da Criança e da Mulher) - Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro - RJ, 2022.

Orientador: Saint Clair dos Santos Gomes Junior.

Co-orientadora: Daniella Campelo Batalha Cox Moore.

Bibliografia: f. 130-144

1. Coronavírus. 2. Pessoal de Saúde. 3. COVID-19. 4. IRaMuTeQ. 5. Pandemias. I. Título.

## Dedicatória

À minha família, minha inspiração, minha base, meu refúgio, minha alegria.

Ao meu marido Fabiano.

Ao meu filho Miguel, meu amorzinho.

## Agradecimento

Ao meu admirável orientador, Prof. Dr. Saint Clair dos Santos Gomes Junior, expresso profunda gratidão pelo suporte acadêmico e compartilhamento de conhecimentos. Obrigada pela acolhida, paciência, respeito e imensa generosidade.

A minha co-orientadora Daniella Moore, por todo conhecimento compartilhado diariamente, por todo incentivo e oportunidades.

A Dra. Letícia Krauss, por dividir comigo conhecimentos na primeira fase da tese, antes da mudança para essa nova temática. Obrigada pela acolhida, conversas, paciência e oportunidade. Minha grande incentivadora na vida acadêmica.

A minha eterna chefe, do Instituto Fernandes Figueira, Dra. Zina Azevedo, pelo carinho, incentivo e principalmente compreensão. A senhora é um grande exemplo!

A minha chefe Fernanda Lima Setta, por compartilhar momento do doutorado ainda como aluna e agora como chefe da Unidade de Pacientes Graves.

A minha família, por todo incentivo e amor. A minha mãe Maria José que com toda doçura acalma meu coração e me fortalece. Ao meu pai Crisóstomo Nunes, pelo zelo e carinho, por me incentivar e compartilhar cada conquista e dificuldade. A tia Vaninha, minha segunda mãe, tudo começou com seu acolhimento, sua dedicação para comigo e Paty, muito obrigada. A minha irmã Patrícia por segurar os cuidados com mamãe durante minhas ausências em momentos mais tensos da tese, minha parceira e amparo. A Dudinha minha sobrinha amada, te amo. A Miguelzinho, meu filho amado, mamãe te ama mais que tudo, você nem imagina a força diária que você me dá, seu abraço e beijinhos reabastecem minha alma! Ao meu marido Fabiano por dividir a jornada da vida comigo, apoiando e acalmando meu coração, te amo! Ao meu enteado Henrique por todo amor por nossa família.

A minha equipe de plantão do Hospital Universitário Pedro Ernesto: Ângela, Márcia e Natália por tornarem os plantões mais leves, pelas conversas e pelo acalento nos dias difíceis. Minha equipe nota mil.

As minhas eternas amigas Márcia e Adriana Feques por dividirem as angústias e conquistas acadêmicas, os desabafos, os desânimos, as esperanças e as melhores risadas!

Às amigas que a vida acadêmica me proporcionou: Maria Luisa Arruda Correia (Malu), Patrícia Patury Borba (Paty), Keila Cristina Oliveira dos Santos e Marcelle Campos Araujo, nos tornamos amparo nos momentos de desânimo e desespero. Mas a conquista deste doutorado é nossa!

Ao Departamento de Ensino, do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz), em particular Cecília Mallet por toda ajuda e paciência.

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria de Fátima Junqueira-Marinho pelas orientações em relação aos conceitos e Pierre Bourdieu, pelo carinho e paciência.

Aos profissionais de saúde que responderam ao inquérito proposto e expuseram suas opiniões sobre o exercício laboral em meio à pandemia da COVID-19.

Aos membros da banca por avaliarem com presteza o estudo, desde o período da qualificação, contribuindo para que a tese fosse construída com pressupostos acadêmicos.

Muito obrigada aos queridos pesquisadores Dr. Saint Clair dos Santos, Dra. Adriana Reis, Dra. Fátima Junqueira, Dr. Dimitri Abramov e Dra. Daniella Moore pela acolhida, oportunidade, ensinamentos e por permitirem a utilização dos dados do projeto COVID-Pro para a realização da minha tese.

“Aprendi com as primaveras a deixar-me cortar e a voltar sempre inteira.”

“Se em um instante se nasce e um instante se morre, um instante é o bastante pra vida inteira.”

Cecília Meireles

## Resumo

O Brasil tem sido severamente afetado pela pandemia da COVID-19. Nesse contexto, profissionais de saúde permanecem expostos a fatores estressores por um longo período de pandemia, deixando-os no limite físico e emocional. Estes profissionais são submetidos à sobrecarga e longas jornadas de trabalho, dilemas morais, perdas financeiras, uma exposição constante e prolongada a riscos biológicos no enfrentamento da COVID-19 e medo de transmissão familiar da doença. Neste cenário pensou-se em desenvolver esta pesquisa trazendo como objetivo: Avaliar a repercussão da pandemia da COVID-19 nos profissionais de saúde. **Método:** Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, quanti e qualitativo. Os participantes foram profissionais de saúde, que trabalharam no Estado do Rio de Janeiro durante a pandemia da COVID-19. O recrutamento ocorreu de 20/07 a 30/09/2020, através de um inquérito eletrônico, antecedido por um Consentimento Livre e Esclarecido online. Os dados foram tratados pelo *software* IRaMuTeQ, e executadas análises textuais. O estudo apoia-se teoricamente nos conceitos desenvolvidos pelo sociólogo Pierre Bourdieu. **Resultados:** Foram inseridos no estudo 554 participantes. Os dados provenientes do formulário do estudo foram organizados e tratados a partir de estatística simples descritiva, para caracterizar os sujeitos e processados pelo IRaMuTeQ. A Classificação Hierárquica Descendente (CHD) foi finalizada em 4 classes: Classe 1 – O medo dos profissionais de adoecer e contaminar familiares; Classe 2 – Questões laborais; Classe 3 – Sentimento de impotência e a necessidade de políticas públicas e ações governamentais e Classe 4 – Cansaço e exaustão na pandemia. **Conclusão:** O estudo revelou o medo exacerbado dos trabalhadores da saúde de serem infectados pelo SRA-CoV-2 e de transmitirem a infecção às suas famílias, além de perdas financeiras e sentimento de impotência e abandono. Estes sentimentos foram agravados pela falta de direção política ou de implementação de medidas eficazes para minimizar e controlar a propagação da doença. Alguns destes profissionais de saúde manifestaram sinais de doença física e emocional, evidenciando uma segunda pandemia silenciosa, de sentimentos negativos, estresse prolongado, sobrecarga de trabalho e fadiga. A persistência da pandemia gerou como consequência sobrecarga física e mental dos profissionais de saúde. Ao observarmos os pontos centrais das quatro classes geradas pela CHD, identificamos que convergem em uma violência simbólica direcionada da instância federal (dominadora) aos profissionais da saúde (dominados) que estavam na ponta da assistência na pandemia da COVID-19. As diferentes categorias da área da saúde independente do capital acumulado e do campo de atuação aproximavam-se pelo seu *habitus* incorporado e identificavam uma necessidade de mudança resolutiva do cenário da pandemia, mas que estava inacessível a eles por serem os dominados. É válido avaliar os relatos destes profissionais, ouvir suas percepções, detectar sinais de alerta, de violência simbólica e promover uma possível intervenção precoce de apoio emocional durante e após a pandemia, configurando uma medida de cuidado em saúde para esta classe profissional. É necessário cuidar da saúde dos trabalhadores que prestam assistência direta aos pacientes, principalmente dentro do contexto de pandemias, zelando por sua proteção, direitos e sua saúde mental.

**Palavras-chave:** Coronavírus, Pessoal de Saúde, COVID-19, IRaMuTeQ, Pandemias.



## Abstract

Brazil has been severely affected by the pandemic of COVID-19. In this context, health professionals remain exposed to stressful factors for a long pandemic period, leaving them at their physical and emotional limits. These professionals are submitted to overload and long working hours, moral dilemmas, financial losses, a constant and prolonged exposure to biological risks when facing COVID-19 and fear of family transmission of the disease. In this scenario, this research was developed with the following objective: To evaluate the repercussions of the pandemic of COVID-19 on healthcare professionals. Method: This is an exploratory, descriptive, quantitative and qualitative study. The participants were healthcare professionals, who worked in the state of Rio de Janeiro during the COVID-19 pandemic. Recruitment occurred from 07/2020 to 09/30/2020, through an electronic survey, preceded by an online Informed Consent. Data were processed by IRaMuTeQ software, and textual analyses were performed. The study is theoretically based on the concepts developed by sociologist Pierre Bourdieu. Results: 554 participants were enrolled in the study. Data from the study form were organized and processed from simple descriptive statistics to characterize the subjects and processed by IRaMuTeQ. The Descending Hierarchical Classification (CHD) was finalized in 4 classes: Class 1 - Professionals' fear of getting sick and contaminating family members; Class 2 - Work issues; Class 3 - Feeling of helplessness and the need for public policies and governmental actions; and Class 4 - Tiredness and exhaustion in the pandemic. Conclusion: The study revealed health care workers' exacerbated fear of being infected by SARS-CoV-2 and of transmitting the infection to their families, in addition to financial losses and feelings of helplessness and abandonment. These feelings were compounded by the lack of policy direction or implementation of effective measures to minimize and control the spread of the disease. Some of these health professionals manifested signs of physical and emotional illness, evidencing a second silent pandemic of negative feelings, prolonged stress, work overload, and fatigue. The persistence of the pandemic generated as a consequence the physical and mental overload of health professionals. When we observe the central points of the four classes generated by the CHD, we identify that they converge in a symbolic violence directed by the federal instance (dominant) to health professionals (dominated) who were at the point of assistance in the pandemic of COVID-19. The different categories of the health area, regardless of their accumulated capital and field of action, were approached by their incorporated habitus and identified a need for resolute change in the pandemic scenario, but which was inaccessible to them because they were the dominated ones. It is valid to evaluate the reports of these professionals, listen to their perceptions, detect warning signs of symbolic violence, and promote a possible early intervention of emotional support during and after the pandemic, configuring a health care measure for this professional class. It is necessary to care for the health of workers who provide direct assistance to patients, especially within the context of pandemics, watching over their protection, rights, and their mental health.

**Keywords:** Coronavirus, Healthcare Personnel, COVID-19, IRaMuTeQ, Pandemics.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Distribuição do número de casos notificados por COVID-19 entre os profissionais de saúde, no Brasil no ano de 2020, entre a Semana Epidemiológica 27 (28/06 a 04/07/2020) a Semana Epidemiológica 53 (27/12/2020 a 2/1/2021).....	25
Figura 2 - Distribuição do número de óbitos notificados por COVID-19 entre os profissionais de saúde, no Brasil no ano de 2020, entre a Semana Epidemiológica 27 (28/06 a 04/07/2020) a Semana Epidemiológica 53 (27/12/2020 a 2/1/2021).....	26
Figura 3 - Distribuição de novos casos confirmados da COVID-19 entre os profissionais de saúde, no Brasil no ano de 2021, por Semana Epidemiológica (2-48).....	27
Figura 4 - Distribuição do número de óbitos notificados por COVID-19 entre os profissionais de saúde, por Semana Epidemiológica (1-48), no Brasil no ano de 2021. ....	28
Figura 5 - Distribuição de novos casos confirmados da COVID-19 entre os profissionais de saúde, no Brasil no ano de 2022, por Semana Epidemiológica (5-34)	29
Figura 6 - Distribuição óbitos confirmados da COVID-19 entre os profissionais de saúde, no Brasil no ano de 2022, por Semana Epidemiológica (5-34);.....	30
Figura 7: Painel da OMS sobre o Coronavírus (COVID-19) em 19 de dezembro de 2022. ....	43
Figura 8: Situação da COVID-19 no mundo em 20 de outubro de 2022. ....	44
Figura 9 - Linha do tempo da COVID-19 no mundo. ....	45
Figura 10 - Linha do tempo da COVID-19 no mundo. (continuação) ....	46
Figura 11 - Casos e óbitos novos da COVID-19 por data de notificação no Brasil, registro de 26/02/2020 a 29/09/2022.....	50
Figura 12 - Casos e óbitos acumulados da COVID-19 por data de notificação no Brasil, registro de 26/02/2020 a 29/09/2022.....	51
Figura 13 - Linha do tempo da COVID-19 no Brasil (2020-2021).....	52
Figura 14 - Linha do tempo da COVID-19 no Brasil (2021).....	53
Figura 15 - Linha do tempo da COVID-19 no Brasil (2022).....	54
Figura 16 - Incidência de casos no Estado do Rio de Janeiro até o mês de setembro de 2022. ....	56

Figura 17 - Incidência diária de óbitos no Estado do Rio de Janeiro até o mês de setembro de 2022. ....	57
Figura 18 - Variantes relevantes do vírus SARS-CoV-2 no Brasil, por período de amostragem. ....	60
Figura 19 - Incidência de casos e de óbitos da COVID-19, no estado do Rio de Janeiro, durante o período de recrutamento do estudo. Fonte: Monitora COVID-19. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <a href="https://bigdata-covid19.icict.fiocruz.br/">https://bigdata-covid19.icict.fiocruz.br/</a> . Acessado em 29/6/2020.....	70
Figura 20 - Composição do <i>corpus</i> .....	75
Figura 21 – Fluxograma de inserção dos sujeitos na pesquisa.....	81
Figura 22 - Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente das Classes...	86
Figura 23 - Dendograma de Classificação Hierárquica Descendente das Classes, com as palavras mais representativas de cada classe e seu respectivo $\chi^2$ .....	87
Figura 24 - Árvore Máxima de Similitude para Análise de Similitude. ....	104
Figura 25 - Árvore de similitude da Classe 1: O medo dos profissionais de adoecer e contaminar familiares/amigos.....	105
Figura 26 - Árvore de similitude da Classe 2: Questões laborais. ....	107
Figura 27 - Árvore de similitude da Classe 3: Sentimento de impotência e necessidade de políticas e ações governamentais. ....	108
Figura 28 - Árvore de similitude da Classe 4: Cansaço e exaustão emocional na pandemia.....	109
Figura 29 - Nuvem de palavras. ....	110
Figura 30 – Vivências dos profissionais de saúde na pandemia da COVID-19.....	125

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Características básicas das pandemias dos séculos XX e XXI.....	41
Quadro 2 - Descrição das variáveis e codificação da linha de comando .....	76

**LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 - Quantitativo de profissionais de saúde distribuídos por Região Federativa do Brasil, cadastrado no CNES, em março de 2022. ....	32
Tabela 2 - Caracterização dos participantes do estudo .....	82
Tabela 3 - Caracterização dos participantes do estudo (continuação).....	83
Tabela 4 - Caracterização do sono, apetite, uso de medicamentos para controle da ansiedade e de bebidas alcoólicas dos participantes do estudo .....	84

**LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AFC	Análise Fatorial de Correspondência
BDENF	Base de Dados da Enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFR	<i>Case Fatality Ratio</i>
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COVID-19	Doença Infecciosa Causada pelo Novo Coronavírus (SARS-CoV-2)
DATASUS	Banco de Dados do Sistema Único de Saúde
DENV	Vírus dengue
ESPII	Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional
EPI	Equipamento de Proteção Individual
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GISAID	Global Initiative on Sharing All Influenza Data
HCoVs	Coronavírus humanos
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IFF	Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira
IRAMUTEQ	Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires
MERS	Síndrome Respiratória do Oriente Médio
MS	Ministério da Saúde
N95	Capacidade do filtro de 95% (remove x% de todas as partículas com 0,3 micron de diâmetro ou mais)

OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNI	Programa Nacional de Imunização
SARS-CoV-2	Vírus da família dos coronavírus que, ao infectar humanos, causa uma doença chamada COVID -19.
SE	Semana Epidemiológica
ST	Segmentos de Texto
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
VOCs	Variantes Preocupantes
$\chi^2$	Qui-quadrado
ZIKV	Zika Vírus

## Sumário

1. INTRODUÇÃO.....	16
1.1. PERGUNTA DE PESQUISA.....	35
1.2. OBJETIVOS.....	36
1.2.1. Geral.....	36
1.2.2. Específicos.....	36
1.3. JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA.....	37
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	38
2.1. PANDEMIAS DO SÉCULO XXI.....	38
2.2. A PANDEMIA DA COVID-19 NO BRASIL.....	47
3. REFERENCIAL TEÓRICO - PIERRE BOURDIEU.....	61
4. MÉTODO.....	67
4.1. DESENHO.....	67
4.2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO.....	67
4.3. VARIÁVEIS.....	68
4.4. POPULAÇÃO.....	68
4.5. CENÁRIO.....	69
4.6. TAMANHO E CARACTERÍSTICA DA AMOSTRA.....	71
4.7. INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	71
4.8. VERIFICAÇÃO DE INTEGRIDADE.....	71
4.9. ETAPA DE REVISÃO.....	72
4.10. PESQUISA ABERTA.....	72
4.11. MODO DE CONTATO E ANÚNCIO DA PESQUISA.....	72
4.12. INCENTIVOS.....	72
4.13. PROTEÇÃO DE DADOS.....	73
4.14. QUESTÕES ÉTICAS.....	73
4.15. CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAR.....	73



4.16. VOLUNTARIADO.....	73
4.17. USO DO IRaMuTeQ NO PROCESSAMENTO DOS DADOS TEXTUAIS .....	74
4.17.1. Etapa 1– Composição do <i>corpus</i> .....	75
4.17.2. Etapa 2 – Elaboração das linhas de comando .....	75
4.17.3. Etapa 3 – Correção e revisão do <i>corpus</i> .....	76
4.17.4. Etapa 4 – Importação dos dados.....	77
4.17.5. Etapa 5 – Análise do texto pelo <i>software</i> IRaMuTeQ.....	77
4.17.6. Classificação Hierárquica Descendente (pelo método de Reinert).....	78
4.17.7. Nuvem de palavras.....	78
4.17.8. Análise de similitude.....	79
4.17.8. Articulação do IRaMuTeQ com os conceitos de Pierre Bourdieu .....	79
4.18. Limitações do estudo .....	79
5. RESULTADOS.....	81
5.1. CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	82
5.2. ANÁLISE LEXICAL REALIZADA PELO <i>SOFTWARE</i> IRaMuTeQ.....	85
5.3. CLASSIFICAÇÃO HIERÁRQUICA DESCENDENTE.....	85
5.4. ÁRVORES DE SIMILITUDE .....	103
5.5. NUVEM DE PALAVRAS .....	110
6. DISCUSSÃO.....	112
7. CONCLUSÃO .....	126
REFERÊNCIAS.....	130
8. Anexos.....	144
8.1. Anexo A: Instrumento de Coleta de Dados para Profissionais de Saúde .....	144
8.2. Anexo B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (online) .....	149
8.3. Anexo C: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (integral).....	150
8.4. Parecer de Aprovação do Projeto.....	152
9. Apêndice.....	160
9.1. Apêndice A: Artigo Publicado na Revista PLOS .....	160

## 1. INTRODUÇÃO

A pandemia do novo Coronavírus, iniciada em Wuhan no final de dezembro de 2019, é um evento que trouxe à tona a discussão de riscos reais e potenciais de um vírus desconhecido, causador de agravos sem precedentes (1, 2) e que apesar das tentativas massivas de contê-lo na China, o vírus se espalhou globalmente(2).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) foi alertada sobre vários casos de pneumonia na cidade de Wuhan, província de Hubei, na República Popular da China em 31 de dezembro de 2019. Após uma semana do alerta, em 7 de janeiro de 2020, as autoridades chinesas confirmaram que haviam identificado um novo tipo de Coronavírus\*, o qual foi nomeado *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (SARS-CoV-2) em 11 de fevereiro de 2020 (4).

O SARS-CoV-2 tornou-se responsável pela Doença Infecciosa Causada pelo Novo Coronavírus (COVID-19). Em 30 de janeiro de 2020, o surto do SARS-CoV-2 foi declarado como Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) pela OMS (5). Uma ESPII é definida como “evento extraordinário que constitui um risco para a saúde pública de outros Estados, devido à propagação internacional de doença, e que potencialmente exige uma resposta internacional coordenada” (6). A preocupação quando se declara uma ESPII é que o agente causal desta emergência se espalhar por países com sistemas de saúde mais fracos e mal preparados para lidar com ele. Os registros de vigilância internacional declararam apenas cinco dessas emergências até o momento, incluindo a gripe H1N1 em 2009, poliomielite em 2014, Ebola na África Ocidental em 2014, Zika em 2016 e Ebola em 2019 na República Democrática do Congo (7). E atualmente temos a sexta pandemia da COVID-19. Considerando o potencial de transmissão desse vírus, a Organização Mundial da Saúde declarou a COVID-19 uma pandemia<sup>†</sup> em 11 de março de 2020 (9). O SARS-CoV-2 apresenta uma alta transmissibilidade, porém a taxa de letalidade é comparativamente menor de 1,4 – 2,1% (*Case Fatality Ratio* -

---

\* O nome “corona” foi escolhido a partir da observação do vírus no microscópio, a imagem se assemelhava a de uma coroa (3)

<sup>†</sup> A palavra pandemia tem sua origem no grego *pandemías*, representada pela junção dos elementos gregos: “*pan*” (todo, tudo) e “*demos*” (povo)(8)

CFR) em comparação com o SARS-CoV (9,6%) e comparado ao MERS-CoV (Coronavírus causador da Síndrome Respiratória do Oriente Médio) (40%) (10). A elevada infectividade do SARS-CoV-2 e a ausência de uma vacina contra esse vírus fizeram com que crescesse o número de casos de forma exponencial no início da pandemia (11).

O primeiro caso confirmado da COVID-19 no Brasil teve seu registro em São Paulo no dia 26 de fevereiro de 2020, sendo também o primeiro caso da América Latina. A incidência e a mortalidade mantiveram-se crescentes, oscilantes, em todo o ano de 2020, não havendo registro de queda significativa nessas taxas que pudessem reconhecer como término de uma onda e início da outra (12, 13). A definição de início e término de uma onda está relacionada principalmente ao aumento acentuado no número de casos e mortes, que serve como um indicativo de uma nova fase. O termo “onda” não tem como embasamento critérios científicos estabelecidos no campo da epidemiologia. Uma onda também só pode ser considerada encerrada quando há uma baixa significativa dos índices, chegando a ter apenas casos esporádicos, o que não ocorreu até o ano de 2021 (14) e permanecendo em 2022.

No Brasil, progressivamente foi instalado um cenário epidemiológico caótico. Além disso, foram acrescidas crises governamentais e políticas, trocas de ministros e conflito de informações no Ministério da Saúde (MS)(15). Desde o início da pandemia, houve quatro trocas de ministros da saúde, realizadas pelo Presidente da República. Essas trocas ocorreram por divergências na condução das políticas de enfrentamento da doença e por pressão política dos parlamentares da base de apoio do governo, no congresso nacional. Durante a pandemia, o Ministério da Saúde adotou medidas equivocadas em saúde, infundadas e negacionistas, fortemente orquestradas pela Presidência. O primeiro-ministro, designado durante a pandemia, foi o médico Luiz Henrique Mandetta que ficou no cargo até 16/04/2020. Seu posicionamento era a favor do *lockdown* e de investimentos em vacinas; era contra o incentivo a remédios para tratamento da COVID-19 sem eficácia comprovada e seguia as recomendações da OMS. Em 17 de abril de 2020, assume o cargo de ministro da Saúde o médico Nelson Teich, apoiador do Presidente da República, que permaneceu no cargo até 15/05/2020, quando pede demissão por não conseguir seguir as normas da OMS. Neste ínterim, o Brasil passou a assumir o epicentro

mundial da pandemia, sem direção ou diretriz clara do Ministério da Saúde. Em meados de maio (20/5/2020), assume o veterinário e General do Exército Brasileiro, Eduardo Pazuello, que passa a defender protocolos para uso da cloroquina e da hidroxicloroquina em casos leves e tratamento da COVID-19. Devido à pressão gerada para a aquisição das vacinas e pelo desgaste político de Eduardo Pazuello, foi realizada nova substituição no Ministério da Saúde, em 15/03/2021, assumindo o médico Marcelo Antônio Cartaxo Queiroga Lopes, ainda em vigor (16).

No percurso da rotatividade dos Ministros da Saúde e fragilização da Atenção Primária à Saúde, instalou-se um colapso do sistema de saúde com aumento descontrolado do número de casos confirmados de infecção e de óbitos pela COVID-19, e a redução progressiva no número de leitos disponíveis nos hospitais. O primeiro estado brasileiro a declarar colapso de seu sistema de saúde foi o estado do Amazonas em 8 de abril de 2020, com sua capital, Manaus, tendo 95% dos 293 leitos de Unidade de Terapia Intensiva(UTI) ocupados em hospitais privados e públicos(17).

Atrelado a esta fase de colapso dos serviços de saúde, houve uma procura desesperada por informações sobre a doença. Qualquer notícia ou informação sobre a COVID-19 ou uma cura potencial atraíam a atenção do público e influenciavam fortemente os seguidores nas redes sociais. Naquele momento não era sabido o que era real ou *fake news*. Portanto, era de crucial importância garantir que as informações divulgadas sobre a COVID-19 fossem confiáveis, de modo que os profissionais de saúde que estavam na linha de frente bem como a população em geral tivessem um norte a seguir e uma compreensão melhor da doença (18). O compartilhamento de notícias falsas durante a crise de saúde da COVID-19 agravava a desinformação da população, contribuindo para o descrédito da ciência e das instituições globais de saúde e causando principalmente danos à saúde pública brasileira (19, 20). Esse excesso de informações, que ora eram precisas e outras não, é denominado “infodemia”, cuja própria Organização Mundial da Saúde empregou este termo muitas vezes para registrar o acúmulo de informações, de fontes e de orientações sobre a pandemia da COVID-19, o que tornava difícil encontrar informações confiáveis quando era preciso (21, 22).

Este cenário de mortes, buscas por informação e proteção perdura por mais de dois anos, com desafios persistentes e outros novos. Foi aprendido, na fase

inicial da pandemia, que a prevenção é a única opção para reduzir o número de pacientes que chegavam aos hospitais e especialmente às Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Algumas deficiências foram aos poucos amenizadas como o acesso às máscaras faciais N95 e outros equipamentos de proteção individual, além de medidas de controle da doença como a quarentena, isolamento social, e distanciamento físico extremo para desacelerar a disseminação do vírus, proteção dos mais vulneráveis da sociedade(23). A experiência da primeira onda, com o manejo de número acentuado de casos, ajudou posteriormente a tratar os pacientes de forma mais eficaz, levando a uma melhora na proporção do número de infecções/mortalidade (24, 25). Porém, mesmo com o avanço dos conhecimentos de manejo do vírus e tratamento da COVID-19, a pandemia ainda permaneceu descontrolada em muitos países, inclusive no Brasil, por meses. Com isso a maioria dos profissionais de saúde ultrapassou seus limites físicos e mentais.

Mesmo diante deste cenário de mortes e caos total, com impactos potencialmente devastadores da pandemia, observou-se por parte de autoridades do governo federal um discurso de minimizar a ameaça à saúde pública representada pelo vírus. A figura mais emblemática era do Presidente da República chamando a COVID-19 de “gripezinha”, além de incentivar a reabertura do país por causa da economia e o uso de medicamentos para tratar a COVID-19 sem comprovação científica (26).

No final de 2020, registraram-se no Brasil dois acontecimentos que delimitaram uma nova etapa na pandemia da COVID-19: o anúncio de vacinas eficazes e o surgimento de variantes do vírus SARS-CoV-2, correspondendo respectivamente a um sopro de esperança e a um novo indicador de alerta para a saúde pública. Para os profissionais de saúde brasileiros, a vacina não refletiria uma solução imediata, pois o Governo Federal demonstrava incapacidade de gerenciar e garantir vacina para a população, em tempo adequado, para o controle da disseminação do vírus. A nova variante do vírus, em um tempo menor do que a distribuição da vacina se disseminaria na população brasileira. Como esperado por especialistas, as novas variantes do vírus surgiram levando a um maior risco de infecção e provavelmente um aumento no número de pacientes em UTI (24).

O mundo concentrou tempo e investimentos na busca de medicamentos e de vacinas que ajudassem a frear a pandemia (27). A vacina para prevenção da

COVID-19 veio em tempo recorde. As fases estabelecidas para a produção das vacinas foram abreviadas. O primeiro ensaio clínico em humanos da vacina contra a COVID-19 iniciou em três de março de 2020 nos Estados Unidos (28), e vários outros ensaios clínicos em humanos começaram em seguida ao redor do mundo. Com isso, em menos de um ano, não uma, mas várias vacinas começaram a avançar na fase III de estudos clínicos (27).

Em oito de dezembro de 2020, a vacina da Pfizer-BioNTech, primeira vacina para prevenção da COVID-19 fora de estudo clínico, foi aplicada em uma senhora de 91 anos no Reino Unido, iniciando um novo ciclo de esperança contra a pandemia (29). O início da Campanha Nacional de Vacinação contra a COVID-19, no Brasil, ocorreu em 18 de janeiro de 2021, com quantitativo limitado de doses, após aprovação para uso emergencial de algumas vacinas pelo órgão regulador nacional, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (30). O uso emergencial tem por objetivo “disponibilizar medicamentos, vacinas e diagnósticos o mais rápido possível para atender à emergência, respeitando critérios rigorosos de segurança, eficácia e qualidade”(31).

Em virtude do cenário de indisponibilidade imediata de vacinas contra a COVID-19 para toda população brasileira em etapa única, foi necessário definir e escalonar grupos prioritários. A Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações (PNI), juntamente com o Ministério da Saúde, a Secretaria de Vigilância em Saúde e o Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis estipularam uma ordem dentro dos grupos prioritários especificando quem deveria ter precedência nas fases de vacinação contra a COVID-19: pessoas com 60 anos ou mais institucionalizadas, pessoas com deficiência institucionalizadas, povos indígenas vivendo em terras indígenas, trabalhadores de saúde, pessoas com 75 anos ou mais (de forma escalonada decrescente), povos e comunidades tradicionais ribeirinhas, povos e comunidades tradicionais quilombolas, pessoas com 60 a 74 anos (de forma escalonada decrescente), pessoas de 18 a 59 anos com comorbidades, pessoas com deficiência permanente, pessoas em situação de rua, população privada de liberdade, funcionários do sistema de privação de liberdade, trabalhadores da educação do ensino básico, trabalhadores da educação do ensino superior, Forças de Segurança e Salvamento, Forças Armadas e outros grupos(32).

Dentre os grupos de prioridade estavam os profissionais de saúde que assistiam indivíduos e suas comunidades ocupando um papel fundamental na sociedade. Porém constituem um grupo vulnerável às condições de trabalho, susceptíveis ao risco de adoecimento e expostos às demandas para cujo enfrentamento nem sempre estão capacitados. Há necessidade de incentivo à política de desenvolvimento de recursos humanos em saúde que valorize o planejamento, a regulação das relações de trabalho e a educação permanente dos profissionais e dos trabalhadores do setor (33). A exposição de profissionais de saúde foi intensa a riscos biológicos por falta de recursos materiais, humanos e estruturais nos primeiros meses da pandemia (34, 35). O conhecimento da doença era limitado e os equipamentos especializados insuficientes, o que contribuía para a gravidade dessa primeira fase (24).

A Organização Mundial de Saúde, em 2020, identificou o vírus SARS-CoV-2 como agravante à saúde do trabalhador e declarou que os profissionais de saúde apresentavam maior risco para a ocorrência de sofrimento, uma vez que este grupo de profissionais estava mais exposto aos riscos biológicos, ergonômicos, de acidentes, entre outros, mesmo tendo a sua disposição equipamento e treinamento adequados para a assistência direta aos pacientes com COVID-19 (36).

Diante da crise sanitária deflagrada pelo SARS-CoV-2 e pela persistência da pandemia, em junho de 2021, ainda eram observados índices elevados, no Brasil, de casos (17.210.969 casos confirmados, com incidência de 8190,0/100mil habitantes) e de óbitos (482.019 óbitos acumulados, cuja mortalidade é de 229,4/100mil habitantes) (37). Neste cenário, os profissionais de saúde foram submetidos a uma sobrecarga de trabalho, jornadas laborais mais longas, dilemas morais, perdas financeiras, exposição constante e prolongada a riscos biológicos no enfrentamento da COVID-19 e medo de transmissão familiar da doença (38). Os medos dos profissionais de saúde permanecem os mesmos ao longo destes mais de dois anos de pandemia, porém a falta de esperança tornou-se um agravante à saúde mental. Por consequente, alguns destes profissionais podem manifestar além de sinais de adoecimento físico, exibir sinais emocionais, com a agudização de sintomas de estresse e insegurança (39).

Quando doenças infecciosas geram surtos, as unidades de saúde adquirem rótulos como "zonas de guerra" e "campos de batalha" e a sociedade de um modo geral define os profissionais de saúde atuantes neste cenário como heróis, mesmo

sem estes profissionais terem a intenção de ocupar esse papel (40). Os profissionais de saúde que estavam na linha de frente da pandemia da COVID-19 foram considerados por muitos como “combatentes da linha de frente”. Eram submetidos constantemente ao risco de exposição aos patógenos e às superfícies contaminadas, a longas horas de trabalho, ao sofrimento psicológico, à fadiga e ao desgaste psicológico (41). Isto sem mencionar mudanças na rotina, organização e locais de trabalho, escassez de materiais, número excepcionalmente alto de mortes entre pacientes, colegas ou parentes e questões éticas relacionadas à tomada de decisão em um sistema de saúde sobrecarregado (42). Outros fatores também podem afetar a saúde e o bem-estar dos profissionais de saúde, dentre eles na pandemia da COVID-19 destacaram-se as informações e procedimentos médicos que mudavam rapidamente, percepção de risco para si, estilo de vida afetado pelo surto da doença e vulnerabilidade (43, 44).

Durante a pandemia da COVID-19, o termo linha de frente foi comumente usado no Brasil e no mundo, para designar os profissionais da área de saúde e funcionários de setores essenciais que estavam em contato direto, constante e intenso com o vírus e, portanto, tinham maior risco de infecção devido à própria função que desempenhavam na sociedade. Historicamente, esta expressão tem forte diálogo com o vocabulário militarista, bem como os outros termos: “hospital de campanha”; “higienismo campanhista” e “polícia médica e sanitária”, que surgiram, no início do século XX, no período da Revolta da Vacina e da higienização dos portos no Brasil. No contexto das forças armadas, o termo linha de frente é considerado uma medida de controle de espaço e de combate, que designa as forças amigas ou inimigas mais à frente, presentes na zona de combate durante um conflito armado ou guerra (45). Trazendo para a realidade do combate à pandemia da COVID-19, a linha de frente simboliza a posição ocupada pelos combatentes que eram os profissionais de saúde e todos que desempenhavam funções imprescindíveis no enfrentamento a pandemia, incluindo as ações de planejamento estratégico e o controle de informações no combate ao inimigo, o vírus SARS-CoV-2 (45, 46).

No contexto persistente da pandemia, no Brasil, os profissionais de saúde ficaram diante de um somatório de experiências e de adoecimento inerentes ao trabalho em saúde, do sofrimento e da finitude da vida; dos riscos de contaminação; do



surgimento de novas variantes, da lentidão na compra, aprovação e distribuição das vacinas e diante de ações desmedidas das instâncias nacionais. Todos esses fatores podem repercutir na saúde física e mental destes profissionais. Além disso, no auge da pandemia, a quantidade de informações recebidas diariamente relacionadas ao COVID-19 era tão abundante e dinâmica que as equipes, as autoridades de saúde, os acadêmicos e a mídia não conseguiam acompanhar essa nova pandemia de informações (47).

O medo do adoecimento, de desenvolver formas graves da doença e de levar o vírus para a família foram “fantasmas” que assombravam constantemente os profissionais de saúde e alteraram profundamente os ambientes sociais e de trabalho, sendo um grande fator gerador de ansiedade, sofrimento psíquico e outros sintomas relacionados à saúde mental (9, 19, 39, 48). Os profissionais são mais vulneráveis a desenvolver alguns prejuízos na saúde durante e pós-pandemia, desencadeados pelo estresse, tais como: depressão, ansiedade, síndrome de *Bournout*, fobias, dentre outros (36). O trabalhador deve receber uma maior atenção, tanto no que se refere a sua saúde física, quanto aos aspectos que concernem à sua saúde mental, além de valorização social do seu trabalho dentro e fora da pandemia. Uma pesquisa realizada com 1007 profissionais de saúde do *National Health Service* (NHS) no Reino Unido nas primeiras duas semanas de abril de 2020 registrou sentimento de insegurança, de falta de treinamento, de suporte, de proteção e de equipamentos de proteção individual (EPI) adequados em seu local de trabalho, com isso ressaltou a importância de aumentar o acesso a EPI e testes, no intuito de dar aos profissionais uma segurança para exercer suas funções (49).

As categorias, mais vitimadas dentre os profissionais de saúde, que se sobressaíram nesta pandemia foram: os técnicos e auxiliares de enfermagem, enfermeiros e médicos. Em dois de setembro de 2020, a Organização Mundial de Saúde registrou 570 mil profissionais infectados pelo novo coronavírus e 2,5 mil morreram nas Américas (50), correspondendo ao maior número de profissionais de saúde infectados no mundo. No Brasil, de 26 de fevereiro de 2020 a 20 de fevereiro de 2021, foram confirmados 10.139.148 casos e 245.977 óbitos por COVID-19. O estado do Rio de Janeiro apresentou a maior mortalidade (185,2 óbitos/mil habitantes) neste mesmo período, segundo dados do Boletim Epidemiológico Especial nº 51 para Doença pelo Coronavírus(51).

O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), iniciou em 26 de abril de 2020, a divulgação semanal de dados através do “Boletim Epidemiológico Especial - Doença pelo Coronavírus COVID-19”, visando não apenas apresentar os números disponíveis de caso, mas também a interpretação da situação epidemiológica (52, 19). Os dados sobre casos e óbitos por COVID-19 entre os profissionais de saúde passaram a ser incorporados ao Boletim Epidemiológico Especial a partir da edição de nº 21º, que correspondia a Semana Epidemiológica 27 (28/06/2020 a 04/07/2020). Estes dados foram incluídos numa sessão nomeada “Perfil de casos de Síndrome Gripal suspeitos da COVID-19 e casos de SRAG hospitalizados e óbitos por SRAG em profissionais de saúde”. Nesta sessão há dados específicos de notificação de casos da COVID-19 entre os profissionais de saúde no Brasil (53).

Na tentativa de acompanhar os registros de casos e de óbitos por COVID-19 entre os profissionais de saúde no Brasil, foram resgatados os dados publicados pelo Ministério da Saúde através do Boletim Epidemiológico Especial - Doença pelo Coronavírus COVID-19, desde o início da pandemia até setembro de 2022 (figuras 1 a 6). Com isso foi possível ter uma visão do cenário de acometimento dos profissionais de saúde pelo SARS-Cov-2 no Brasil.

Não houve publicação de dados de casos e óbitos por COVID-19 nos profissionais de saúde nos Boletins Especiais na Semana Epidemiológica 35 (16 a 22/08/2020) e nem entre a Semana Epidemiológica 44 (25/10 a 31/10/2020) e a Semana Epidemiológica 48 (22/11 a 28/11/2020). Os registros de casos e óbitos por COVID-19, no ano de 2020, entre profissionais de saúde, foram computados até a Semana Epidemiológica 53 (27/12/2020 a 2/1/2021), apresentados nas figuras 1 e 2.

Em 2020, entre as profissões na área da saúde, as que tiveram mais registros de casos da COVID-19, foram técnicos/auxiliares de enfermagem, médicos e enfermeiros.

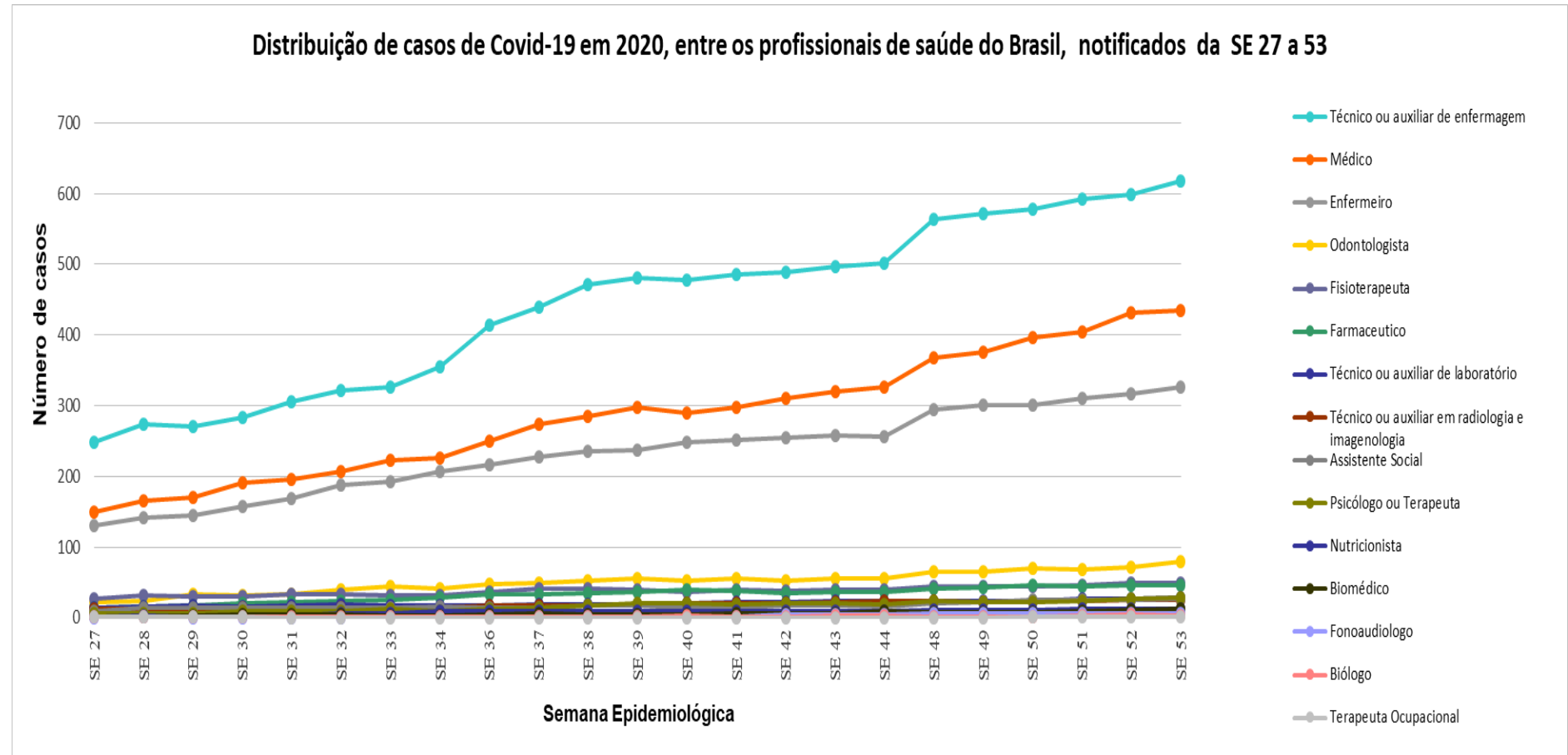


Figura 1- Distribuição do número de casos notificados por COVID-19 entre os profissionais de saúde, no Brasil no ano de 2020, entre a Semana Epidemiológica 27 (28/06 a 04/07/2020) a Semana Epidemiológica 53 (27/12/2020 a 2/1/2021).

Fonte: Boletim Epidemiológico Especial - Doença pelo Coronavírus COVID-19, Ministério da Saúde, Semanas Epidemiológicas 27 a 53 de 2020.

Não houve, em 2020, publicação de casos notificados por COVID-19 no Boletim Epidemiológico Especial - Doença pelo Coronavírus COVID-19 das seguintes categorias profissionais: terapeuta ocupacional, biólogo e biomédico. Dos óbitos confirmados por covid-19, no ano de 2020, as categorias profissionais que se destacaram foram os técnicos ou auxiliares de enfermagem, médicos e enfermeiros.

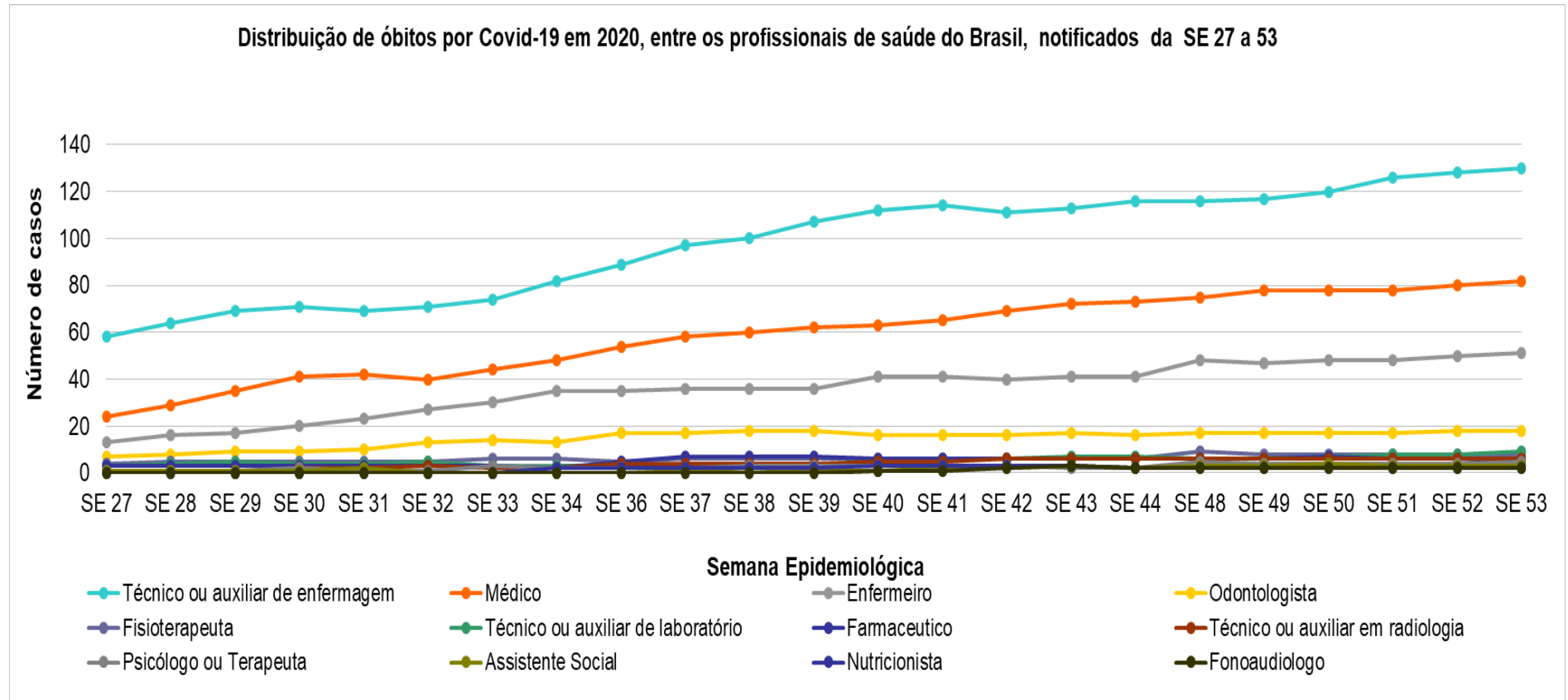


Figura 2 - Distribuição do número de óbitos notificados por COVID-19 entre os profissionais de saúde, no Brasil no ano de 2020, entre a Semana Epidemiológica 27 (28/06 a 04/07/2020) a Semana Epidemiológica 53 (27/12/2020 a 2/1/2021).

Fonte: Boletim Epidemiológico Especial - Doença pelo Coronavírus COVID-19, Ministério da Saúde, Semanas Epidemiológicas 27 a 53 de 2020.

Não houve publicação de dados novos por COVID-19 entre os profissionais de saúde no “Boletim Epidemiológico Especial - Doença pelo Coronavírus COVID-19” na Semana Epidemiológica nº1 (3 a 9/1/2021) e os registros de 2021 só foram divulgados até a Semana Epidemiológica 48 (28/11 a 4/12/2021). Em 2021, os técnicos/auxiliares de enfermagem, médicos e enfermeiros permaneceram como as categorias profissionais da área da saúde que apresentaram os maiores registros de casos da COVID-19.

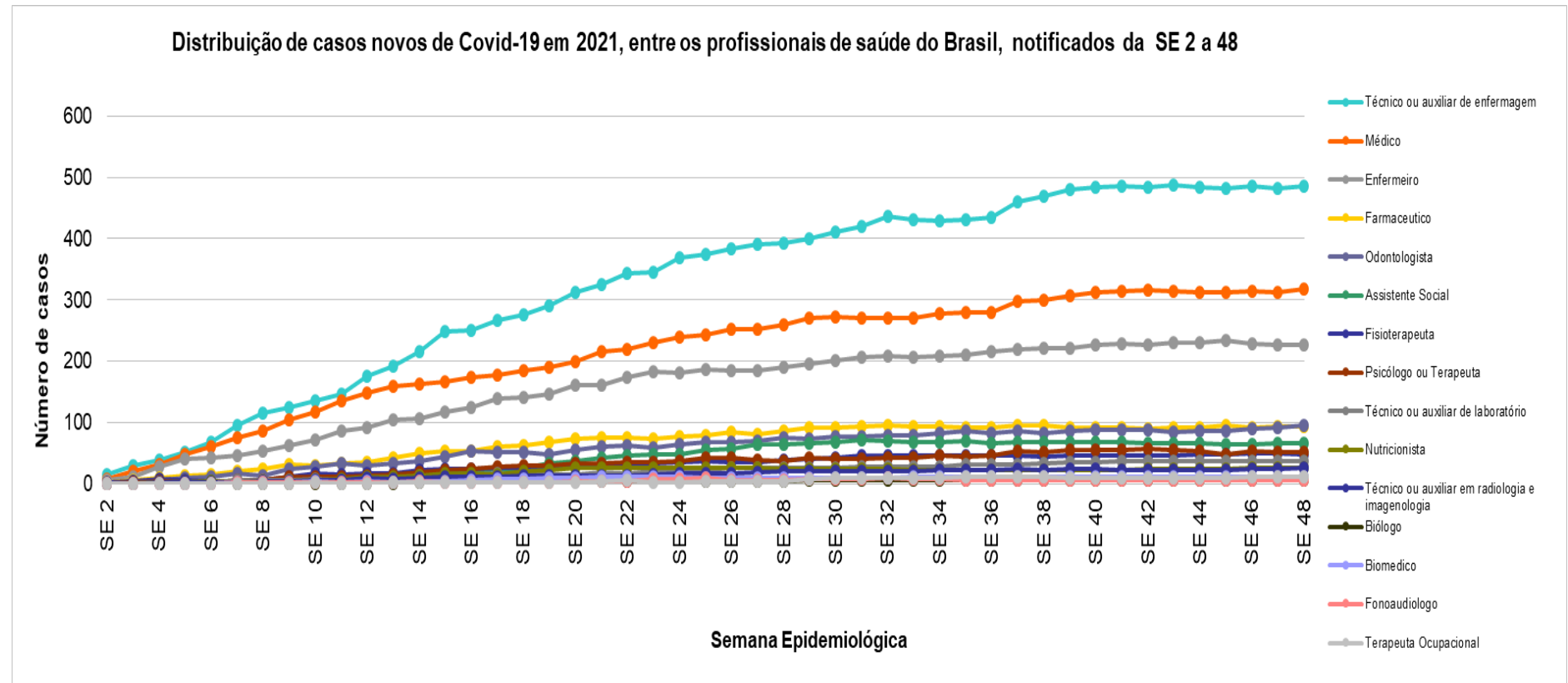


Figura 3 - Distribuição de novos casos confirmados da COVID-19 entre os profissionais de saúde, no Brasil no ano de 2021, por Semana Epidemiológica (2-48).

Fonte: Boletim Epidemiológico Especial - Doença pelo Coronavírus COVID-19, Ministério da Saúde, Semanas Epidemiológicas 2 a 48 de 2021.

Não houve publicação de óbito por COVID-19 entre os profissionais de saúde no “Boletim Epidemiológico Especial - Doença pelo Coronavírus COVID-19” na Semana Epidemiológica 1 (3 a 9/1/2021) e os registros de 2021 só foram divulgados até a Semana Epidemiológica 48 (28/11 a 4/12/202). Em 2021 não houve registro de óbitos nos Boletins até a SE 48, da categoria profissional terapeuta ocupacional. Dos óbitos confirmados por COVID-19, no ano de 2021, as categorias profissionais que tiveram maior incidência de óbitos foram os técnicos ou auxiliares de enfermagem, médicos e enfermeiros.

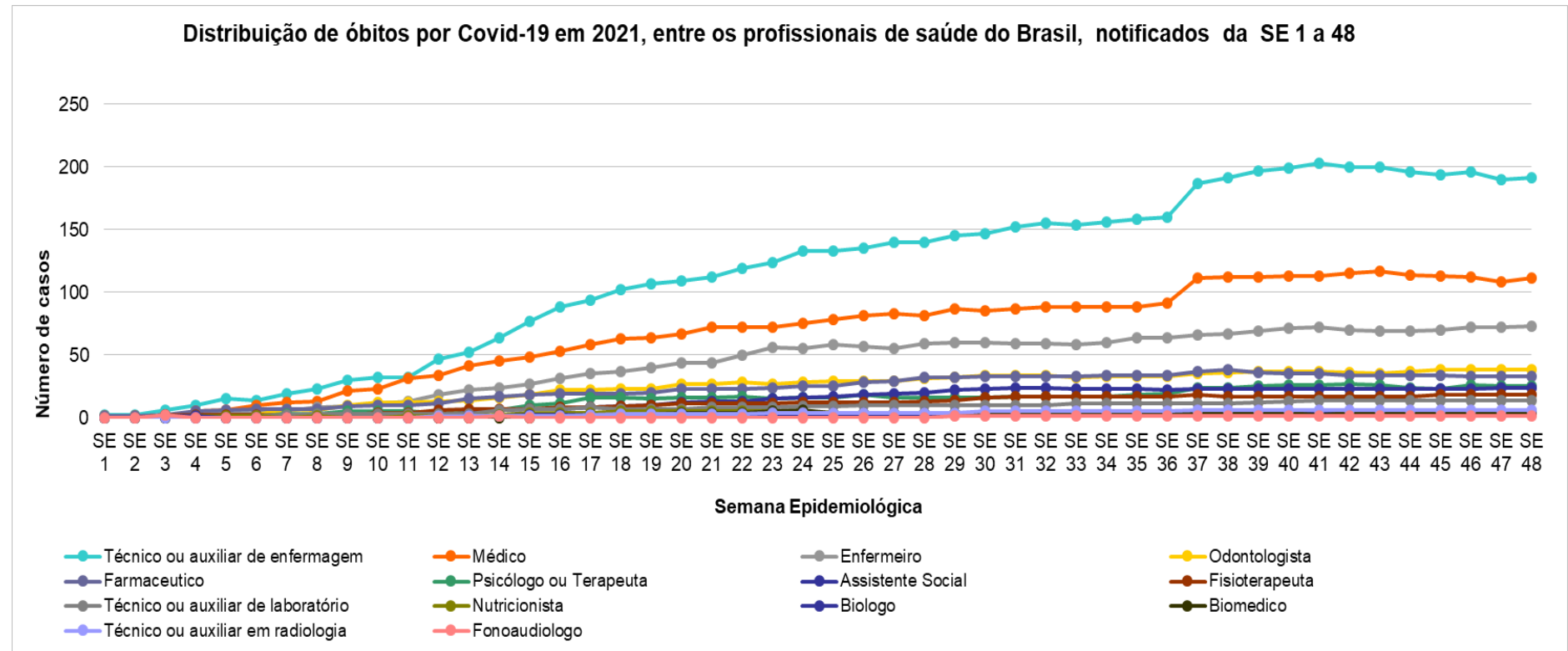


Figura 4 - Distribuição do número de óbitos notificados por COVID-19 entre os profissionais de saúde, por Semana Epidemiológica (1-48), no Brasil no ano de 2021.

Fonte: Boletim Epidemiológico Especial - Doença pelo Coronavírus COVID-19, Ministério da Saúde, Semanas Epidemiológicas 1 a 48 de 2021

Entre a SE 1 e 4 não houve publicação nos Boletins do Ministério da Saúde de casos confirmados da COVID-19 em profissionais de saúde, porém a partir do boletim 99, Semana Epidemiológica 5 (30/1 a 5/2/2022) os dados voltaram a ser publicados. No ano de 2022, inicialmente, os dados da COVID-19 em profissionais de saúde, passaram a ser divulgados mensalmente, na primeira semana epidemiológica de cada mês, porém a partir da semana epidemiológica 9 (27/2 a 5/3 de 2022) os dados voltaram a ser divulgadas semanalmente. O Ministério não divulgou dados da COVID-19, dos profissionais de saúde, das Semanas Epidemiológicas 6 (6/1 a 12/2/2022 - Boletim 100), Semana Epidemiológica 7 (13/2 a 19/2/202 - Boletim 101), Semana Epidemiológica 8 (20/2 a 26/2/2022 - Boletim 102).

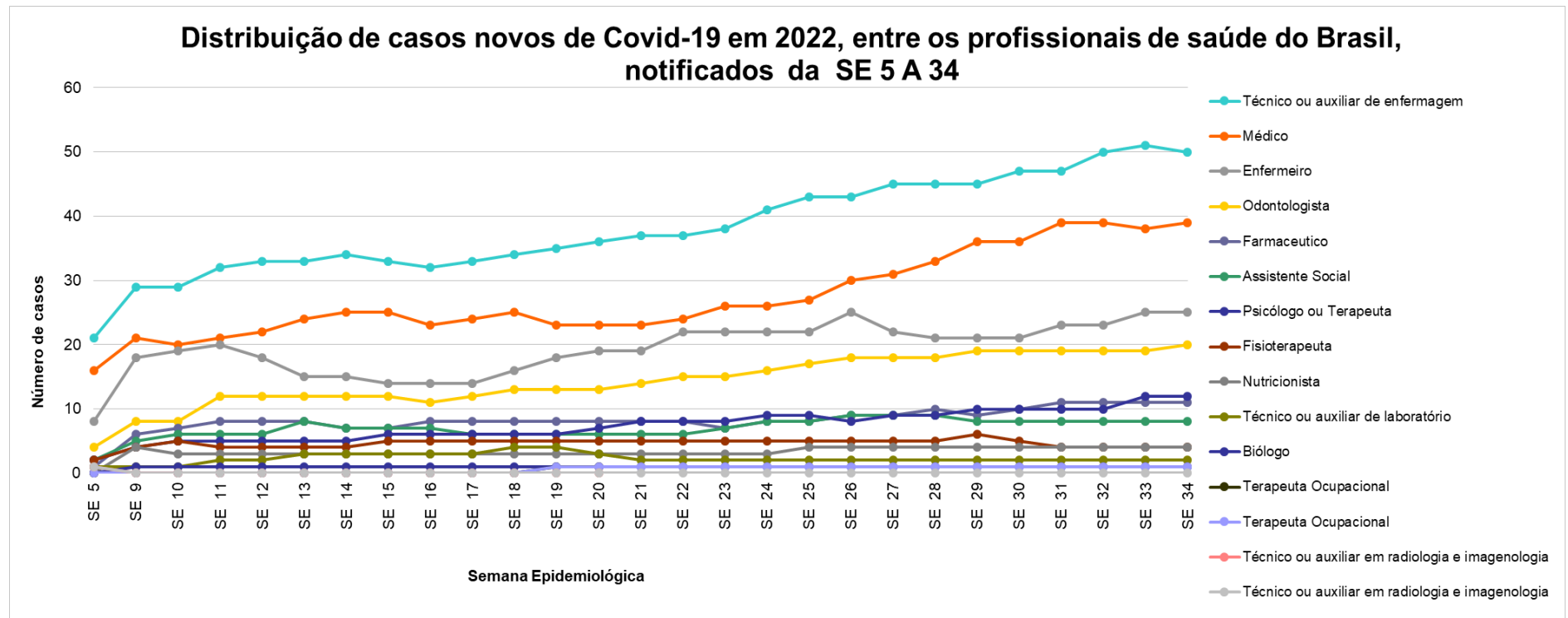


Figura 5 - Distribuição de novos casos confirmados da COVID-19 entre os profissionais de saúde, no Brasil no ano de 2022, por Semana Epidemiológica (5-34)

Fonte: Boletim Epidemiológico Especial - Doença pelo Coronavírus COVID-19, Ministério da Saúde, Semanas Epidemiológicas 5 a 34 (21/8 a 27/8) de 2022.

Em 2022 não houve registro de óbitos nos Boletins das seguintes profissões: biomédico e biólogo, técnico ou auxiliar em radiologia e imagenologia e terapeuta ocupacional. A Figura 6 mostra a evolução dos óbitos por COVID-19 em profissionais de saúde, no Brasil, notificados por dia, no ano de 2022, até a SE 34. Dos óbitos confirmados por COVID-19, no ano de 2022, as categorias profissionais que se destacaram foram os técnicos ou auxiliares de enfermagem e odontólogos.

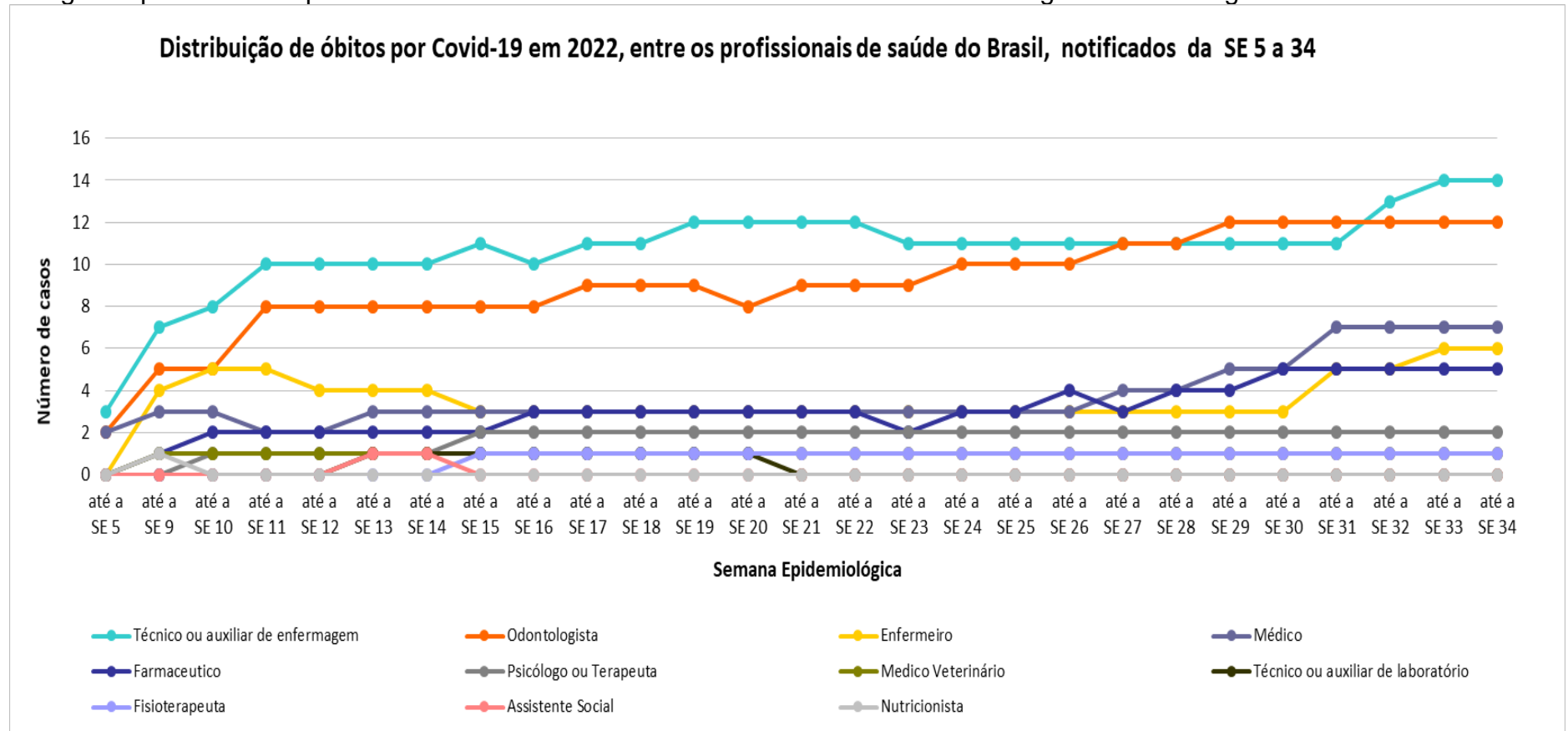


Figura 6 - Distribuição óbitos confirmados da COVID-19 entre os profissionais de saúde, no Brasil no ano de 2022, por Semana Epidemiológica (5-34);

Fonte: Boletim Epidemiológico Especial - Doença pelo Coronavírus COVID-19, Ministério da Saúde, Semanas Epidemiológicas 5 a 34 (21/8 a 27/8) de 2022.



O colapso do sistema de saúde com a superlotação dos serviços públicos e privados, acrescido pela carência de profissionais, teve seu impacto na desassistência tanto da COVID-19, quanto de outros agravos à saúde. O Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe) registrou 1.316.097 casos de SRAG hospitalizados no Brasil, de 2020 até a sétima semana epidemiológica de 2021 (51).

Em março de 2022, havia, no Brasil, registro de 3.656.161 casos de profissionais de saúde distribuídos entre as cinco regiões federativas (54). A região sudeste é a que concentra o maior quantitativo destes profissionais, e especificamente no estado do Rio de Janeiro havia 157.669 registros.

Até o dia 22 de fevereiro de 2021, foram notificados 125.046 casos de Síndrome Respiratória suspeitos da COVID-19 em profissionais de saúde no “e-SUS Notifica”(55). Destes, 33.453 (26,7%) foram confirmados para COVID-19. No Brasil, neste mesmo período, as categorias profissionais com o maior número de casos confirmados foram técnicos / auxiliares de enfermagem (9.969; 29,8%), enfermeiros (5.785; 17,3%), médicos (4.035; 12,1%) e cirurgiões dentistas (1.498; 4,5%).

Em 2022, foram notificados 340 casos novos de SRAG hospitalizados em profissionais de saúde no SIVEP-Gripe até a Semana Epidemiológica de nº 40 (2/10/2022 a 8/10/2022); desses, 229 (67,4%) foram causados por COVID-19 e 29 (8,5%) encontram-se em investigação. Destacam-se as profissões com mais registros de casos de SRAG hospitalizados pela COVID-19, 53 (23,1%) técnicos/auxiliares de enfermagem, 37 (16,2%) médicos e 25 (10,9%) são enfermeiros. Entre os casos notificados de SRAG por COVID-19 em profissionais de saúde no Brasil, 151 (65,9%) são indivíduos do sexo feminino(56).

Segundo Bourdieu, a escolha pela profissão está condicionada a fatores como o *habitus* primário e o capital cultural, com destaque para o gênero (*habitus* sexuado) (57). As mulheres estão presentes tanto nas atividades diretas de assistência em hospitais, quanto na Atenção Básica, e configuram a principal força de trabalho da saúde, representando 65% dos mais de seis milhões de profissionais ocupados no setor público e privado (58).

O Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) deixa disponível em seu site o quantitativo de profissionais de saúde registrados no Brasil (51). Na tabela 1, reunimos os dados quantitativos para as categorias profissionais da área da saúde que mais se destacaram pela incidência de casos da COVID-19 durante a pandemia até março de 2022

Tabela 1 - Quantitativo de profissionais de saúde distribuídos por Região Federativa do Brasil, cadastrado no CNES, em março de 2022.

Ocupações	Região Norte	Região Nordeste	Região Sudeste	Região Sul	Região Centro-Oeste
Assistente social	3.610	11.776	15.358	4.881	2.836
Enfermeiro	24.387	84.617	150.873	48.579	28.073
Farmacêutico	3.802	9.656	23.118	13.241	4.397
Fisioterapeuta	5.678	24.821	47.248	16.816	8.737
Fonoaudiólogo	1.309	5.083	12.402	4.447	2.049
Médico	27911	104684	266731	88668	45044
Nutricionista	2.114	10.301	16.088	5.944	3.404
Odontólogo	8.664	31.266	65.084	27.487	12.264
Psicólogo	3.663	15.449	39.030	15.590	7.309
Técnico de enfermagem	57.092	156.774	288.320	111.878	56.597
Técnico e auxiliar de laboratório	4.999	11.881	25.832	5.594	5.218
Técnico e auxiliar em radiologia	2.807	8.105	21.336	5.926	3.377

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES, março de 2022.

Em setembro de 2022, havia registro de 1.363.098 profissionais de saúde de nível superior cadastrados no CNES. Destes, 81.469 eram da região Norte, 297.381 do Nordeste, 643.057 do Sudeste, 225.748 do Sul e 115.443 do Centro-oeste. Em relação à ocupação de nível técnico e auxiliar, 67.513 profissionais concentravam-se na região norte, 194.780 no nordeste, 443.718 no sudeste, 136.412 no sul e 72.358 no centro-oeste(59).

Um estudo multicêntrico, em quatro hospitais do estado do Rio Grande do Sul, na região Sul do Brasil, entre 3 de agosto e 22 de outubro de 2020, destacou nos profissionais de saúde exaustão emocional relacionada ao tempo de trabalho na instituição, ao tempo de trabalho no setor, à percepção do impacto da pandemia nos aspectos físicos e mentais, ao contrato de trabalho, à percepção de risco de exposição à COVID-19 e à qualidade do sono como fatores impactantes em distúrbios psicológicos e sofrimento emocional desta classe (60).

Durante a pandemia da COVID-19 no Brasil, os profissionais de saúde mais afetados foram os técnicos e auxiliares de enfermagem. Desde o início da pandemia, a incidência de casos e de óbitos nesta categoria profissional sempre foi maior que nas demais. Os técnicos e auxiliares de enfermagem prestam cuidados essenciais em unidades de saúde e muitas vezes não têm a assistência e o apoio financeiro adequados para mitigar os efeitos da COVID-19 sobre si e suas famílias (61).

A segunda categoria profissional mais afetada no Brasil, desde o início da pandemia, segundo dados apresentados nos Boletins Epidemiológicos Especiais-Doença pelo Coronavírus COVID-19 do Ministério da Saúde (figuras 1, 3 e 5), foram os médicos, parte essencial da resposta global à pandemia na linha de frente do cuidado. Registros, em estudos realizados antes da COVID-19, já demonstravam que em crises globais estudantes de medicina e médicos corriam maior risco de sofrimento psicológico, depressão, ansiedade, esgotamento e suicídio, em comparação com a população em geral, afetando o bem-estar mental e físico do médico (62, 63).

Uma revisão sistemática, publicada com artigos de 1º de novembro de 2019 a 25 de maio de 2020 para avaliar o impacto psicológico e mental da COVID-19 nos profissionais de saúde, identificou que ser enfermeiro, trabalhar na linha de frente do contato direto com pacientes com COVID-19 e trabalhar na área mais atingida pelo vírus foram adicionalmente associados à maior sofrimento psicológico (64). Os surtos infecciosos geram pesadas cargas psicológicas entre os profissionais de saúde e no público em geral, ocasionando problemas como a ansiedade, a depressão, os ataques de pânico e outros sintomas psicóticos (65).

Os odontólogos também foram afetados e não só no Brasil como em outros países. Um estudo realizado na Itália com dentistas e ortodontistas de consultórios particulares, no Serviço Nacional de Saúde e Clínicas Universitárias, de 11 a 18 de abril de 2020, evidenciou que esta classe considerava a infecção pelo vírus altamente perigosa e que não estavam confiantes de que seriam capazes de trabalhar com segurança. Os dentistas e ortodontistas ressaltaram também que a falta de diretrizes operacionais gerava incertezas sobre as medidas de controle de infecção e o uso adequado de equipamento de proteção individual (EPI). Este grupo revelou ainda apreensão pela sua saúde e pela situação econômica atual e futura de suas práticas laborais (66).

Os profissionais de radiologia e imagem também foram afetados no Brasil. A incidência de casos entre eles no primeiro ano da pandemia era acentuada, com um posterior declínio progressivo de casos. É fundamental destacar que esta classe deu o suporte técnico necessário para os diagnósticos da COVID-19. O nível de resiliência nos departamentos de radiologia durante a pandemia foi baixo, principalmente em relação à tenacidade. Um estudo realizado com 600 funcionários dos departamentos de radiologia em 32 hospitais públicos na província de Sichuan, China, destacou que é necessário dar mais atenção aos fatores de influência da resiliência, como alto estresse percebido, falta de compreensão da COVID-19 e das medidas de proteção e falta de materiais de proteção a esta classe (67).

A pandemia não acabou, mas a sensação é que ela desacelera e depois volta a crescer de forma exponencial. Nas Américas, no início de janeiro de 2022, o número de casos da COVID-19 quase dobrou. A detecção da variante Ômicron em pelo menos 42 países fez a OPAS enfatizar a necessidade de proteção dos trabalhadores de saúde, convidando os países a garantirem que os trabalhadores de saúde tivessem acesso a equipamentos de proteção e doses adicionais da vacina contra a COVID-19, quando disponíveis (50).

A identificação e avaliação de fatores que possam gerar respostas positivas junto aos profissionais de saúde podem ajudar a atender às necessidades destes profissionais e viabilizar a execução de ações que melhorem não só a qualidade de vida como também o rendimento laboral destes profissionais, com conseqüente repercussão na assistência à saúde da população. É necessário extrair dos registros

destes profissionais fatores que ajudem a reorganizar o processo de trabalho na atenção ao paciente, visando melhorar o enfrentamento da pandemia, e com isso implementar medidas de proteção e promoção da saúde física e mental destes profissionais.

Diante da necessidade de conhecer melhor a realidade vivenciada pelos profissionais de saúde no enfrentamento da COVID-19, um grupo de pesquisadores do Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz (IFF/Fiocruz), unidade técnica da Fiocruz dedicada à pesquisa, ensino e assistência a crianças, mulheres e adolescentes iniciou a pesquisa “Perfil clínico epidemiológico e psicossocial nos profissionais de saúde em face da epidemia da COVID-19 do Estado do Rio de Janeiro” ou COVID-19Pro.

Este estudo foi desafiador porque havia uma carência de inquéritos que conhecessem a realidade dos profissionais de saúde do estado do Rio de Janeiro em meio à pandemia. Os dados analisados nesta tese foram extraídos do estudo COVID-19Pro. Esses dados têm a preciosidade de serem gerados no curso da pandemia. Os profissionais de saúde responderam ao inquérito do estudo enquanto estavam imersos num ambiente caótico de incertezas, no campo do conhecimento profissional, de desabastecimento de insumos, da ausência de políticas claras de governo, entre outros.

O objeto desta tese é o relato dos profissionais de saúde sobre as experiências laborais vivenciadas durante a pandemia da COVID-19 no estado do Rio de Janeiro.

## **1.1. PERGUNTA DE PESQUISA**

Quais são as percepções dos profissionais de saúde a respeito de suas vivências no exercício laboral durante a pandemia da COVID-19?

## 1.2. OBJETIVOS

A partir do exposto, percebo que, no processo de evolução da pandemia da COVID-19, os profissionais de saúde vivenciaram fatos e dificuldades tão ímpares em sua vida profissional que deveriam ser resgatados em suas falas. Para alcançar os objetivos propostos, foi elaborado e aplicado um questionário aos profissionais de saúde que estavam na linha de frente do cuidado, atuando no Estado do Rio de Janeiro, no período de franca ascensão da pandemia. Sendo assim, para a realização desta tese, foram traçados os seguintes objetivos:

### 1.2.1. Geral

- Avaliar a repercussão da pandemia da COVID-19 nas dimensões biopsicossociais nos profissionais de saúde.

### 1.2.2. Específicos

- Identificar as características sociais, demográficas e de saúde dos profissionais de saúde do Rio de Janeiro que atuaram no enfrentamento da pandemia da COVID-19;
- Analisar o relato dos profissionais de saúde sobre as repercussões da COVID-19 em suas vidas;
- Revelar, à luz dos conceitos de Pierre Bourdieu, as relações simbólicas estabelecidas pelos profissionais de saúde na pandemia da COVID-19;

### 1.3. JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA

A Organização Mundial de Saúde, em março de 2020, declarou o surto do SARS-CoV-2 uma pandemia e com isso alertou sobre o impacto negativo que poderia causar no bem-estar físico e psicológico da população com destaque para os profissionais de saúde. Considerando a persistência da pandemia e consequentemente a contínua sobrecarga física e mental dos profissionais de saúde aos fatores estressantes, tornou-se válido avaliar os relatos desses profissionais, ouvir suas percepções, detectar os sinais de alerta e promover possíveis intervenções precoces, configurando uma medida preventiva de cuidado à saúde desta classe. Justifica-se a realização deste estudo, uma vez que a problemática permanece atual. Vale ressaltar que na etapa inicial de elaboração desta tese, o quantitativo de estudos direcionados especificamente aos profissionais de saúde era escasso. Em um primeiro momento, foi realizado um levantamento bibliográfico, a fim de demonstrar a escassez de publicações e a inquestionável necessidade de se investir em estudos que retratassem a saúde do profissional de saúde brasileiro e principalmente do estado do Rio de Janeiro. Fazia-se necessário intensificar a produção científica nesta temática, visando desenvolver também um olhar crítico nos próprios profissionais de saúde acerca da sua realidade de trabalho.

No panorama de continuidade da COVID-19, compreender sob quais condições os profissionais de saúde estão atuando era uma forma de investigar as respostas oferecidas pelo sistema a essa categoria profissional diante da crise da pandemia.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1. PANDEMIAS DO SÉCULO XXI

As pandemias refletem a propagação das epidemias em nível global e que causam um número excessivo de doenças e mortes no mundo (68). A Organização Mundial da Saúde (OMS) define pandemia como a disseminação mundial de uma nova doença que afeta uma região, se espalha por diferentes continentes com transmissão sustentada de pessoa para pessoa (69). Algumas características definem uma pandemia: deve haver um surto em área geográfica específica, que posteriormente se espalha pelo mundo; apresentar uma alta porcentagem de indivíduos infectados, resultando em aumento das taxas de mortalidade; além de ser causada por um novo subtipo de um agente causal (70). Algumas pandemias surgiram ao longo da história da humanidade, dentre elas destacam-se a peste, a varíola, a cólera e a gripe espanhola, que foram duradouras, repetitivas e que causaram um grande número de mortes (68). Porém, uma característica fundamental diferencia a pandemia do novo Coronavírus de 2019 das anteriores; o SARS-Cov-2 alcançou uma ampla disseminação nunca observada. Este vírus se espalhou por 216 países e territórios após apenas 6 meses de ser detectado e classificado pela primeira vez (25).

Além das pandemias geradas por diferentes cepas de influenza, o mundo também viveu grandes surtos causados por diferentes patógenos como o surto do HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana), causador da SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida); a doença causada pelo vírus Ebola; a Dengue causada por o arbovírus da dengue (DENV); a Chikungunya causada pelo vírus Chikungunya e a Zika também uma arbovirose causada por o vírus (arbovírus) da Zika (ZIKV) (71). Esses surtos trouxeram muitos custos socioeconômicos a curto e longo prazo, o diagnóstico e o tratamento das doenças exigiram uma análise precisa das interações vírus-hospedeiro, dos estados de desenvolvimento das doenças e das intervenções terapêuticas (72).



A partir do século XX, o rastreamento das doenças passou a ser mais aprimorado e o tempo de diagnóstico diminuído. Com isso, observou-se uma maior agilidade na identificação e definição das pandemias. Estas vêm perpassando pelos séculos e provocando aumento de doenças, mortes e desestruturações econômicas e sociais nos países por elas atingidos.

Ao refazer a trajetória das pandemias nos últimos cem anos, quatro pandemias respiratórias tiveram destaque e resultaram do surgimento de uma nova cepa do vírus influenza para a qual os humanos possuíam pouca ou nenhuma imunidade: a gripe espanhola causada pelo vírus H1N1 (1918); a gripe asiática causada pelo vírus H2N2 (1957), a gripe de Hong Kong (1968) causada pelo vírus H3N2 e a gripe suína causada pelo vírus H1N1 (2009) (2) com repercussões graves em nível de transmissibilidade, duração e mortalidade (68).

A gripe espanhola de 1918-1919 causou mais mortes na primeira guerra mundial que a própria luta armada entre as nações; difundiu-se pelos diferentes continentes, de região para região, por meio da mobilização militar. A escassez dos serviços de saúde e o saneamento básico precário em que viviam as tropas militares contribuíram para a transmissão da doença. Destacou-se por ser a mais devastadora da história moderna, provavelmente oriunda da França e atingindo a Espanha (73). Não se sabe o local exato de sua origem, porém sabe-se que ela se iniciou de uma mutação do vírus Influenza(3).

Esta pandemia causou aproximadamente 50 milhões de mortes, distribuída em três ondas, com alta morbidade e mortalidade por influenza (74). A primeira onda foi moderada, na primavera de 1918, seguida de uma disseminação rápida do vírus. A segunda onda foi bem severa e destrutiva, surgiu no outono de 1918. A terceira onda ocorreu na primavera de 1919 de gravidade intermediária entre as ondas anteriores (74).

Em 1957, quase quarenta anos depois da gripe espanhola, foi detectada uma nova cepa do vírus influenza na China, a cepa H2N2, que originou a gripe asiática. O vírus se espalhou por Hong Kong, Cingapura, Taiwan e Japão e levou seis meses para se dispersar para o mundo (68). A mortalidade foi alta principalmente entre crianças e idosos (70).

Após uma década da ocorrência da pandemia da gripe asiática, em 1968, surgiu uma nova cepa do vírus influenza, o H3N2, que causou a pandemia conhecida como a gripe de Hong Kong. Caracterizado por ser extremamente transmissível, esse vírus conferia menos gravidade que a cepa asiática. O vírus se espalhou entre os veteranos da Guerra do Vietnã que retornavam aos seus locais de origem. Uma particularidade desta pandemia foi a alta taxa de letalidade entre crianças. Houve registros de 500.000 a dois milhões de mortes em todo o mundo, distribuídas em duas ondas (70, 75).

No século XX, o desenvolvimento das técnicas de prevenção, tratamento e controle das doenças infecciosas gerou um grau de confiança que foi reforçado pelo sucesso das vacinas. Outros exemplos são a redução da morbidade e da mortalidade de doenças como a varíola e a poliomielite. Porém, com o passar dos anos esta confiança foi desafiada por surtos de novas doenças infecciosas, incluindo o HIV/SIDA (70). Este fato deixa clara a tendência de exposição a doenças infecciosas emergentes, impulsionada pelo processo de globalização, que tem sido equilibrada e controlada por avanços na saúde pública.

Em 2009, foi identificado o vírus H1N1/09, também conhecido como agente causal da gripe suína, gripe mexicana ou nova gripe (H1N1). Provavelmente emergiu do México em abril de 2009, apresentava como principal característica ser resultante de um rearranjo viral triplo entre duas linhagens de influenza que circulavam em porcos por anos e veio infectar humanos. Acometeu principalmente crianças, adultos jovens e mulheres grávidas (76, 77).

Após as diferentes cepas de influenza difundidas, foram identificados nos últimos anos novos tipos de vírus, os coronavírus humanos, no total foram sete CoVs humanos (HCoVs): HCoV-229E, HCoV-OC43, HCoV-NL63, HCoV-HKU1, SARS-CoV (que causa a síndrome respiratória aguda grave), MERS-COV (que causou a síndrome respiratória do Oriente Médio), SARS-CoV-2 (78). Entre esses tipos, o SARS-CoV, MERS-CoV e SARS-CoV-2 estão associados a distúrbio respiratório humano agudo, enquanto as outras quatro cepas restantes 229E, OC43, NL63 e HKU1 apresentaram sintomas clínicos leves, incluindo dor de garganta, secreção nasal, febre e tosse (79, 80).

Em epidemias anteriores, incluindo a de influenza H1N1 (2009) e SARS-CoV-1 (2003), constatou-se que profissionais de saúde responsáveis pelo cuidado direto ao paciente apresentavam preocupações centradas na própria infecção viral, no medo de contaminação de familiares e nas consequências prejudiciais à saúde (42). Dentre estes profissionais, os que atuavam mais próximo aos pacientes infectados, apresentam alta prevalência de transtornos mentais, com maiores escores de ansiedade, depressão e insônia durante a pandemia (81).

Um novo Coronavírus foi identificado em 2019, nomeado temporariamente de 2019-nCoV. Em 11 de fevereiro de 2020, recebeu o nome de vírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave Coronavírus 2 (SARS-CoV-2). Este vírus é uma nova cepa (tipo) do Coronavírus que não havia sido identificada antes em seres humanos. Trata-se de um vírus geneticamente diferente de caráter avassalador, responsável por causar a doença COVID-19. A classificação desta doença como pandemia foi realizada pela Organização Mundial da Saúde em 11 de março de 2020, quando o vírus atingiu todos os continentes(82).

Para visualizar melhor as características das pandemias, serão apresentados, no Quadro 1, o ano de ocorrência, agente causal, área de origem, número aproximado de mortes e público-alvo.

Quadro 1 - Características básicas das pandemias dos séculos XX e XXI

<b>Pandemia</b>	<b>Ano</b>	<b>Agente causador</b>	<b>Área de origem</b>	<b>Número aproximado de Mortes</b>	<b>Público-alvo</b>
Gripe espanhola	1918–1920	Influenza A (H1N1)	Obscuro	20-40 milhões	Adultos, grávidas
Gripe asiática	1957–1958	Influenza A (H2N2)	Sul da China	1–2 milhões	Crianças, idosos
Gripe de Hong Kong	1968-1970	Influenza A (H3N2)	Sul da China	500.000–2 milhões	Idosos
Gripe suína	2009-2010	Influenza A (H1N1)	México	Até 575.000	Adolescentes, jovens adultos
COVID-19	2019	SARS-CoV-2	Wuhan, China	Até 09 de dezembro de 2022, 6.630.082	Adultos

Fonte: Adaptado do Painel da OMS sobre o Coronavírus (COVID-19), disponível em <https://covid19.who.int/>

A sequência pandêmica respiratória foi retomada com a pandemia da COVID-19; seu agente causal caracteriza-se pelo grande alcance geográfico, alta transmissibilidade, baixa letalidade, muitas sequelas emergentes e morbidade generalizada e potencialmente duradoura entre seus muitos sobreviventes (83). As mutações sofridas pelo vírus ao longo da pandemia geraram variantes bem-sucedidas que se estabeleceram na população humana, conferindo maior transmissibilidade em relação ao SARS-CoV-2 original. Algumas variantes são mais resistentes a medicamentos antivirais e menos suscetíveis a anticorpos/vacinas. A variante *Delta*, por exemplo, predominou no mundo até novembro de 2021, causou um risco aumentado de hospitalizações e mortes, mas era muito suscetível às vacinas atuais. A variante Omicron, que surgiu em novembro de 2021, caracterizou-se pelo aumento da transmissibilidade e diminuição da suscetibilidade aos anticorpos (84).

A pandemia da COVID-19 é semelhante às pandemias da gripe espanhola, de Hong Kong, asiática e suína em termos de propagação do vírus pelo mundo. As características comuns destas pandemias são a disseminação do vírus através da mobilidade humana que ocorria pelo deslocamento das tropas militares, viagens nacionais ou internacionais, e o aumento da gravidade em pessoas com doenças crônicas.

As pandemias geram mudanças econômicas e sociais bruscas na organização mundial, além de gerar impacto nos sistemas de saúde dos países, mudanças nas práticas de serviço, sobrecarga no trabalho, provocando nos profissionais de saúde altos níveis de sofrimento psíquico, preocupações frequentes em relação a sua saúde e das suas famílias, além de preocupações com capacidade funcional e medo de estigmatização (43).

Acompanhando os dados da atual pandemia, há registro pela OMS, até 20 de outubro de 2022, de 623.000.396 casos acumulados confirmados da COVID-19 no mundo, incluindo 6.550.033 mortes acumuladas confirmadas(85, 19). Estes dados podem ser observados nas figuras 7 e 8.

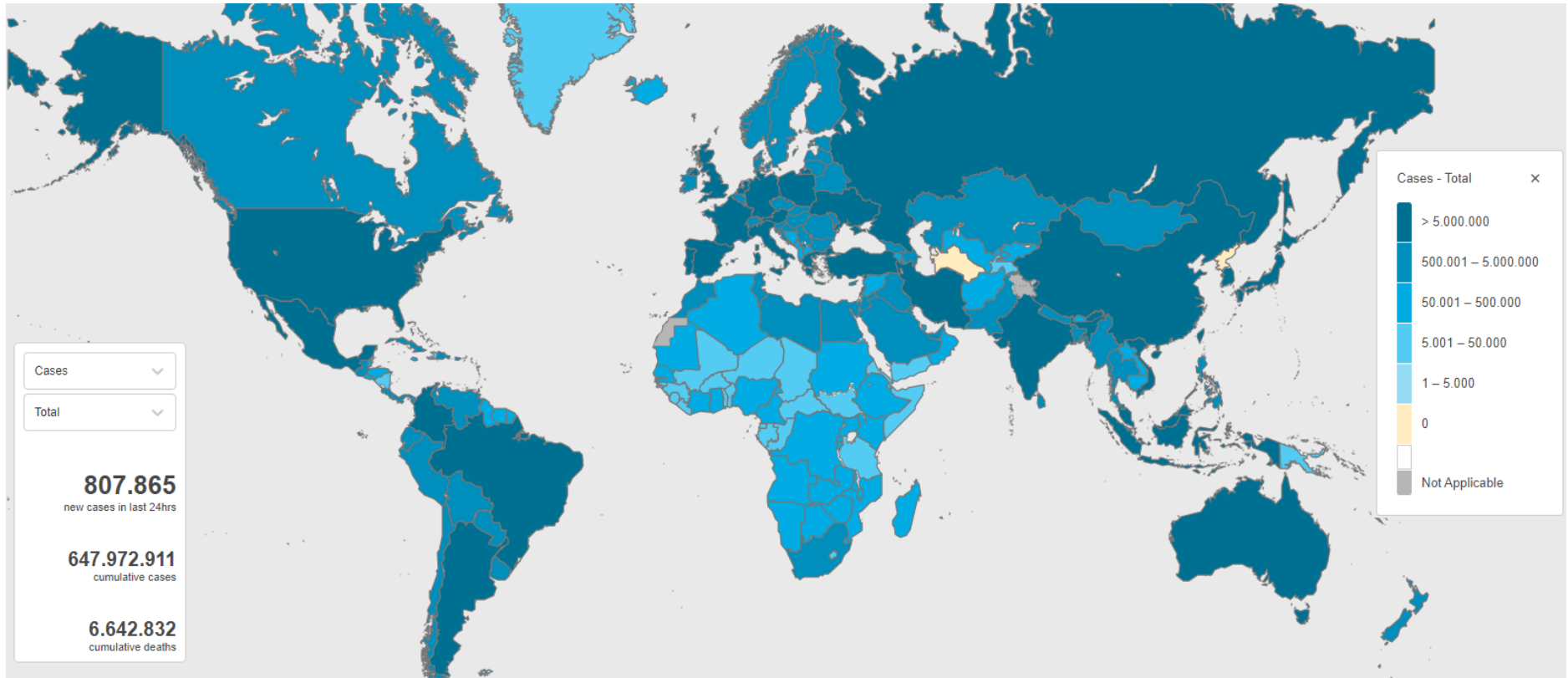


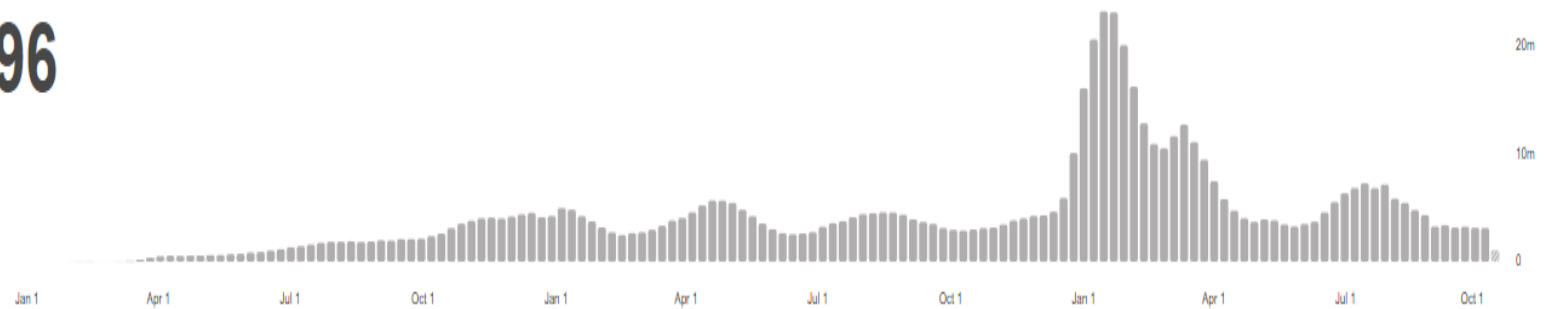
Figura 7: Painel da OMS sobre o Coronavírus (COVID-19) em 19 de dezembro de 2022.

Fonte: WHO Coronavírus (COVID-19). Disponível em: <<https://covid19.who.int>>. Acesso em: 19 de dezembro de 2022.

## Situação Global

623.000.396

casos confirmados



6.550.033

mortes

Fonte: Organização Mundial da Saúde

Os dados podem estar incompletos para o dia ou semana atual.

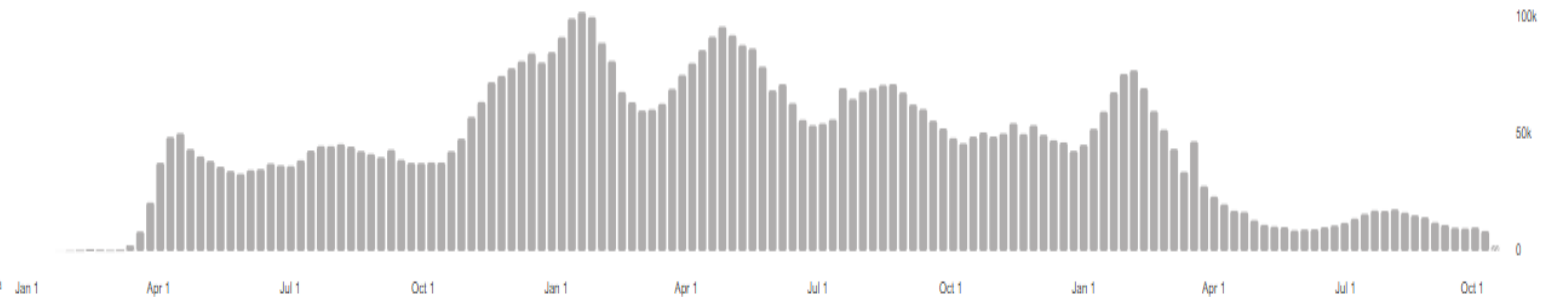


Figura 8: Situação da COVID-19 no mundo em 20 de outubro de 2022.

Fonte: WHO Coronavírus (COVID-19). Disponível em: <<https://covid19.who.int>>. Acesso em: 20 de outubro de 2022.

Alguns acontecimentos que marcaram o processo de combate à pandemia da COVID-19 no mundo foram resumidos nas figuras 9 e 10.

## Histórico da pandemia de COVID-19 no mundo

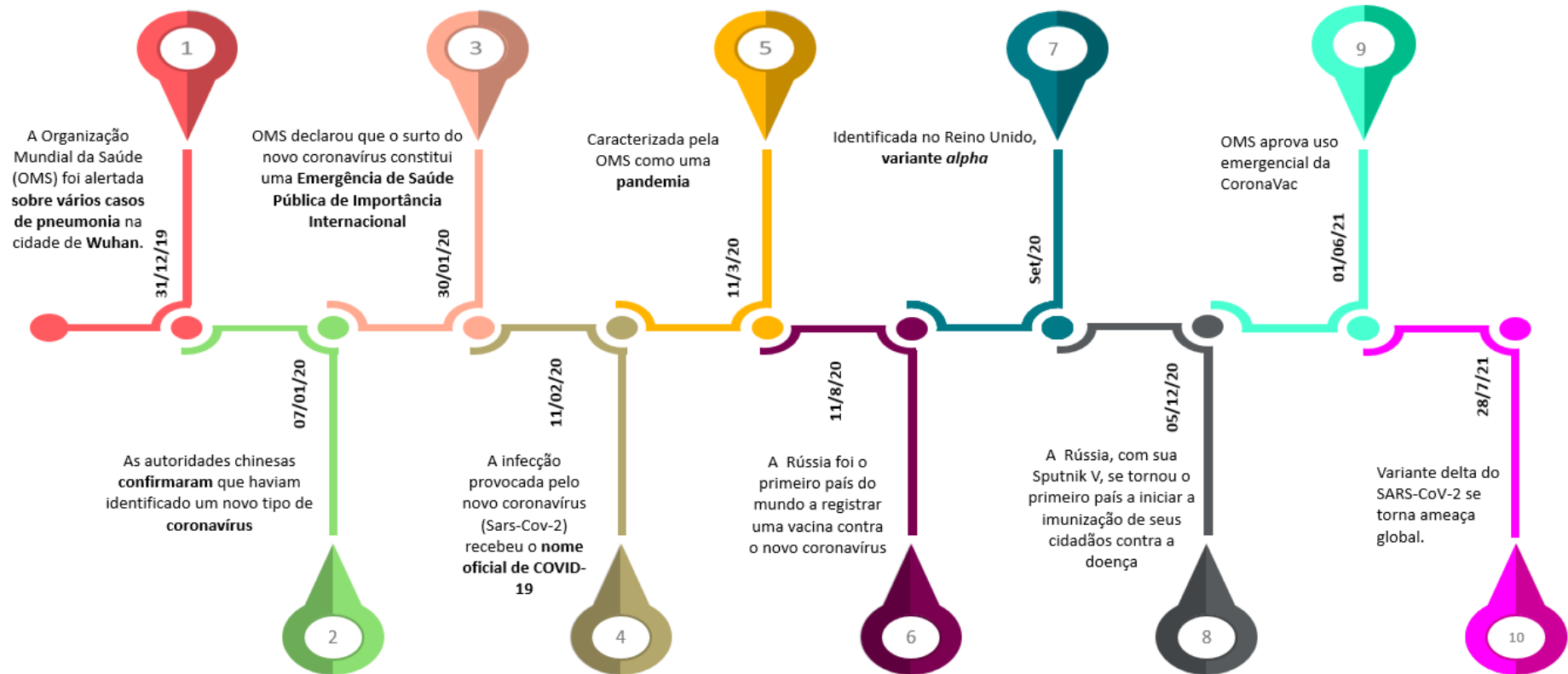


Figura 9 - Linha do tempo da COVID-19 no mundo.

Fonte: criado pelo autor, com dados do Ministério da Saúde, FIOCRUZ, Johns Hopkins, OMS e OPAS

## Histórico da pandemia de COVID-19 no mundo



Figura 10 - Linha do tempo da COVID-19 no mundo. (continuação)

Fonte: criado pelo autor, com dados do Ministério da Saúde, FIOCRUZ, Johns Hopkins



## 2.2. A PANDEMIA DA COVID-19 NO BRASIL

O Brasil foi um dos países da América Latina mais gravemente afetado pela pandemia da COVID-19. Registrou-se o primeiro caso no país em 26 de fevereiro de 2020, em São Paulo (13). Apesar do desenvolvimento e implementação de medidas de controle pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, o número de casos confirmados e de óbitos cresceram aceleradamente em meados de maio de 2020. Alguns estados como Rio de Janeiro, Amazonas, Ceará, Pará e Pernambuco encontravam-se em situação crítica, com sobrecarga do sistema de saúde (86).

Ao longo da pandemia, no Brasil, foram ressaltadas a enorme desigualdade e vulnerabilidade social, refletidas nas condições precárias de habitação, de saneamento básico e de acesso à água encanada, na aglomeração generalizada, nas altas taxas de desemprego e nos severos cortes orçamentários nas políticas sociais (15). O Presidente da República, primeiramente, negou a gravidade da pandemia; depois negou a dignidade aos mortos e, por fim, negou a proteção aos vivos, desestimulando as medidas de proteção individual e contrariando o observado na maioria dos países. Em contra partida, os representantes da comunidade científica somavam-se aos cidadãos comuns no combate ao inimigo invisível, o vírus SARS-CoV-2, visando com isso o bem-estar público (87).

A população brasileira, em 2020, quando a pandemia iniciou, era estimada em aproximadamente 212 milhões de pessoas (90). Em fevereiro deste mesmo ano, havia 1.141.806 profissionais de saúde de nível superior e 765.270 profissionais de nível técnico/auxiliar atuantes no país (89). Para assistir a essa população, numerosa e diversa, distribuída de forma desigual, em um território com dimensões continentais, há no Brasil o Sistema Único de Saúde (SUS), com aproximadamente 329.854 estabelecimentos de saúde, ambulatoriais e/ou hospitalares, com 447.510 leitos disponíveis, dos quais 34.318 são destinados às unidades de terapia intensiva (UTI)(90). Neste sistema, atua um grupo de trabalhadores composto em sua maioria por mulheres, que enfrentam problemas estruturais e vínculos de trabalho precários, com baixa remuneração, multiempregos, prolongadas jornadas de trabalho, dentre outros. Tudo isso, gera instabilidade, cansaço, esgotamento e desgaste profissional, ocasionando o adoecimento físico e psíquico (91).

No cenário caótico nacional, observou-se que a curva de incidência de casos diários da COVID-19 esteve sempre oscilante. Na figura 11, nota-se que desde o primeiro registro do SARS-Cov-2 no país o número de casos permaneceu crescente. Em julho de 2020, houve um leve declínio e a partir desta data permaneceu oscilante, com um aumento progressivo até meados de 2021, quando apresentou um declínio expressivo no número de casos, apesar de apresentar dois momentos de pico isolados, e reduzindo o número de casos até dezembro de 2021. Destaca-se que, após as festividades do final do ano de 2021 e período das férias de verão, houve um novo aumento e mais significativo no número de casos que permaneceu até fevereiro de 2022. A maior incidência de casos confirmados, no Brasil, foi em 03 de fevereiro de 2022 com 298.408 casos novos, havendo neste dia 26.091.520 casos acumulados. Em julho de 2022, tivemos um novo aumento no número de casos, mas de menor proporção que o observado no início do mesmo ano.

O Observatório COVID-19, da FIOCRUZ, realizou um balanço dos dois anos de pandemia da COVID-19, considerando o período de janeiro de 2020 a janeiro de 2022 e organizou os dados em seis diferentes fases: **primeira fase** (fevereiro a maio de 2020) - Expansão da transmissão das capitais para as cidades menores; **segunda fase** (junho a agosto de 2020) - Primeira onda e sincronização da transmissão no país; **terceira fase** (setembro a novembro de 2020) - Período de transição entre a primeira e a segunda onda; **quarta fase** (dezembro de 2020 a junho de 2021) - Segunda onda; **quinta fase** (julho a novembro de 2021) - Os impactos positivos da campanha da vacinação e **sexta fase** (dezembro de 2021 a janeiro de 2022) - A Ômicron e a terceira onda (92). Observando a figura 11, é possível acompanhar as seis fases caracterizadas pelo Observatório COVID-19.

O número de óbitos no país por COVID-19 também permaneceu oscilante durante todo ano de 2020. A maior incidência de óbitos foi em 08/04/2021 com 4249 registros. Após esta data, percebe-se um declínio progressivo de óbitos diários por COVID-19 até dezembro de 2021, com leves oscilações, e um novo aumento de registros de óbitos em janeiro de 2022 (37).

As oscilações na curva de óbitos, pela COVID-19, acompanham as mesmas modificações na curva de novos casos. Mas merece destaque a segunda onda na curva de óbitos, com uma elevação bem mais acentuada nos primeiros meses de 2021. Neste momento, circulava a variante Ômicron e a campanha de vacinação se

iniciava lentamente. Nos primeiros meses de 2022, observamos um quadro inverso. O aumento significativo nos números de novos casos é acompanhado por um também aumento no número de óbitos, mas essa relação é bem menor para os óbitos.

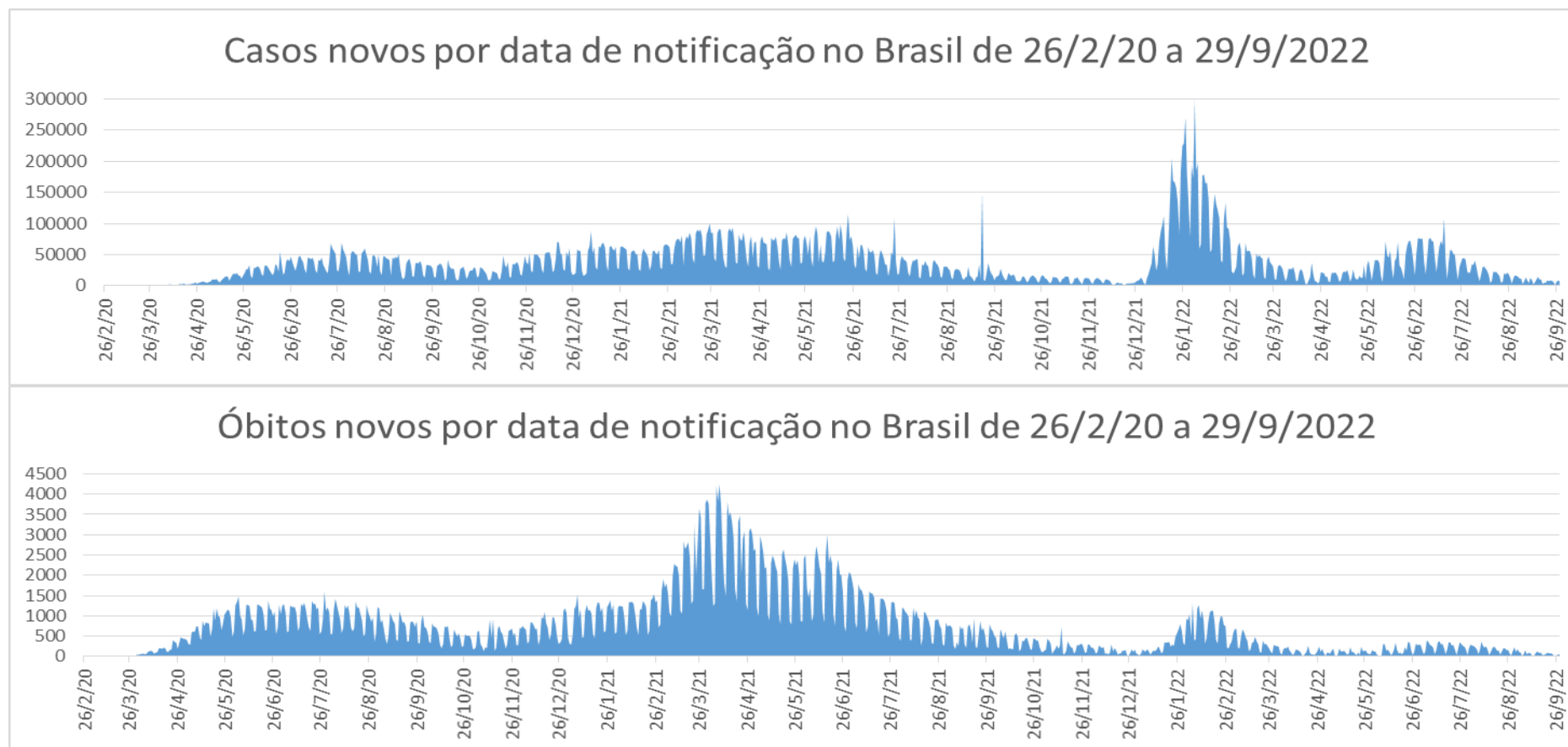


Figura 11 - Casos e óbitos novos da COVID-19 por data de notificação no Brasil, registro de 26/02/2020 a 29/09/2022.

Fonte: Painel de casos de doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19) no Brasil pelo Ministério da Saúde. Acesso: <https://covid.saude.gov.br/>

Observando a figura 12, nota-se que a curva de casos notificados da COVID-19 no Brasil manteve um padrão ascendente durante o ano de 2020 e 2021, apresentando uma leve redução da inclinação da curva a partir de agosto de 2021 e apresentou uma acentuação na curva após o início de 2022. Enquanto a curva de óbitos permaneceu ascendente durante todo ano de 2020 com acentuação da curva a partir de março de 2021, tentando uma apresentação mais lineal após 25 de agosto de 2021.

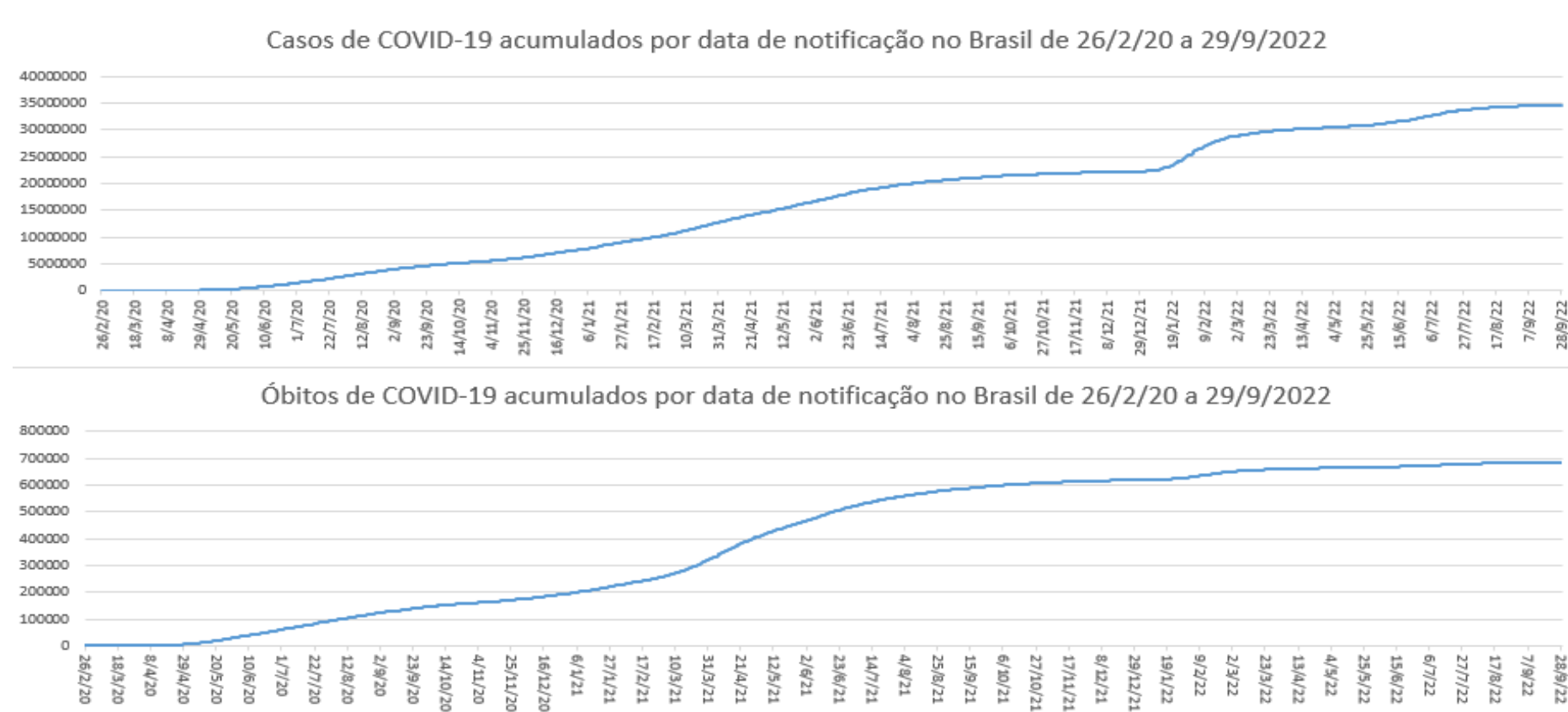


Figura 12 - Casos e óbitos acumulados da COVID-19 por data de notificação no Brasil, registro de 26/02/2020 a 29/09/2022.

Fonte: Painel de casos de doença pelo Coronavírus 2019 (COVID-19) no Brasil pelo Ministério da Saúde. Acesso: <https://covid.saude.gov.br/>

Alguns acontecimentos marcaram o curso da pandemia da COVID-19 no Brasil. Nos dois anos de combate ao vírus destacaram-se os números crescentes de casos e de óbitos, com constantes trocas de ministros da saúde, o desabastecimento de oxigênio em Manaus, a demora na aprovação e compra de vacinas. Estas e outros fatores foram dispostos cronologicamente nas figuras 13, 14 e 15.



## Histórico da pandemia de COVID-19 no Brasil

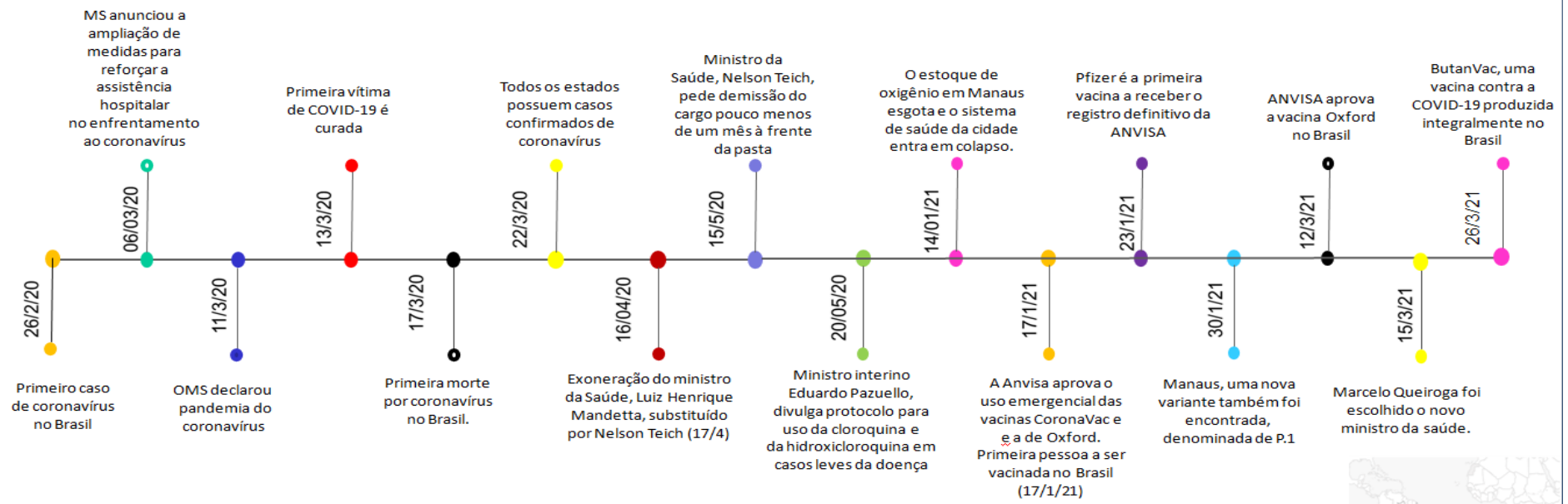


Figura 13 - Linha do tempo da COVID-19 no Brasil (2020-2021).

Fonte: Criado pelo autor, dados obtidos do Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz e do Instituto Butantan



## Histórico da pandemia de COVID-19 no Brasil

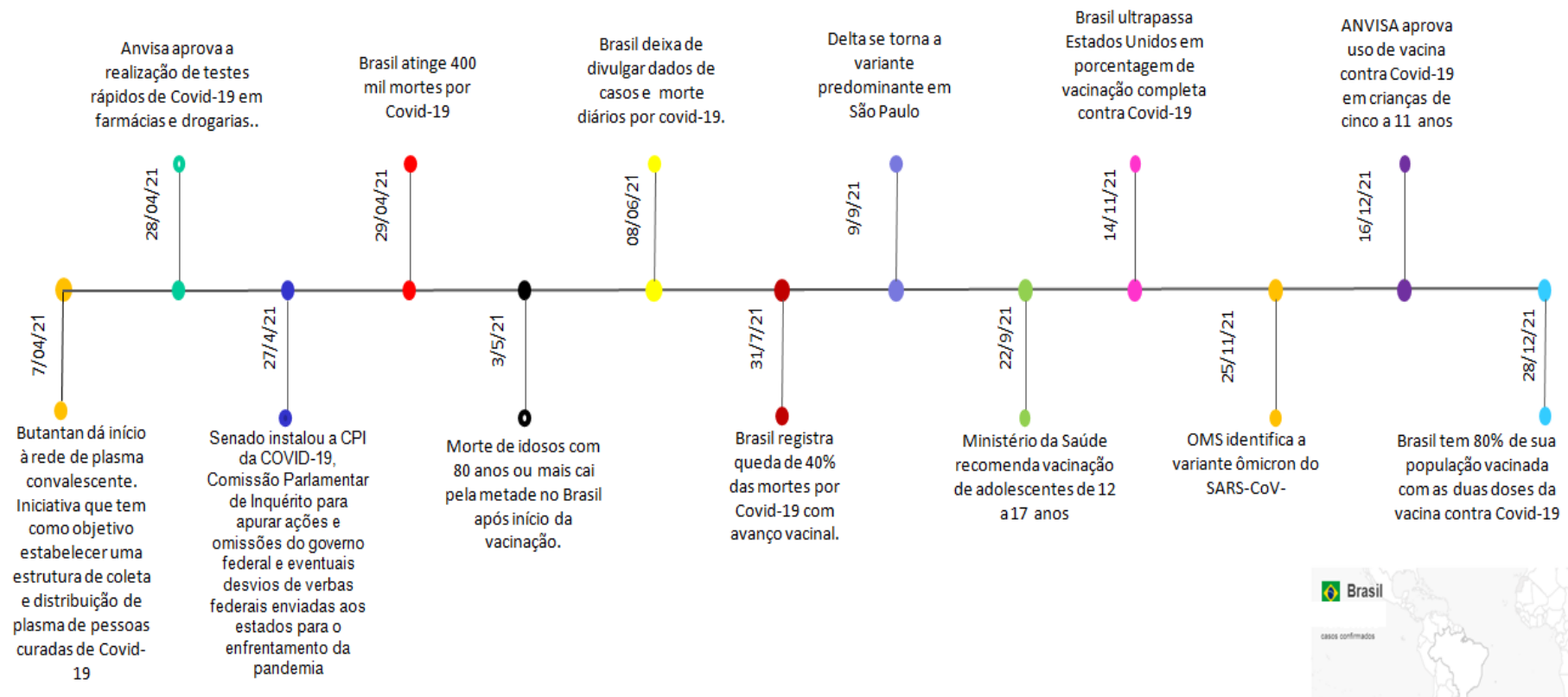


Figura 14 - Linha do tempo da COVID-19 no Brasil (2021)

Fonte: Criado pelo autor, dados obtidos do Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz e do Instituto Butantan (continuação)



## Histórico da pandemia de COVID-19 no Brasil

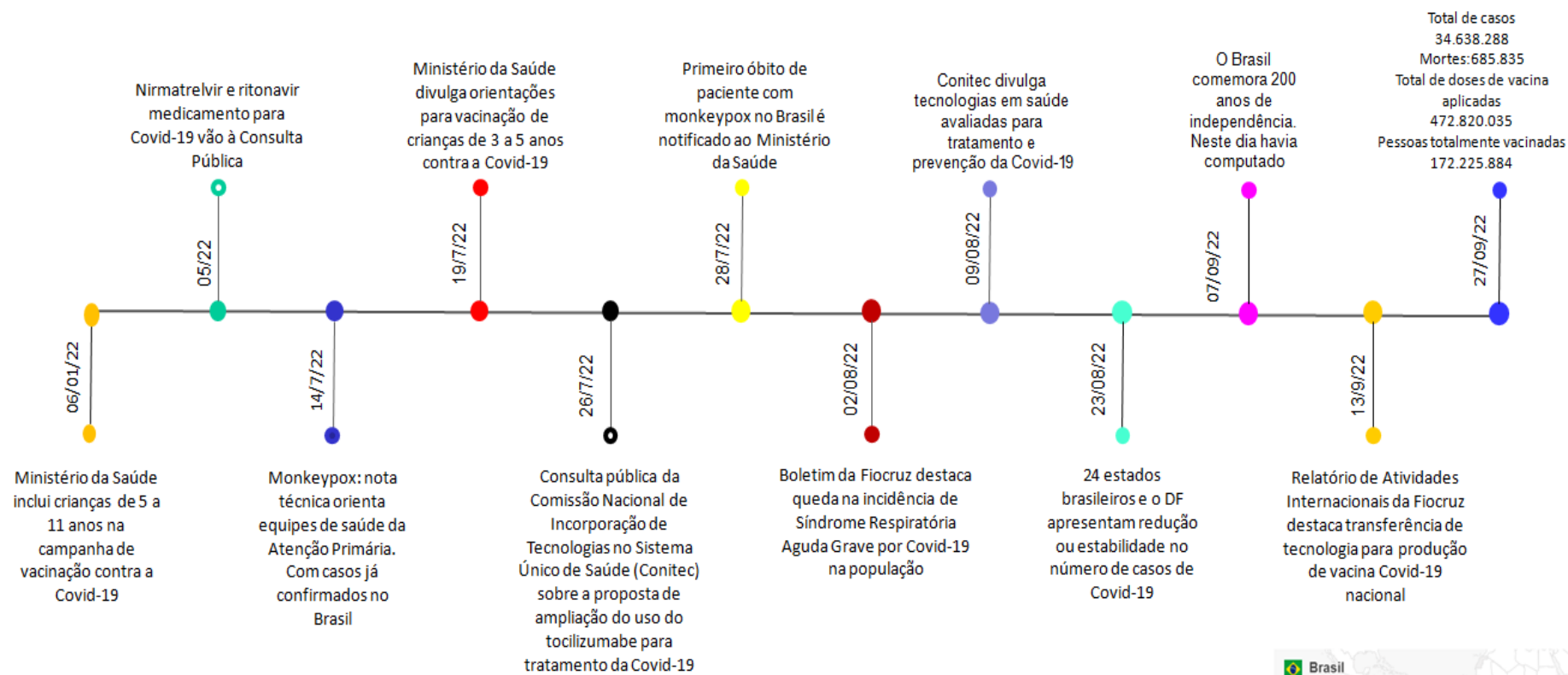


Figura 15 - Linha do tempo da COVID-19 no Brasil (2022).

Fonte: Criado pelo autor, dados obtidos do Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz e do Instituto Butantan (continuação)



No estado do Rio de Janeiro, o cenário também foi preocupante. A incidência de casos permaneceu crescente durante todo o ano de 2020, com destaque para dois momentos. Em setembro de 2021 observou-se a maior incidência diária de casos no estado do Rio de Janeiro desde os primeiros registros em 27 de março de 2020. O segundo aumento no número de casos ocorreu em 19 de janeiro de 2022. A maior incidência de óbitos pela COVID-19 no estado foi registrada em 21 de abril de 2021 com 288 mortes/dia (93). Os dados da COVID-19 foram divulgados pelo MonitoraCOVID-19 e então dispostos nas figuras 16 e 17.

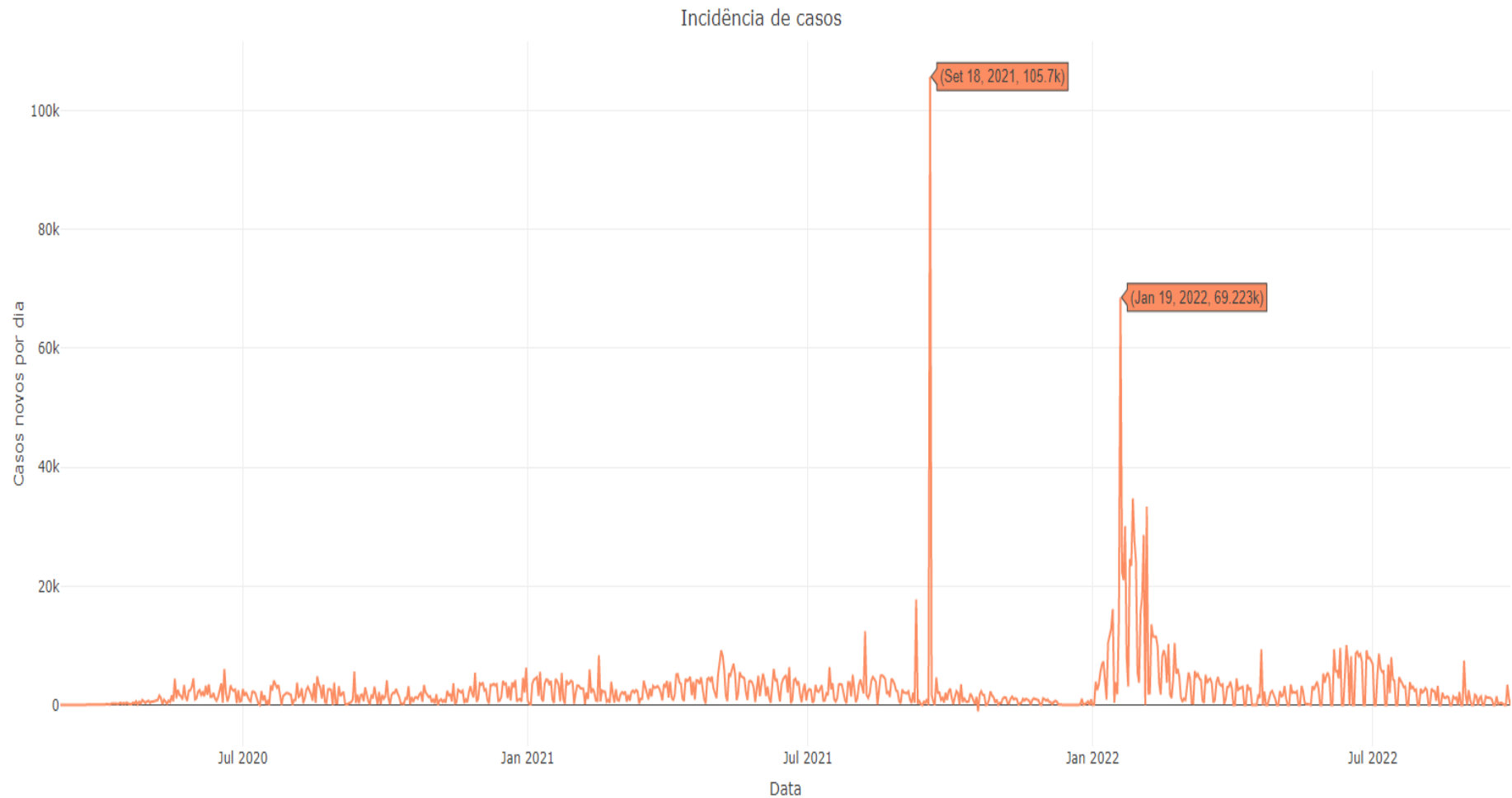


Figura 16 - Incidência de casos no Estado do Rio de Janeiro até o mês de setembro de 2022.  
Fonte: FIOCRUZ. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT). MonitoraCOVID-19. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://bigdata-covid19.icict.fiocruz.br/>. Acessado em 29/9/2022.

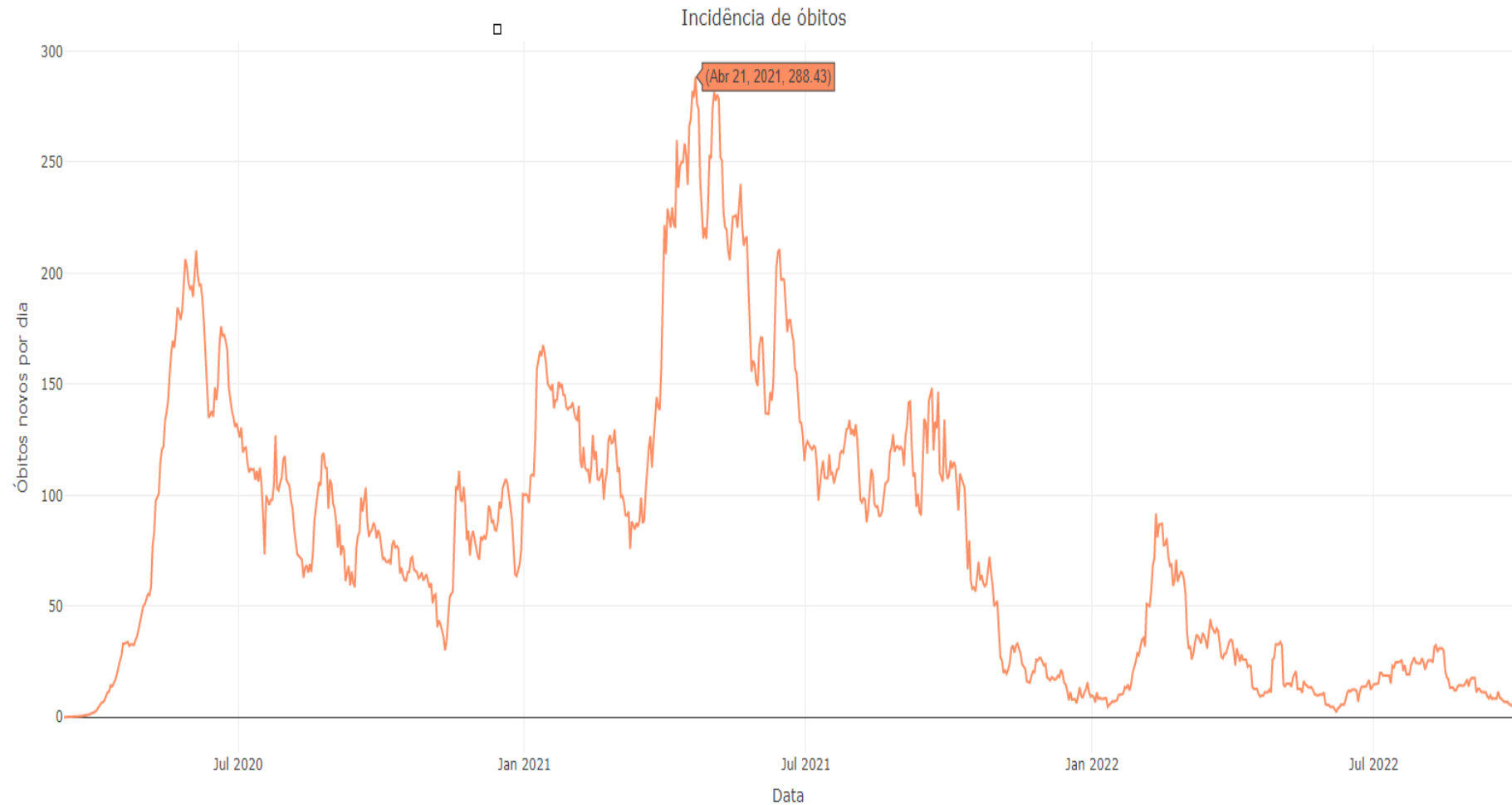


Figura 17 - Incidência diária de óbitos no Estado do Rio de Janeiro até o mês de setembro de 2022.

Fonte: FIOCRUZ. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT). MonitoraCOVID-19. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://bigdata-covid19.icict.fiocruz.br/>. Acessado em 29/9/2022.

Notou-se com a pandemia da COVID-19 que é necessária uma vigilância mais rigorosa para o controle da propagação de infecções, pois um vírus que há cem anos levava meses para se espalhar globalmente, hoje pode se espalhar para todos os continentes em poucos dias. Este risco aumentado de disseminação viral e de outras etiologias exige uma combinação de esforços locais, nacionais e internacionais para melhor mitigar e conter futuras pandemias (2).

O aparecimento de novas epidemias vem sendo alertado pela comunidade científica há muito tempo. A pandemia atual não se apresenta como uma surpresa, o que aponta para existência de pouco alinhamento entre evidências científicas e políticas de prevenção por parte dos governantes. Especialistas têm discutido que enquanto as relações entre saúde e políticas públicas permanecerem rompidas, a construção de evidências científicas por si só não será suficiente para elaborar planos de ação. A questão que se coloca é como enfrentar e ultrapassar esta dicotomia (94).

Uma preocupação atual concentra-se no surgimento de variantes do vírus, fato esperado, por se tratar de um processo natural durante o ciclo evolutivo viral. O vírus tem um grande potencial de mutação, adapta-se a novos ambientes, torna-se mais transmissível e mais grave, além disso, pode apresentar características diferentes de suas cepas anteriores (95). A transmissibilidade do vírus pode ser agudizada pelo surgimento de novas variantes, possibilitando um maior risco de infecção e provavelmente um aumento no número de pacientes em UTI (24).

Atualmente há algumas variantes preocupantes (VOCs) do novocoronavírus que despertam a atenção dos países que mantêm vigilância contínua com estudos e pesquisas, são elas: variante B.1.1.7 (ou VOC 202012), identificada no Reino Unido no final de dezembro de 2020, notificada em 118 países, recentemente denominada variante *alpha*; variante B.1.351 (ou 501Y.V2), identificada na África do Sul, notificada em 64 países denominada variante *beta*; variante B.1.1.248 / B.1.1.28 / P1 (ou 501Y.V3), identificada no Brasil no início de janeiro de 2021, notificada em 38 países, denominada variante *Gamma*; a variante B.1.617.2, identificada na Índia, denominada variante *Delta* e a B.1.427 / B.1.429 identificada na Califórnia. Em novembro de 2021, a variante *Omicron* (B.1.1.529), foi detectada pela primeira vez por laboratórios de vigilância genômica na África do Sul e posteriormente foi encontrada em muitos países ao redor do mundo (96). Em janeiro de 2022, o

número de internações de crianças com COVID-19 quadruplicou com a expansão das infecções causadas pela variante *Delta* e *Ômicron* durante as festas de fim de ano, superando até as altas taxas de infecção encontradas em agosto de 2021, durante a onda da variante *Delta* (97). Em dezembro de 2021 a variante *Ômicron* representava 39,4% dos genomas sequenciados pela Rede Genômica Fiocruz, em janeiro de 2022 esse índice chegou a 95,9%, sendo encontrada em todas as regiões do Brasil(98). Em maio de 2022 havia a detecção das linhagens de *Omicron* BA.2.12.1, BA.4 e BA.5 que se caracterizam por maior capacidade de transmissão e infecção(99, 2). Novas linhagens do SARS-CoV-2 surgem, em junho de 2022 foi observada a substituição da linhagem BA.1 pela linhagem BA.2 que têm características genômicas que podem levar a uma maior transmissibilidade viral (100). Progressivamente novas linhagens da variante *Ômicron* surgiram ao longo do ano de 2022. O surgimento de novas variantes do SARS-CoV-2 pode ameaçar o progresso significativo feito até o momento na limitação da transmissão deste vírus e nos esforços globais de vacinação em massa (95).

A Vigilância Genômica do vírus SARS-CoV-2, no Brasil, é realizada pela Rede Genômica Fiocruz que foi estruturada no início da pandemia para realizar o sequenciamento do vírus e estudar as linhagens circulantes nos diferentes estados brasileiros. Na figura 18, foram apresentadas as variantes relevantes do vírus SARS-CoV-2, identificadas no Brasil, no período de fevereiro de 2020 a novembro de 2022, divulgadas pela Rede Genômica Fiocruz. Nota-se nesta figura que ao longo dos meses as variantes foram sendo substituídas por novas, assim como por novas linhagens. As variantes predominantes no ano de 2020 foram B.1.1, B.1.1.28 e B.1.1.33. No ano de 2021 destacaram-se as variantes *alfa*, *beta* e *gama*, porém com prevalência das duas últimas. A partir de janeiro de 2022, as linhagens da variante *Ômicron* são predominantes do Brasil.

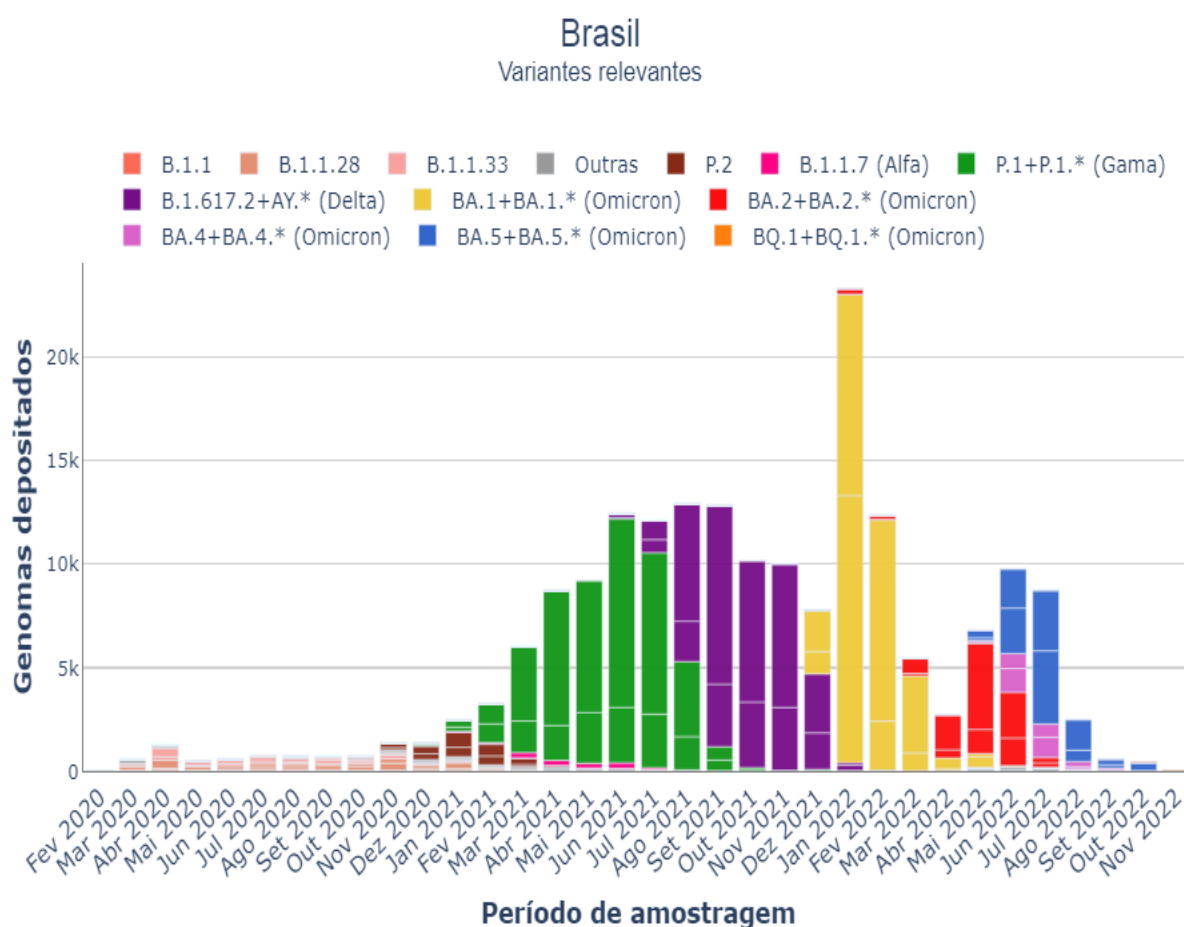


Figura 18 - Variantes relevantes do vírus SARS-CoV-2 no Brasil, por período de amostragem.

Fonte: <https://www.genomahcov.fiocruz.br/dashboard-pt/>

Em abril de 2022, a variante *Omicron* passou a ser a variante dominante a circular globalmente, responsável por quase todas as sequências genéticas recentemente reportadas pela *Global Initiative on Sharing All Influenza Data* (GISAID). Este processo de acompanhamento das novas variantes pela OMS se deve pela preocupação com alterações nas taxas de transmissão ou nas características da doença ou ainda afetar a eficácia das vacinas. Por isso, a OMS em colaboração com autoridades, instituições e pesquisadores nacionais, avaliam rotineiramente essas variantes.

### 3. REFERENCIAL TEÓRICO - PIERRE BOURDIEU

Os resultados gerados pelas análises lexicais e multivariadas do *software* IRaMuTeQ serão interpretados e discutidos com a utilização das concepções teóricas do francês Pierre Bourdieu.

Para dar sustentação a este estudo, utilizei os conceitos teóricos de *habitus*, campo, capital cultural, poder simbólico e violência simbólica. Os conceitos ajudarão na sustentação da análise sobre as percepções dos profissionais de saúde em seu exercício laboral diante da pandemia da COVID-19. A aproximação com esses conceitos possibilita conhecer o processo de organização da sociedade e de seus agentes (o indivíduo e os grupos).

Os agentes sociais são destacados por seu *habitus*, que, por sua vez, constitui um conjunto de esquemas de percepção, de aprendizagem e de ação. Eles percorrem uma trajetória social desde sua socialização primária até os cumes das carreiras de nível superior, em busca de um acúmulo de capital (simbólico, econômico, cultural, entre outros). Remete a um conjunto de conhecimentos adquiridos e às disposições incorporadas, duradouras e transferíveis que perpassam por uma trajetória vivenciada de aprendizado ao longo da vida e pelo contato com diferentes estruturas sociais. Essas estruturas permitem perceber, agir e evoluir com naturalidade no universo social, vinculando a posição hierarquizada que cada um ocupa mediante seu capital incorporado (103).

Para Bourdieu, o *habitus* caracteriza-se através de dois componentes: o *ethos*, que corresponde aos valores interiorizados, os quais direcionarão a conduta do agente, e a *hexis*, ligada à linguagem e à postura corporal. Estes dois, a *hexis* e o *ethos*, são constituídos dentro de um determinado contexto social e histórico, que revela, respectivamente, as especificidades de cada indivíduo e as especificidades da classe social a que pertence. A formação e a manutenção do *habitus* são fundamentais no processo de reprodução social e de socialização (101).

Para Bourdieu:

*Habitus* é um conhecimento adquirido, uma disposição incorporada, duradoura e transferível, que resulta de um longo processo de aprendizado, produto do contato com diversas estruturas sociais. O *habitus* é um princípio gerador de práticas distintas e também de esquemas classificatórios, princípios de classificação, princípios de visão e de divisão. Eles estabelecem as diferenças que, ao serem percebidas nas práticas, nos bens possuídos e nas opiniões

expressas, tornam-se diferenças simbólicas e constituem uma verdadeira linguagem (102).

Este *habitus* é constituído por um sistema de dimensões duráveis, de estruturas predispostas a funcionar como princípio gerador e estruturador das práticas. Essas práticas podem ser reguladas e regulares sem necessariamente ser um mero produto da obediência às regras dos sistemas aos quais os agentes sociais estão expostos (103).

O *habitus* profissional de um agente social, por sua vez, considera que ele está dentro de um contexto dinâmico e instável e ressalta também sua história individual de vida, assim como suas vontades, seus desejos e suas aptidões (104). A escolha pela profissão está condicionada aos antecedentes, principalmente ao *habitus* primário e ao capital cultural, além da determinação do gênero (*habitus* sexuado) e da imposição cultural (57). O *habitus* profissional está diretamente influenciado pelo *habitus* primário, pois fatores determinantes da infância, da adolescência, da família, assim como das oportunidades ao longo da vida ajudarão na reconfiguração do mesmo e no direcionamento do indivíduo no mundo (103).

Outro conceito importante é o de *habitus* científico, que segundo Bourdieu:

É uma regra feita pelo homem ou, melhor, um *modus operandi* científico que funciona em estado prático segundo as normas da ciência, sem ter essas normas em sua origem: é esta espécie de sentido do jogo científico que faz com que se faça o que é preciso fazer no momento próprio, sem ter havido necessidade de tematizar o que havia que fazer, e menos ainda a regra que permite gerar a conduta adequada (101).

Durante o processo de construção do *habitus* do indivíduo, instaura-se a aquisição do capital cultural, que corresponde a um conglomerado de três formas. A primeira forma é o estado incorporado que se destaca por disposições duráveis, acumuladas, incorporadas pelo organismo e ligadas ao corpo, que demandam tempo de investimento para sua assimilação. A segunda forma é o estado objetivado, que remete a bens culturais acumulados e materiais apropriados (livros, equipamentos, máquinas para fazer uso do estado incorporado). E a última forma é o estado institucional que se relaciona a bens de títulos e certificados, os quais guardam relativa independência em relação ao portador do título (105). O *habitus* pode ser renovado e interferir diretamente na questão do poder simbólico de um ator dentro de um campo social. O *habitus* tende à sua própria conservação, mas pode



ser alterado na medida em que se alteram os contatos sociais do indivíduo no espaço social.

Outros conceitos são fundamentais para a concepção do agente social, dentre eles destaca-se o capital social que se refere a “um conjunto de recursos (atuais ou potenciais) que estão ligados à posse de uma rede durável de relações mais ou menos institucionalizadas, em que os agentes se reconhecem como pares ou como vínculos a determinados grupos” (105). A quantidade de capital social acumulado por um indivíduo depende do nível ou da rede de relação que consegue estabelecer e do capital acumulado com as interações sociais. Depende também da vinculação a um grupo de agentes com propriedades comuns e unidas por ligações permanentes e úteis.

O espaço social é um conceito de Bourdieu que remete a um espaço multidimensional e não pode ser remetido a uma única lógica social, seja do capitalismo, da modernidade ou da pós-modernidade. É composto por muitos campos abertos, em conjunto e relativamente autônomos, porém relativamente subordinados ao campo econômico (106).

Os indivíduos atuam no espaço social segundo seus interesses e agem também em busca de um destaque, pela vontade de que os outros reconheçam seu prestígio, posicionando-se em uma escala de poder, posição hierarquizada que cada um ocupa mediante o capital incorporado. Quando esses indivíduos estão nas mesmas posições dessa hierarquia ocupam o mesmo grupo de *status*, ou seja, a mesma posição na hierarquia da honra e do prestígio (105).

Outra percepção é que o grupo, o coletivo, também, sofre influência do lugar e da evolução de cada indivíduo, no seu espaço social e com o volume de capital acumulado. E tudo isso estabelece uma relação direta com a posição que o indivíduo ocupa em diferentes campos. Esta busca pode ser de forma individual, visando conquista individual de ocupação por um espaço social, ou de forma coletiva por uma causa de nível macro, em nível nacional, por exemplo, das políticas nacionais.

De acordo com Bourdieu, a posição ocupada pelo agente no espaço social tem relação direta com a posição por ele ocupada nos diferentes campos e está de acordo com a distribuição dos diferentes tipos de capital econômico, cultural, social e simbólico de seus agentes. O agente se vincula à posição hierarquizada por o outro

agente mediante seu capital incorporado (57). Essa disposição dos agentes no campo social corresponde a um espaço multidimensional de posições.

Campo é um espaço de relações em movimento onde permanentemente deve-se construir e reconstruir com uma relação de força que depende da posição social (107). E o campo social, nesse contexto, é o local onde os diferentes níveis de poder são exercidos pelos agentes sociais.

Bourdieu traz uma descrição de campo social:

Um espaço multidimensional de posições tal que qualquer posição atual pode ser definida em função de um sistema multidimensional de coordenadas cujos valores correspondem aos valores das diferentes variáveis pertinentes: os agentes distribuem-se assim nele, na primeira dimensão, segundo o volume global do capital que possuem e, na segunda dimensão, segundo a composição do seu capital – quer dizer, segundo o peso relativo das diferentes espécies no conjunto das suas posses(101).

Segundo Bourdieu “o espaço social é construído segundo a equação *habitus* + capital + campo = prática que permite interpretar e mapear as estratégias de distinção”, esta equação permite melhor explicar a realidade de interação entre os grupos sociais e suas práticas (106). As práticas e tomadas de decisão poderão ser influenciadas pela posição ocupada pelo agente, pelas condições a que estão expostos e pelo conhecimento da posição que ocupa no espaço (105).

Os conceitos de *habitus*, capital, campo e prática precisam ser percebidos com a concepção de que sofrem influência da teoria científica. Ou seja, a prática resultante do somatório do *habitus*, do capital e do campo é formada com a experiência, na observação do mundo, em vez da intuição. O *habitus*, assim como a prática, tende a passar pelo processo de incorporação das experiências do mundo, transmutando-se numa política incorporada pelo ator social(108).

Neste sentido, Bourdieu (1983, p. 65) expõe:

A prática é, ao mesmo tempo, necessária e relativamente autônoma em relação à situação considerada em sua imediatidade pontual. Porque ela é o produto da relação dialética entre uma situação e um *habitus* – entendido como um sistema de disposições duráveis e transponíveis que, integrando todas as experiências passadas, funciona em cada momento como uma matriz de percepções, apreciações e ações. A Prática torna possível a realização de tarefas infinitamente diferenciadas, graças às transferências analógicas de esquemas, que permitem resolver os problemas da mesma forma, e às correções incessantes dos resultados obtidos, dialeticamente produzidas por esses resultados.

A prática representa, ainda, o fazer com estratégias que permite implementar todo o conhecimento adquirido dentro de um fenômeno. Nas práticas em saúde, é

possível implementar tecnologias, conhecimentos e habilidades que favoreçam a ampliação e melhoria do cuidado em saúde (109).

O cenário de realização da prática geralmente é o campo. Neste campo é possível perceber lutas simbólicas travadas entre seus agentes:

As lutas simbólicas acontecem no interior dos espaços sociais (por causa das diferenças hierárquicas) e resultam também no estabelecimento de hierarquias entre os agentes envolvidos, que lançam mão de ações e reações para manter ou melhorar suas posições no campo, às quais correspondem um certo poder simbólico (105).

É possível que o agente dentro do campo e junto com estratégias possa modificá-lo de acordo com seus interesses em comum e devido ao seu capital específico, como nos esclarece Bourdieu(103):

A estrutura do campo é um estado da relação de força entre os agentes ou as instituições engajadas na luta ou, se preferirmos, da distribuição do capital específico que, acumulado no curso das lutas anteriores, orienta as estratégias ulteriores. Esta estrutura, que está na origem das estratégias destinadas a transformá-la, também está sempre em jogo: as lutas cujo espaço é o campo têm por objeto o monopólio da violência legítima (autoridade específica) que é característica do campo considerado, isto é, em definitivo, a conservação ou a subversão da estrutura da distribuição do capital específico [...] Outra propriedade, já menos visível, de um campo: todas as pessoas que estão engajadas num campo têm certo número de interesses fundamentais em comum, a saber, tudo aquilo que está ligado à própria existência do campo: daí a cumplicidade objetiva subjacente a todos os antagonismos.

No campo simbólico, onde as lutas são realizadas, também são traçadas estratégias e ao serem traçadas é possível exercitar seus conhecimentos e capitais acumulados e nesta articulação também é possível perceber um poder simbólico imposto aos sujeitos. O poder simbólico por vez remete ao:

Poder de fazer ver e de fazer crer, de produzir e de impor uma classificação legítima ou legal. Este poder só pode ser exercido com a cumplicidade daqueles que não querem saber que lhe estão sujeitos ou mesmo que o exercem. É quase mágico que permite obter o equivalente daquilo que é obtido pela força física ou econômica, só se exerce este poder se o mesmo for reconhecido, isto é ignorado como arbitrário. O poder simbólico dos agentes depende da posição por eles ocupada no espaço social(101).

Neste caso, o espaço social se conforma como um campo de forças ou um campo de lutas, que determinam sua organização e conservação. Para Bourdieu, o campo de poder é configurado pelo “espaço de relações de força entre os diferentes tipos de capital”, que são geridos por agentes ou por instituições; e quanto mais o poder é invisível aos dominados, mais ele é capaz de exercer sua influência(110).

Dentro deste contexto de poder, resgata-se o conceito de Bourdieu (2014) de Estado “um setor do campo de poder, que se pode chamar de ‘campo administrativo’ ou campo de função pública” (p.30). O mesmo autor completa: o Estado “[.] tem o poder extraordinário de produzir um mundo social sem necessariamente dar ordens, sem exercer coerção permanente [.]”(110). Dessa forma, o seu poder origina-se de uma fonte primária de acumulação simbólica que incute no indivíduo/agente a convicção no Estado e a submissão generalizada a ele. O mesmo Estado impõe estruturas cognitivas as quais contribuem para a constituição de um consenso sobre a realidade social. Bourdieu acrescenta que o “Estado não é um bloco, é um campo [.] um espaço estruturado segundo oposições ligadas a formas de capital específicas, interesses diferentes [.]”. Em suma, “[.] é uma espécie de princípio da ordem pública, entendida não só em suas formas físicas evidentes, mas também em suas formas simbólicas inconscientes, e tudo indica que profundamente evidentes [.]”(110). O poder do Estado é executado através de organizações hierarquizadas e racionalmente estruturadas que visam controlar e monitorar os comportamentos das pessoas e das instituições em prol da manutenção do consenso(110).

A imposição do poder se dar por uma violência simbólica. A dominação é, em geral, não-evidente; não-explícita, mas sutil. A violência simbólica pode ser julgada legítima dentro de um campo, pode ser percebida nas relações entre gestores e subordinados, entre os que elaboram políticas públicas e os que se submetem a elas, entre governos e governados.

No pensamento de Bourdieu, a violência simbólica é uma situação de dominação imposta por meio de um ordenamento sustentado de *habitus*, campo, prática e capitais, onde os agentes sociais que ocupam posições de dominantes e de dominadas no campo aceitam a ordem e as práticas existentes como 'naturais'. É assim que os sistemas simbólicos cumprem a sua função política de instrumentos de imposição ou de legitimação da dominação, que contribuem para assegurar a dominação de uma classe sobre a outra (violência simbólica) e contribuindo assim, segundo a expressão de Weber, para a domesticação dos dominados (101).

## 4. MÉTODO

### 4.1. DESENHO

O percurso metodológico desta tese foi delineado a partir de uma abordagem exploratória, descritiva, quanti e qualitativa. Os dados são oriundos da pesquisa **“Avaliação dos fatores demográficos, clínicos, sociais e laborais na saúde física e mental de profissionais de saúde sob impacto da pandemia da COVID-19”**, com o acrônimo COVID-19pro, da qual fiz parte de todas as etapas.

Foram coletadas informações através de um inquérito online para investigar sentimentos, comportamentos, características demográficas e laborais bem como elementos subjetivos dos profissionais de saúde atuantes na pandemia da COVID-19 (anexo A).

### 4.2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO

Os critérios de inclusão adotados foram: ser profissionais de saúde, atuar durante a pandemia da COVID-19; exercer funções laborais no estado do Rio de Janeiro; ter 18 anos de idade ou mais e preencher o campo aberto do instrumento de coleta de dados: “Gostaríamos de deixar esse espaço aberto para você escrever como você se sente neste momento de pandemia ou contribuir com sugestões de questões que não foram contempladas nesse estudo”. Critérios de exclusão: estar aposentado; não estar atuando como profissional de saúde; dados incompletos para categoria profissional, idade e sexo, pois estas variáveis foram utilizadas na composição da linha de comando do *software* de análise de dados IRaMuTeQ.

### 4.3. VARIÁVEIS

Foram analisadas as seguintes variáveis: categoria profissional (assistente social, biólogo/biomédico, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico, nutricionista, psicólogo, técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico em radiologia, terapeuta ocupacional, técnico de laboratório, odontólogo), idade (estratificada de 18 a 39 anos, de 40 a 59 anos, maior ou igual a 60 anos), sexo (masculino e feminino) e os segmentos de textos registrados no campo aberto. Estas variáveis foram utilizadas para construção da linha de comando do *software* IRaMuTeQ.

### 4.4. POPULAÇÃO

Profissionais de Saúde ativos/atuentes durante a pandemia da COVID-19 no Estado do Rio de Janeiro: assistente social, biólogo/biomédico, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico, nutricionista, psicólogo, técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico em radiologia, terapeuta ocupacional, técnico de laboratório, odontólogo.

O Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução nº 287, de 8/10/98, estabeleceu como profissionais de saúde de nível superior os listados anteriormente. Quanto ao nível técnico, há uma lista de classificação, porém para a tese selecionamos os técnicos de radiologia, de laboratório e de enfermagem, por considerarmos os profissionais de nível técnico os mais expostos em seu exercício laboral ao vírus SARS-Cov-2. As demais categorias profissionais de nível superior reconhecidas após 8/10/98 e de nível técnico foram contempladas através da opção “outros” no campo destinado à profissão, no instrumento de coleta de dados desta tese.

Há uma Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) que delimita a realidade das profissões no mercado de trabalho brasileiro. Este documento serve para fins classificatórios junto aos registros administrativos e domiciliares, são de ordem administrativa e não se estendem as relações de trabalho. A Portaria nº 397, de 10.10.2002 aprova a Classificação Brasileira de Ocupações - CBO/2002, para

uso em todo território nacional. A regulamentação da profissão, diferentemente da CBO, é realizada por meio de lei, cuja apreciação é feita pelo Congresso Nacional, através de seus deputados e senadores, e posteriormente levada à sanção do Presidente da República.

#### 4.5. CENÁRIO

O cenário do estudo foi o estado do Rio de Janeiro. Considerou-se o período de 20 de julho a 30 de setembro de 2020. Na data de início do estudo (20/07/2020), a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro registrava uma incidência de 2.481 casos novos, 141.005 casos acumulados, 47 óbitos nas últimas 24h e 12.161 óbitos acumulados por Coronavírus no estado(111). É possível verificar na figura 19 o número total de casos diários da COVID-19 no estado do Rio de Janeiro, bem como o número de óbitos notificados, no período da coleta de dados da tese. Os dias com maiores número de casos notificados durante este período foram 18 de agosto (4.829 casos) e 11 de setembro de 2020 (5.640 casos). É possível observar que os maiores números de óbitos, no período supracitado, foram registrados no dia 19 de agosto (185 óbitos) e 15 de setembro de 2020 (177 óbitos). Destaco, que no período de coleta de dados não havia vacina contra a COVID-19, disponível e aprovada para imunizar a população.

Os respondentes, em sua maioria, exerciam suas funções como profissional de saúde na capital 372 (67,15%), porém 182 (32,85%) profissionais atuavam em outros municípios do estado do Rio de Janeiro: Angra dos Reis, Araruama, Búzios, Arraial do Cabo, Barra Mansa, Valença, Belford Roxo, Bom Jesus do Itabapoana, Cabo Frio, Cambuci, Campos dos Goytacazes, Cantagalo, Duque de Caxias, Iguaba Grande, Itaboraí, Itaperuna, Itatiaia, Macaé, Maricá, Mesquita, Miguel Pereira, Miracema, Niterói, Nova Friburgo, Nova Iguaçu, Petrópolis, Porto Real, Resende, Rio das Ostras, Santo Antônio de Pádua, São Gonçalo, São João de Meriti, São Pedro da Aldeia, Saquarema, Teresópolis, Três Rios, Vassouras e Volta Redonda.

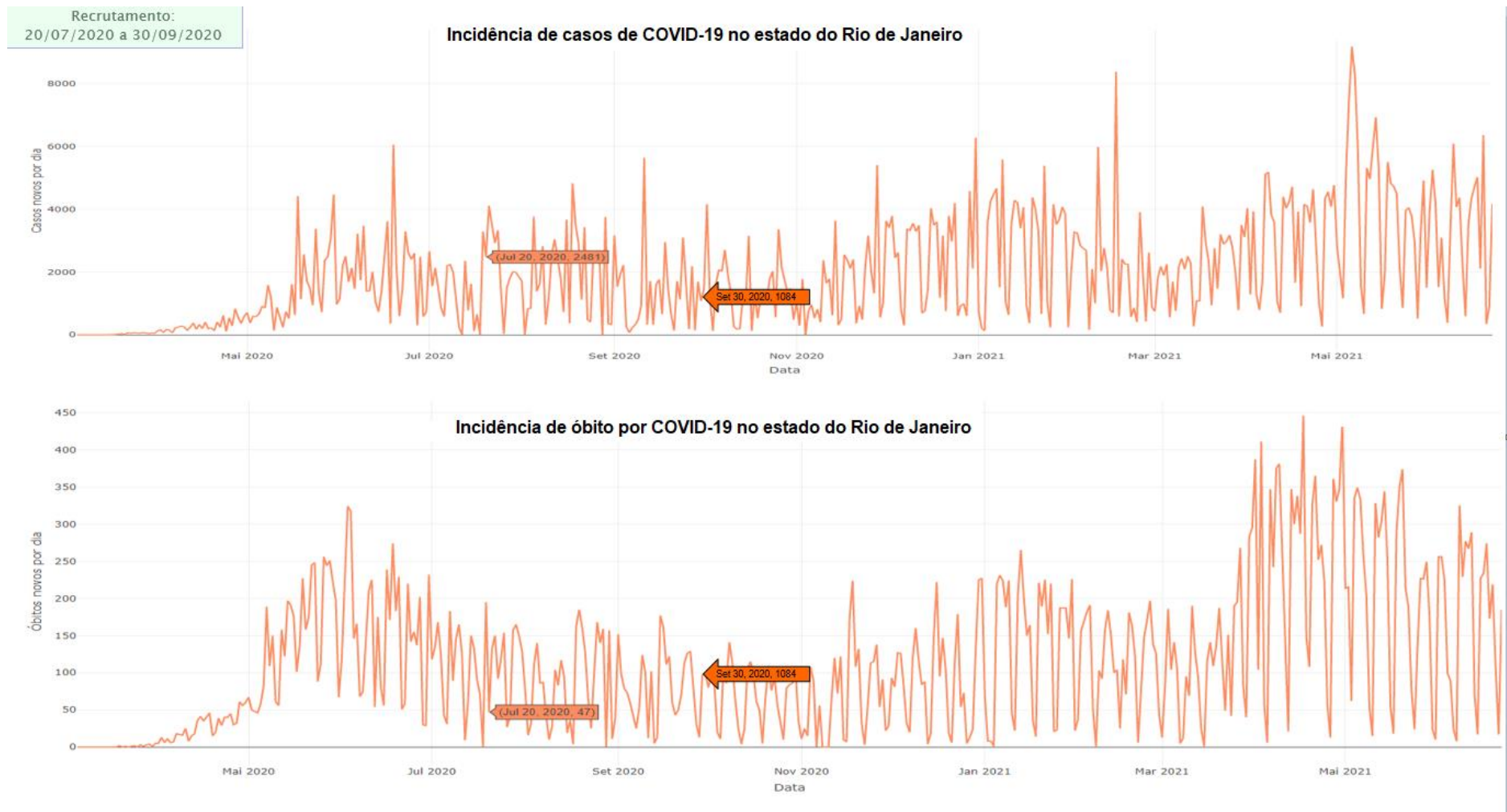


Figura 19 - Incidência de casos e de óbitos da COVID-19, no estado do Rio de Janeiro, durante o período de recrutamento do estudo. Fonte: Monitora COVID-19. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://bigdata-covid19.icict.fiocruz.br/>. Acessado em 29/6/2020.



#### 4.6. TAMANHO E CARACTERÍSTICA DA AMOSTRA

A amostra coletada foi por conveniência (não probabilística), construída a partir de respostas voluntárias ao questionário proposto. A escolha por este método foi feita em virtude das dificuldades impostas pela pandemia. Trata-se de uma amostragem normalmente utilizada em estudos exploratórios, comumente aplicada em estudos organizacionais (112). Tem demonstrado uma aceitabilidade boa de participantes em meio ao contexto da pandemia (112).

Os dados foram coletados entre 20/07/2020 e 30/09/2020.

#### 4.7. INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Criou-se um questionário online anônimo, na ferramenta Google *Forms*, composta por 30 questões fechadas e uma aberta (Anexo A), antecedidas de um Consentimento Livre e Esclarecido online (Anexo B).

As questões fechadas estavam relacionadas a dados demográficos e profissionais. A partir dos dados oriundos destas perguntas foi possível caracterizar os sujeitos e realizar uma análise descritiva de fatores como escolaridade, local de exercício profissional, tipo de estabelecimento, uso de EPI, apetite, sono, uso de bebidas alcoólicas e de medicamentos para controle da ansiedade.

Havia uma única pergunta aberta: “Gostaríamos de deixar esse espaço aberto para você escrever como você se sente neste momento de pandemia ou contribuir com sugestões de questões que não foram contempladas nesse estudo”. As respostas desta pergunta aberta foram analisadas quanto ao seu conteúdo lexical.

#### 4.8. VERIFICAÇÃO DE INTEGRIDADE

Foi realizada a verificação da consistência e integridade do formulário eletrônico, pelos pesquisadores da equipe do estudo COVID-19Pro, antes de envio para os participantes.

#### 4.9. ETAPA DE REVISÃO

Os respondentes foram capazes de revisar e alterar suas respostas, antes do envio do questionário no Google *Forms*.

#### 4.10. PESQUISA ABERTA

A pesquisa era aberta a todos que se enquadrassem nos critérios de inclusão, sem necessidade de identificação, sem login e nem cadastro.

#### 4.11. MODO DE CONTATO E ANÚNCIO DA PESQUISA

Na tentativa de abranger um maior número de profissionais de saúde atuantes no estado do Rio de Janeiro, optou-se por distribuir o formulário eletrônico inicialmente através de aplicativos de mensagens instantâneas como *WhatsApp*, pelo link: <http://abre.ai/bmg2> ou <https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfE8MbOm004mzZMYUXZhOpldr68XiHrezMli2yi4c15IHRMQ/viewform>. Em seguida expandimos a divulgação da pesquisa por redes sociais do projeto COVID-19Pro como Facebook e Instagram. Também foi divulgado o formulário eletrônico no site do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz): <http://www.iff.fiocruz.br>

#### 4.12. INCENTIVOS

Não foram oferecidos incentivos para participação da pesquisa.

#### **4.13. PROTEÇÃO DE DADOS**

Todas as informações coletadas foram tratadas confidencialmente. O participante recebia um código alfanumérico de identificação no estudo, para que ele não fosse exposto e nem identificado.

#### **4.14. QUESTÕES ÉTICAS**

Esta tese é parte integrante da pesquisa “Avaliação dos fatores demográficos, clínicos, sociais e laborais na saúde física e mental de profissionais de saúde sob impacto da pandemia da COVID-19”, registrada na Plataforma Brasil sob CAAE: 31997320.5.0000.5269 e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IFF/Fiocruz sob parecer 4.102.925.

#### **4.15. CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAR**

Os participantes do estudo foram informados quanto aos objetivos da pesquisa, aos riscos, aos benefícios, à forma de participação e à contribuição para a pesquisa na qual seriam inseridos. Quando aceitavam participar do estudo, os participantes assinalavam a opção de autorização online do Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B), obrigatório para que o participante continuasse a responder o questionário eletrônico. Foi disponibilizada uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo C) na sua íntegra, assinado pelo pesquisador caso fosse solicitado pelo participante, através do e-mail: ProjetoCOVID19pro@gmail.com

#### **4.16. VOLUNTARIADO**

Trata-se de uma pesquisa com participação voluntária.

#### 4.17. USO DO IRaMuTeQ NO PROCESSAMENTO DOS DADOS TEXTUAIS

A questão aberta do questionário foi processada pelo *software* IRaMuTeQ versão 0.7. *alpha.2* (Interface de R *Pour Les Analyses Multidimensionnelles de Textes et Questionnaires*), o qual permite executar diferentes análises de dados textuais, como o cálculo de frequência de palavras ou análises multivariadas.

O IRaMuTeQ é um *software* que foi desenvolvido por Pierre Ratinaud em 2009, gratuito, de código fonte aberto, licenciado por GNU GPL (v2), ancorado no ambiente estatístico do *software* R (versão 4.0.3) e na linguagem *python* ([www.python.org](http://www.python.org))(113).

O *software* possui um arsenal variado de estratégias de análise do *corpus* textuais. Permite sistematizar, por meio de ferramentas estatísticas, as relações que podem ser apreendidas a partir do discurso dos sujeitos (114). Executa diferentes análises de dados textuais, desde análise bem simples, como a lexicografia básica (contagem de palavras), que engloba a lematização e o cálculo de frequência de palavras, até análises multivariadas como Classificação Hierárquica Descendente (CHD) dos segmentos de texto. Além de organiza a distribuição dos vocábulos de forma a facilitar a compreensão e visualização dos dados através de análise de correspondências, análises de similitude e nuvens de palavras (114, 115).

O IRaMuTeQ realiza uma análise dos dados textuais (de textos, entrevistas, documentos, redações etc.), ou lexical. Tem a finalidade de descrever um material produzido (individual ou coletivamente), relacionar e comparar produções diferentes em função de variáveis específicas de cada relato (114, 116). A análise proposta pelo IRaMuTeQ permite superar a dicotomia clássica entre estudos quantitativos e qualitativos em relação à análise de dados. Inclusive quantifica e emprega cálculos estatísticos sobre variáveis essencialmente qualitativas – os textos (117).

Para esta tese, foram elaborados os seguintes passos antes da análise dos dados pelo IRaMuTeQ: Etapa 1– Composição do *corpus*; Etapa 2 – Elaboração das linhas de comando; Etapa 3 – Correção e revisão do *corpus* Etapa 4 – Importação dos dados e Etapa 5 – Análise do texto.

#### 4.17.1. Etapa 1– Composição do *corpus*

Consiste na composição do *corpus*, que é o conjunto dos dados de todos os participantes. O dado (resposta) de um participante corresponde a um texto. Cada texto é formado por segmentos de texto (ST).

É necessário transportar todos os textos (respostas a única questão aberta) dos participantes para um único arquivo no formato – UTF-8, deixando a primeira linha em branco.

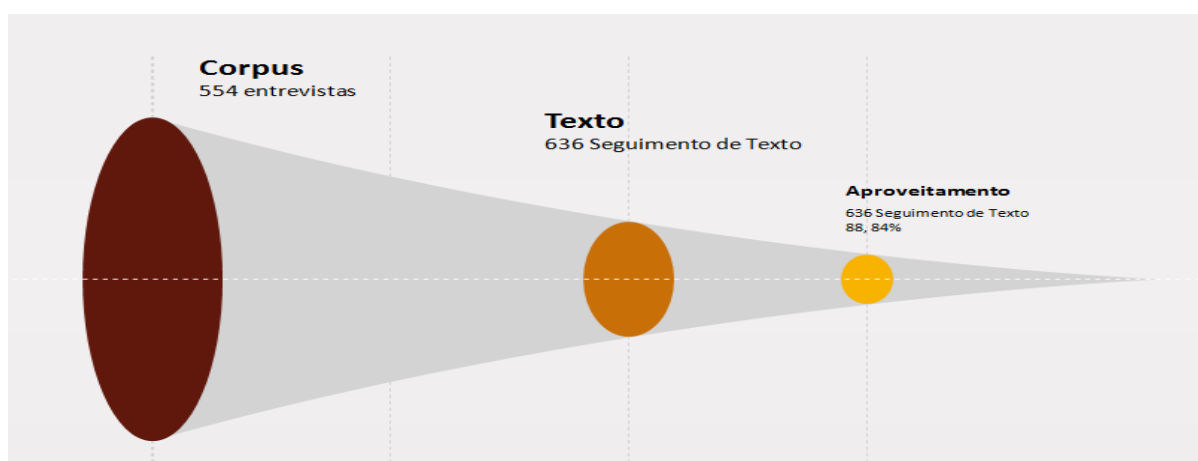


Figura 20 - Composição do *corpus*

#### 4.17.2. Etapa 2 – Elaboração das linhas de comando

Esta etapa consiste na definição das linhas de comando, as quais possibilitam separar o material textual de cada um dos participantes. As linhas de comando foram definidas pelas variáveis: categoria profissional, sexo e idade. No arquivo de texto, em formato UTF-8, foram inseridas, antes do início do texto do participante, sua identificação e suas características na seguinte sequência: \*\*\*\* \*identificação do participante \*categoria profissional \*sexo \*idade. Esta apresentação chama-se “linha com asterisco” e separa os textos dos participantes. No Quadro 2 foram apresentadas as variáveis e suas respectivas codificações que constituíram as linhas de comando.

Quadro 2 - Descrição das variáveis e codificação da linha de comando

Variável	Código	Classificação
Sexo	*sex 1	Feminino
	*sex 2	Masculino
Idade	*ida 1	Idade até 39 anos
	*ida 2	Idade entre 40-59 anos
	*ida 3	Idade 60≥ anos
Categoria profissional	*prof 01	Assistente social
	*prof 02	Biólogo/biomédico
	*prof 03	Enfermeiro
	*prof 04	Farmacêutico
	*prof 05	Fisioterapeuta
	*prof 06	Fonoaudiólogo
	*prof 07	Médico
	*prof 08	Nutricionista
	*prof 09	Odontólogo
	*prof 10	Profissional da educação física
	*prof 11	Psicólogo
	*prof 12	Técnico de laboratório
	*prof 13	Técnico de radiologia
	*prof 14	Técnico ou auxiliar de enfermagem
	*prof 15	Terapeuta ocupacional

Fonte: Dados da tese. Rio de Janeiro – Brasil, 2021.

Elaboramos linhas de comando para cada resposta do questionário. As variáveis apresentadas no quadro 2 são determinadas e compatíveis com o objeto proposto do estudo, por exemplo:

\*ind 0010 \*sex 1 \*ida 2 \*prof 3, significa que o participante foi o 10º inserido no estudo, do sexo feminino, tinha entre 40-59 anos e era enfermeira.

#### 4.17.3. Etapa 3 – Correção e revisão do *corpus*

O primeiro passo desta etapa é realizar o agrupamento de todos dos dados em um único texto (sem espaço e sem parágrafo), separados entre si apenas por

linhas de comandos. Posteriormente realizou-se uma revisão e correção de todo o texto verificando os erros de digitação, de ortografia e de gramática. Excluiu-se qualquer símbolo ou caractere especial como, por exemplo, “%”, “””, “\*”, “&”, “\$”, “-”, etc. O segundo passo foi a padronização dos números, termos e abreviações. Por fim, o terceiro passo consistiu na indicação para o IRaMuTeQ de quais eram os conjuntos de palavras que formaram um termo composto significativo para a temática da tese, por exemplo: Ministério da Saúde que no IRaMuTeQ deve ser referenciado como Ministério\_da\_Saúde.

#### **4.17.4. Etapa 4 – Importação dos dados**

Esta etapa consiste na importação dos dados do *corpus* do arquivo UTF-8 para o IRaMuTeQ. A versão 0.7. *alpha.2* do IRaMuTeQ trabalha com 5 idiomas (inglês, francês, italiano, português e espanhol) e permite definir o dicionário padrão a ser utilizado para identificação dos sinônimos de acordo com o idioma selecionado. Para tanto é necessário escolher o arquivo-texto e selecionar o idioma que será avaliado. O *corpus* foi analisado considerando o português como idioma principal.

#### **4.17.5. Etapa 5 – Análise do texto pelo software IRaMuTeQ**

O *software* IRaMuTeQ permite gerar cinco análises textuais: Estatísticas (análises lexicográficas), Especificidades e AFC (Análise Fatorial de Correspondência), Classificação (método de Reinert), Análise de Similitude e Nuvens de Palavras. Foram utilizados, apenas os três últimos tipos de análise do *software*, para com isso realizar uma triangulação analítica dos dados. A triangulação permite trabalhar diversas perspectivas de compreensão da realidade em um único método, dentro da pesquisa qualitativa, para desenvolver uma compreensão abrangente dos fenômenos e para testar a validade por meio da convergência de informações (118, 119).

#### 4.17.6. Classificação Hierárquica Descendente (pelo método de Reinert)

O método de Reinert sugere uma Classificação Hierárquica Descendente (CHD) que visa obter classes de segmentos de texto (ST) que, ao mesmo tempo, apresentam vocabulário semelhante entre si e vocabulário diferente dos ST das outras classes (120).

Os segmentos de texto são classificados em função dos seus respectivos vocabulários, e o conjunto deles é repartido em função da presença ou ausência de formas reduzidas (121). Com base nas classes escolhidas, o *software* calcula e fornece os ST mais característicos de cada classe.

Segundo Camargo e Justo (2018) as análises do tipo CHD, para serem úteis à classificação de qualquer material textual, requerem uma retenção (aproveitamento) mínima de 75% dos segmentos de texto.

Na CHD, o IRaMuTeQ processa o texto de modo que possam ser identificadas classes de vocabulário, e dessa forma, inferir quais idéias o *corpus* textual deseja transmitir. A análise é feita a partir de uma lógica estatística processada por computador e aplicada de forma lexical (122).

A partir das análises realizadas por este *software* é possível organizar a análise dos dados em um dendrograma que ilustra as relações entre as classes, e descreve os principais resultados. O dendrograma expõe as partições ou interações que foram realizadas na classificação dos segmentos de texto do *corpus* (114).

#### 4.17.7. Nuvem de palavras

A nuvem de palavras permite agrupar as palavras e organizá-las graficamente em função de sua frequência. As palavras são apresentadas com tamanhos diferentes: as maiores são aquelas com maior frequência (ou outro indicador escolhido) no *corpus*, as menores apresentam frequências inferiores. As primeiras são colocadas no centro do gráfico. É uma análise lexical bem simples, porém graficamente interessante, fornece uma idéia inicial do conteúdo do material textual(114).



#### **4.17.8. Análise de similitude**

Este tipo de análise permite identificar as ocorrências entre as palavras e seu resultado leva a indicações da conexidade entre as palavras, auxiliando na identificação da estrutura do conteúdo de um *corpus* textual (123). Proporciona também reconhecer as partes comuns e as especificidades em função das variáveis descritivas identificadas na análise (124).

#### **4.17.8. Articulação do IRaMuTeQ com os conceitos de Pierre Bourdieu**

O IRaMuTeQ é uma ferramenta de apoio ao processamento dos dados na pesquisa qualitativa (125). O pesquisador é o responsável pela interpretação dos resultados processados com o devido rigor científico, extraindo a essência subjetiva dos dados produzidos (126). Os relatórios gerados por este *software* não é em si a análise propriamente dita dos dados (114). O estudo está ancorado teoricamente nos conceitos desenvolvidos pelo sociólogo Pierre Bourdieu para discorrer as análises lexicais do estudo. Para Bourdieu as relações estabelecidas entre os sujeitos não advêm unicamente do simples compartilhamento de relações objetivas ou de espaços socioeconômicos, mas ancora-se em trocas simbólicas que permitem a perpetuação do reconhecimento e das relações de proximidade.

#### **4.18. Limitações do estudo**

- Houve predomínio dentre as categorias profissionais de médicos e enfermeiras inviabilizando a estratificação por categoria profissional o que possibilitaria um conhecimento mais aprofundado do impacto da pandemia de acordo com a atividade de trabalho. A maior participação destas categorias profissionais pode ser explicada por viés de seleção, uma vez que a disseminação dos questionários ocorreu por mídias sociais dos pesquisadores que são em sua grande maioria médicos e enfermeiras.

- A maioria das respostas foi originada de mulheres. Hoje se observa que cerca de 70% das equipes de trabalho em saúde e serviço social é composto por profissionais do sexo feminino (127, 128).

- O processo de composição do *corpus* é realizado de forma manual e sujeito a erros que podem interferir diretamente no resultado obtido pelo IRaMuTeQ. Para minimizar a ocorrência desses erros, nesta etapa, foi realizada uma conferência dos dados por dois pesquisadores da equipe. Quando houve divergências, estas foram discutidas em um grupo até chegarem a um consenso. No entanto, mesmo com estas limitações, destaca-se como ponto forte do estudo o fato de o *software* IRaMuTeQ ampliar a análise textual para um grande conjunto de dados para além das frequências simples.

- A amostra do estudo foi por conveniência. Os participantes foram recrutados usando publicidade em mídia social, com isso torna-se limitada aos indivíduos com acesso às tecnologias de comunicação, como por exemplo, celulares, *tablets* e *laptops*.

## 5. RESULTADOS

Os resultados discutidos neste capítulo referem-se aos dados obtidos dos participantes que responderam à pergunta aberta do inquérito online.

Aceitaram participar da pesquisa 1.404 profissionais de saúde. Contudo, 850 profissionais foram excluídos em virtude dos critérios de exclusão preestabelecidos (Figura 21). Apenas 554 participantes foram incluídos nesta análise.

A análise dos dados será apresentada em 5 etapas separadamente.



Figura 21 – Fluxograma de inserção dos sujeitos na pesquisa

## 5.1. CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os dados provenientes do formulário do estudo foram organizados e tratados a partir de estatística descritiva simples. Dentre os 554 participantes, majoritariamente eram do sexo feminino 85,38% e 14,62% masculino. Em relação à idade, 27,26% tinham idade entre 18-39 anos; 55,05% apresentavam entre 40 e 59 anos e 17,69% tinham idade acima de 60 anos. Mais da metade dos participantes eram casados (60,11%), outra parcela solteira (20,94%) e em menor porcentagem estavam os divorciados ou viúvos (18,41%). No que concerne as categorias profissionais, as que tiveram maior frequência foram: médicos (39,53%), enfermeiros (20,76%), técnicos ou auxiliares de enfermagem (12,09%), fisioterapeutas (7,76%), psicólogos (6,50%) e odontólogos (2,17%). No que tange a escolaridade exigida para o devido exercício profissional em campo, 87,36% exerciam funções que requeriam formação universitária e 12,64% apenas nível técnico. A maioria dos profissionais trabalhava na capital do estado do Rio de Janeiro (67,15%) e os demais 182 profissionais (32,85%) atuavam em outros municípios. O cenário principal de atuação foi o hospital público (50,54%). Praticamente a metade dos profissionais referiu treinamento para uso do EPI (61,55%). Os dados foram apresentados na tabela 2.

Tabela 2 - Caracterização dos participantes do estudo

<b>Variáveis</b>	<b>n (554)</b>	<b>(%)</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	473	85,38
Masculino	81	14,62
<b>Idade</b>		
Até 39 anos	151	27,26
40-59 anos	305	55,05
60≥ anos	98	17,69
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro	116	20,94
Casado/união estável	333	60,11
Divorciado/separado/viúvo	102	18,41

Tabela 3 - Caracterização dos participantes do estudo (continuação)

<b>Variáveis</b>	<b>n (554)</b>	<b>(%)</b>
<b>Escolaridade exigida para o exercício laboral</b>		
Superior	484	87,36
Técnico	70	12,64
<b>Categoria profissional</b>		
Médico	219	39,53
Enfermeiro	115	20,76
Técnico ou auxiliar de enfermagem	67	12,09
Fisioterapeuta	43	7,76
Psicólogo	36	6,50
Odontólogo	12	2,17
Assistente social	11	1,99
Nutricionista	11	1,99
Biólogo/biomédico	10	1,81
Farmacêutico	8	1,44
Terapeuta ocupacional	7	1,26
Outras	15	2,70
<b>Local de exercício profissional</b>		
Na capital	372	67,15
Fora da capital	182	32,85
<b>Tipo de estabelecimento</b>		
Privado	132	23,83
Público	280	50,54
Ambos	142	25,65
<b>Recebeu treinamento de EPI</b>		
Sim	341	61,55
Não	204	36,82
Não informado	9	1,62
<b>Teve COVID-19</b>		
Sim	138	24,91
Não	416	75,09

Fonte: Dados do Projeto COVID-19Pro. Rio de Janeiro – Brasil, 2021 (N=554).

Outros dados foram analisados, com relação a hábitos de vida na pandemia: a grande maioria referiu estar apresentando insônia (55,23%), não ingeriu bebida

alcoólica (41,89%) ou medicamentos para controle da ansiedade (65,70%) e tiveram o apetite aumentado (49,28%), dados apresentados na tabela 3.

Tabela 4 - Caracterização do sono, apetite, uso de medicamentos para controle da ansiedade e de bebidas alcoólicas dos participantes do estudo

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>(%)</b>
<b>Sono</b>		
Dormiu mais do que o habitual	43	7,76
Teve insônia, sono interrompido, pesadelos mais do que o habitual	306	55,23
Não teve problemas de sono	204	36,82
Não informado	1	0,18
<b>Uso de bebidas alcoolicas</b>		
Não fez uso	232	41,89
Passou a usar após a pandemia	6	1,08
Consumiu mais bebida alcóolica do que antes da pandemia	83	14,98
Consumiu menos bebida alcóolica do que antes da pandemia	48	8,66
Uso igual a antes da pandemia	183	33,03
Não informado	2	0,36
<b>Apetite</b>		
Aumentou	273	49,28
Diminuiu	73	13,18
Sem mudanças	207	37,36
Não informado	1	0,18
<b>Uso de medicamentos para controle da ansiedade</b>		
Não fez uso	364	65,70
Passei a usar após a pandemia	65	11,73
Tenho consumido mais calmantes	55	9,93
Tenho consumido menos	3	0,54
Uso igual a antes da pandemia	66	11,91
Não informado	1	0,19

Fonte: Dados do Projeto COVID-19Pro. Rio de Janeiro – Brasil, 2021 (N=554).

## 5.2. ANÁLISE LEXICAL REALIZADA PELO SOFTWARE IRaMuTeQ

A partir da análise estatística padrão do *corpus*, originou 565 segmentos de textos, da CHD emergiram 12.349 ocorrências (número total de palavras, formas ou vocábulos contidos no *corpus*), 2.745 palavras distintas (palavras ativas e suplementares), 22,29 ocorrências média por palavra (número de ocorrências) / (número de textos) e 1.677 palavras com uma única ocorrência (*hapax*).

## 5.3. CLASSIFICAÇÃO HIERÁRQUICA DESCENDENTE

A análise do tipo Classificação Hierárquica Descendente (CHD) qualificou os segmentos de texto (ST) em função de seus respectivos vocábulos lexicográficos, selecionados de acordo com o valor da estatística do  $\chi^2$ . Houve um aproveitamento do *corpus* de 88,46%.

Nota-se na figura 22, um dendograma apresentado na forma horizontal que ilustra as relações entre as quatro classes geradas. Ao realizar a leitura deste dendograma da esquerda para direita observam-se partições ou interações que foram executadas na classificação dos segmentos de texto do *corpus*. A divisão das classes foi realizada, num primeiro momento, dividindo o *corpus* inicial em dois subcorpora, separando a classe 4 do restante do material. Num segundo momento, a subcorpora foi dividida, originando a classe 3 e subdividindo-se nas classes 1 e 2. A classificação (CHD) foi finalizada após gerar 4 classes que se mostraram estáveis, ou seja, compostas de unidades de segmentos de texto com vocabulário semelhante.

Percebe-se no dendograma (Figura 22) que a classe 1, evidenciou 42,5% do *corpus* (240 palavras analisáveis); a classe 2 um total de 31,7% palavras do *corpus*, envolveu 179 palavras analisáveis; a classe 3 contabilizou 13,1% do *corpus* e apresentou 74 palavras e por fim a classe 4 que foi responsável por 12,74% dos ST, com 72 palavras.

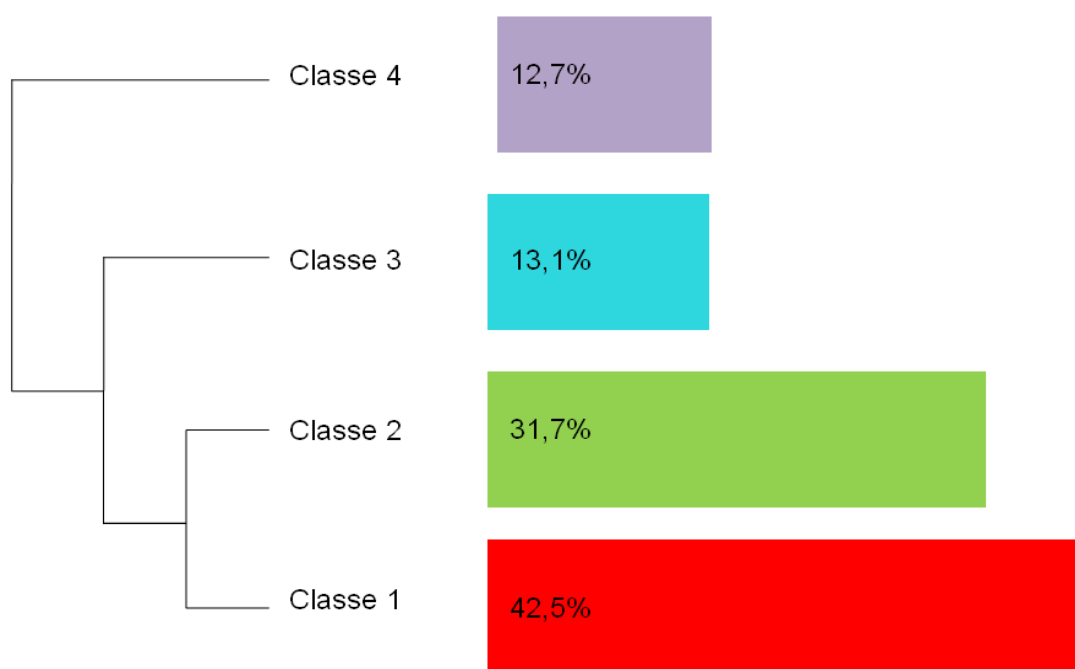


Figura 22 - Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente das Classes  
Fonte: Relatório *Software* IRaMuTeQ® 7.2, 2021. Dados do Projeto COVID-19Pro. Rio de Janeiro – Brasil, 2021. (N=554).

Para facilitar a compreensão da estrutura final das classes foi gerado um dendrograma na forma vertical, onde se apresentam as palavras com maiores valores da estatística do qui-quadrado ( $\chi^2$ ) e suas respectivas frequências. A apresentação das palavras no dendrograma segue uma ordem decrescente do valor da estatística do  $\chi^2$ , pois é este quem determina a ligação lexical dentro da classe. Quanto maior o  $\chi^2$  da palavra, maior é a conexão desta com as demais palavras dentro da classe.

As classes receberam titulações considerando o significado de seus segmentos de texto: Classe 1 – O medo dos profissionais de adoecer e contaminar familiares; Classe 2 – Questões laborais; Classe 3 – Sentimento de impotência, necessidade de políticas públicas e ações governamentais e Classe 4 – Cansaço e exaustão na pandemia.



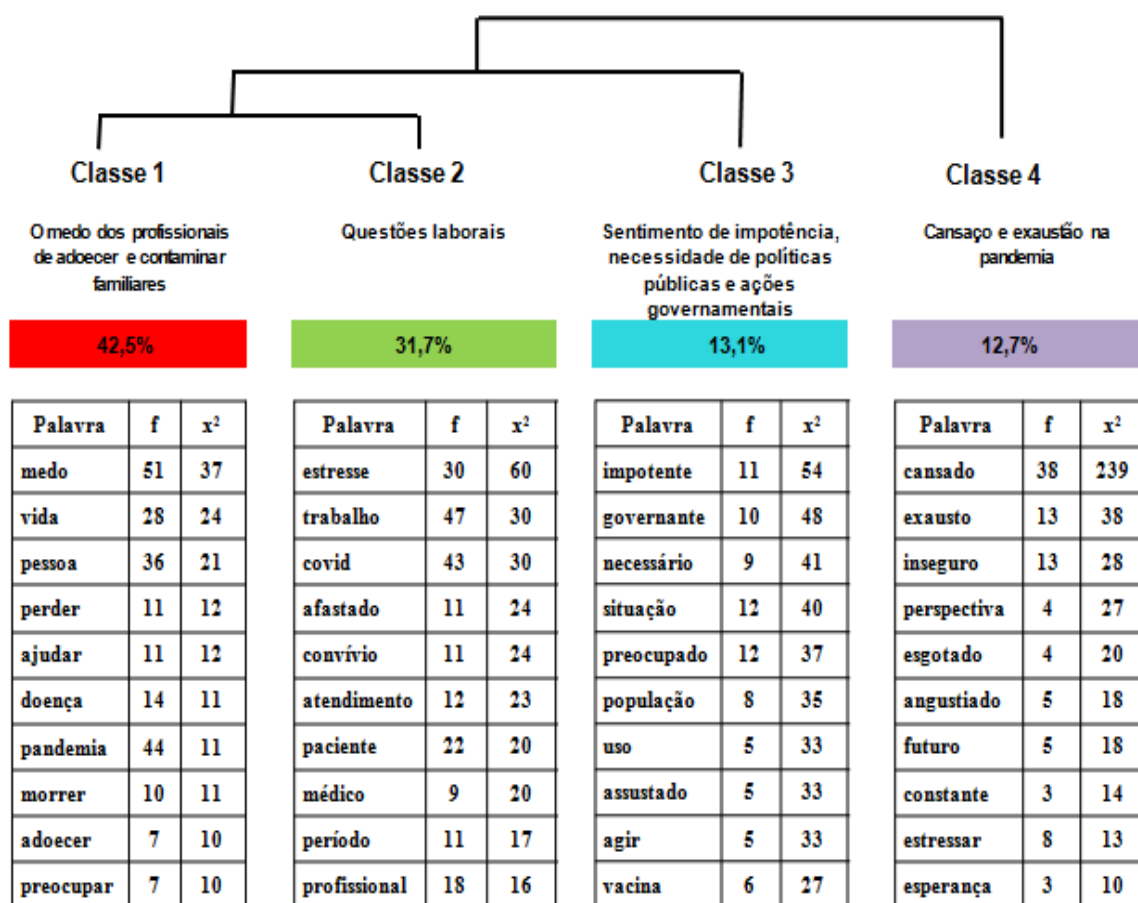


Figura 23 - Dendrograma de Classificação Hierárquica Descendente das Classes, com as palavras mais representativas de cada classe e seu respectivo  $x^2$

Fonte: Relatório *Software* IRaMuTeQ ® 7.2, 2021. Dados do Projeto COVID-19Pro. Rio de Janeiro – Brasil, 2021. (N=554).

A seguir, estão dispostas as análises para cada uma das classes, separadamente, a partir das frequências e valores da estatística do  $x^2$  das palavras evocadas.

### 5.3.1. Classe 1 – O medo dos profissionais de adoecer e contaminar familiares

A presente classe comporta a maioria dos vocábulos que fizeram parte do *corpus* de análise. As palavras mais importantes e que obtiveram os maiores valores da estatística do qui-quadrado ( $x^2$ ) foram: medo ( $x^2= 37,0$ ), vida ( $x^2= 21,5$ ), pessoa ( $x^2= 21,0$ ), perder ( $x^2= 12,1$ ) e ajudar ( $x^2= 12,1$ ). As categorias profissionais de

assistente social e de técnico de laboratório apresentaram  $p$ -valor=0,04 e  $p$ -valor=0,043, respectivamente, o que revela forte associação destas categorias dentro da classe, denotam que suas alocações na classe não foram ao acaso.

Esta classe caracteriza-se por participantes do sexo feminino (86%), com idade entre 40-59 anos (56%) e as categorias profissionais que tiveram maior participação foram os médicos (33%), enfermeiro (22%), técnico ou auxiliar de enfermagem (13%), fisioterapeuta (8%), psicólogo (6%) e assistente social (3%).

Os profissionais de saúde enalteceram nesta classe o medo. Destacaram que muitos desfechos ruins da COVID-19 poderiam ter sido evitados ou amenizados se o governo tivesse mais atuante e menos omissos em medidas fundamentais de combate à pandemia. Observou-se ainda, nesta classe, que os profissionais de saúde têm medo de adoecer, de contaminar seus familiares ou pessoas próximas, e principalmente de perdê-las (morte por COVID-19). Os profissionais de saúde cuidaram de outras pessoas/pacientes, muitas vezes em detrimento de sua própria vida, ou em detrimento do risco de adoecer ou contaminar seus familiares.

O medo esteve principalmente associado à contaminação de pessoas próximas, e principalmente familiares.

“Me sinto insegura com medo de contaminar a mim e à minha família” (Médica, sexo feminino, entre 40-59 anos)

“O medo é de contrair o vírus estando assintomática e transmitir ao meu pai e filho (Técnico ou auxiliar de enfermagem, sexo feminino, entre 40-59 anos)

“Nós profissionais da saúde sentimos medo e angústia com a covid, de pegar e levar para casa e contaminarmos nossas famílias” (Enfermeiro, sexo masculino, até 39 anos)

“O medo de pegar ou passar para a família é desesperador” (Técnico ou auxiliar de enfermagem, sexo feminino, entre 40-59 anos)

Os profissionais expressaram inclusive medo de desenvolver quadros graves da doença, de morrer, de perder um familiar, ou um colega de trabalho:

“As vezes sinto medo de perder pessoas da família e pacientes por covid”  
(Técnico ou auxiliar de enfermagem, sexo feminino, entre 40-59 anos)

“Penso que os primeiros meses da pandemia foram os piores para mim, estava em pânico com medo de sair para o trabalho, pensava com frequência que algo ruim pudesse acontecer, sentimentos e pensamentos sobre a morte”  
(Assistente social, sexo feminino, até 39 anos)

“Com medo de contrair e chegar até a forma mais grave e morrer ou pior passar para meus filhos, mãe, ou esposo, ou até mesmo conhecidos e eles agravarem e morrerem” (Enfermeira, sexo feminino, entre 40-59 anos)

“Medo de adoecer e ou que meus pais e irmãs fiquem doentes e qualquer um de nós venha a ser internado e até morrer” (Médico, sexo feminino, entre 40-59 anos)

Os profissionais expressaram inclusive medo de desenvolver quadros graves da doença, de morrer, de perder um familiar, ou um colega de trabalho:

“As vezes sinto medo de perder pessoas da família e pacientes por covid”  
(Técnico ou auxiliar de enfermagem, sexo feminino, entre 40-59 anos)

“Penso que os primeiros meses da pandemia foram os piores para mim, estava em pânico com medo de sair para o trabalho, pensava com frequência que algo ruim pudesse acontecer, sentimentos e pensamentos sobre a morte”  
(Assistente social, sexo feminino, até 39 anos)

“Com medo de contrair e chegar até a forma mais grave e morrer ou pior passar para meus filhos, mãe, ou esposo, ou até mesmo conhecidos e eles agravarem e morrerem” (Enfermeira, sexo feminino, entre 40-59 anos)

“Medo de adoecer e ou que meus pais e irmãs fiquem doentes e qualquer um de nós venha a ser internado e até morrer” (Médico, sexo feminino, entre 40-59 anos)

“Medo de adoecer e não saber a evolução, medo de contaminar idosos como meus pais” (Médica, sexo feminino, entre 40-59 anos)

Houve registro de profissionais que pelo *habitus* incorporado permaneceram em seu exercício profissional, em detrimentos de seus próprios medos:

“Nunca senti tanto medo, pensei em desistir da medicina o fator político me deixou triste e desmotivada” (Médico, sexo feminino, entre 40-59 anos)

“Ou seja ser útil nesse momento apesar do medo de adoecer confesso que ser útil nesse momento e me sentir ajudando outras pessoas e colegas me fez sentir melhor em relação a tudo isso”(Médico, sexo feminino, entre 40-59 anos)

“Me sinto importante pois que a pandemia é algo que foge ao meu controle porém mantenho a mente firme com expectativas de que em um futuro próximo, dias melhores virão” (Assistente social, sexo feminino, até 39 anos)

E diante de todos esses questionamentos, observou-se que mesmo os profissionais que cuidaram de vidas, na pandemia, não foram reconhecidos pelo seu trabalho, estes referiram sentimentos de frustração e abandono. Há necessidade de valorização, de reconhecimento dentro do jogo simbólico:

“Nesse momento de pandemia vejo claramente que nós os profissionais de saúde não estamos preparados para uma pandemia devemos ser mais valorizados, com salários justos e carga horária de trinta horas semanais principalmente na rede privada” (Técnico ou auxiliar de enfermagem, sexo feminino, até 39 anos)

“Sinto-me feliz por ter ajudado a salvar algumas vidas e extrema frustração da falta de respeito dos governantes não pagarem nossos salários triste realidade” (Fisioterapeuta, sem estresse, sexo feminino, entre 40-59 anos)

“Abandonado pelas instâncias públicas de saúde, atraso de salário e descumprimento de direitos básicos gera em nós profissionais um sentimento de desrespeito e descanso” (Enfermeiro, sexo masculino, até 39 anos)

“Me sinto desvalorizada como profissional da saúde, salários atrasados, sem receber o dissídio o que devíamos receber por direito quanto nossa exposição, sem treinamento, realizando procedimentos sem ser perito pois em relação ao covid tudo é novo” (Enfermeiro, sem estresse, sexo feminino, até 39 anos)

"Me sinto exausta desestimulada nunca trabalho tanto na minha vida no último mês na minha região a procura relacionado a covid aumentaram muito eu não como direito não sou reconhecida e não recebo nem insalubridade morro de medo levar isso para minha casa" (Técnico ou auxiliar de enfermagem, sexo feminino, até 39 anos)

"Me sinto abandonada pelo estado sem políticas públicas efetivas para lidar com a pandemia um governo federal totalmente despreparado e criminoso está sendo adoecedor" (Psicólogo, sexo feminino, até 39 anos)

"Não somos valorizados, temos uma carga horária exaustiva e baixos salários, cuidamos de vidas, de pessoas que são importantes para alguém, a enfermagem está zelando pela vida em todas as fases da vida (Enfermeiro, sexo feminino, até 39 anos)

Os profissionais de saúde reconhecem que têm medo, destacam que muitos desfechos ruins da COVID-19 poderiam ter sido evitados ou ao menos amenizados se o governo fosse atuante e não fosse tão omissivo em medidas fundamentais no combate à pandemia. Observou-se nesta classe que os profissionais de saúde têm medo de adoecer, de contaminar seus familiares ou pessoas próximas, e principalmente de perdê-las (morte por COVID). O fato de ser da área da saúde exige que ele cuide de outra vida muitas vezes em detrimento de sua própria vida, ou em detrimento do risco de adoecer ou contaminar seus familiares. Ressalta-se que os profissionais de saúde não foram reconhecidos ou percebidos da forma que gostariam.

A permanência no campo pode ser compreendida quase que por uma missão, uma responsabilidade assumida em sua trajetória. Trata-se de uma posição atemporal de auto sacrifício clínico exercido pelo profissional de saúde(129).

"Preocupado com a possibilidade de adoecer e ser internado solitariamente e de vir a morrer, tenho doença crônica, mas optei por não me ausentar neste momento que a população mais precisa de atendimento na área da saúde" (Médico, sexo masculino, entre 40-59 anos)

“Confesso que ser útil nesse momento e me sentir ajudando outras pessoas e colegas me fez sentir melhor em relação a tudo isso” (Médico, sexo feminino, entre 40-59 anos)

“A pandemia se conhece através desse trabalho invisível pouco valorizado e noticiado. Também temos medo de adoecer e levar o vírus para casa, perder pessoas da equipe que adoecem, mas precisamos permanecer firmes” (Enfermeiro, sexo feminino, entre 40-59 anos)

“Todos nós passamos por diversas situações diariamente, preocupações, medos, certezas e incertezas momentos que estamos confiantes e outros não, a diferença está em sermos capazes de nos adaptar ao ambiente, a situação onde nos encontramos” (Médico, sexo masculino, até 39 anos)

### 5.3.2. Classe 2 – Questões laborais

A classe 2 apresenta como principais elementos: estresse ( $x^2= 60,3$ ), trabalho ( $x^2= 30,3$ ), Covid ( $x^2= 29,9$ ), afastado ( $x^2= 24,1$ ) e convívio ( $x^2= 24,1$ ). A profissão de enfermagem apresentou um p-valor significativo ( $p=0,02$ ), representando uma conexão forte com os demais termos lexicais desta classe.

Os participantes desta classe eram predominantemente do sexo feminino (88%), com idade entre 40-59 anos (50%) e as categorias profissionais que tiveram maior participação foram os médico (37%), enfermeiro (27%), técnico ou auxiliar de enfermagem (10%), fisioterapeuta (7%), psicólogo (5%), biólogo (3%) e nutricionista (3%).

Destacou-se ainda, o universo laboral dos profissionais da saúde com ênfase na sobrecarga de trabalho, falta de EPIs, de informações, de suporte, de proteção, de apoio e desrespeito com questões trabalhistas.

O sentimento mais enaltecido nesta classe foi o estresse relacionado às questões laborais:

“Para quem atua na linha de frente no combate ao covid como profissional de saúde gera bastante estresse” (Enfermeiro, sexo feminino, até 39 anos)

“A pandemia gerou estresse em quase todos os aspectos sejam eles profissionais ou pessoais” (Médico, sexo masculino, até 39 anos)

“Estou tentando dar conta do trabalho, da família e de todo estresse” (Psicólogo, sexo feminino, entre 40-59 anos)

O estresse também foi relacionado a acometimentos físicos por alguns profissionais de saúde:

“Tive momentos de estresse por causa da pandemia e desenvolvi um refluxo, por isso medito, e isso ajuda muito, os momentos de estresse passaram e agora há um desânimo” (Biólogo/biomédico, sexo feminino, entre 40-59 anos)

“Me sinto ansiosa, cansada e preocupada, apresentei reflexos de estresse na pele, tendo que fazer tratamento com corticóide tópico sem êxito, já se passaram 4 meses de tratamento e ainda não melhorei” (Enfermeiro, sexo feminino, entre 40-59 anos)

Esta classe também destaca as preocupações com os direitos trabalhistas, perda de renda, falta de pagamento, baixa remuneração e desemprego:

“Suspensão de férias e folgas neste momento difícil de estresse e perda dos seus colegas de trabalho, suspensão de direitos trabalhistas como contagem de triênios, licença prêmio, perda de adicional noturno para os profissionais com afastamento por doenças crônicas ou Covid” (Enfermeira, sexo feminino, entre 40-59 anos)

“Mesmo não sendo o meu caso me revolta ver profissionais de saúde trabalhando sem plano de carreira, baixa remuneração e principalmente sem vínculo empregatício” (Fisioterapeuta, sexo masculino, até 39 anos)

“Com todo cuidado que a situação da Covid exige comigo mesma, família e pacientes, o Ministério da Saúde demitiu a mim e aos meus colegas, eu tinha esse trabalho, o contrato não contempla rescisão, o nervosismo pelo desemprego contribui ainda mais ao estresse” (Técnica ou auxiliar de enfermagem, sexo feminino, entre 40-59 anos)

“Grande estresse por ausência de férias no SUS SES (Médico, sexo feminino, entre 40-59 anos)

“A escala ficando apertada pois vários colegas se afastando por COVID no mesmo período, as colegas do vínculo fundação saúde foram remanejadas para outros hospitais depois quase perdemos 2 colegas e amigas do vínculo nerj ameaçaram as demitir” (Nutricionista, sexo feminino, até 39 anos)

“Extremamente exausta e pouco valorizada por nossos superiores, infelizmente não há qualquer direito para nós médicos, frequentemente nem mesmo a remuneração programada isso é frequente e desanimador piora a nossa saúde mental já deteriorada pelo dia a dia de trabalho” (Médico, sexo feminino, até 39 anos)

Houve destaque da falta de suporte, desrespeito e desvalorização dos profissionais de saúde no seu exercício laboral:

“Me sinto exposta e ao mesmo tempo desvalorizada abro mão de ficar no meu lar e com minha família e amigos para poupar eles e também poupar meus pacientes e não sou nem remunerada decentemente, frustrada, cansada e estressada parece que nunca vai passar” (Enfermeiro, sexo feminino, até 39 anos)

“Como profissional de saúde e tendo passado por um momento difícil de contaminação e internação em UTI me sinto abandonada e sem interesse público em relação a nossa classe profissional” (Enfermeiro, sexo feminino, entre 40-59 anos)

“Devido a baixa dos atendimentos pediátricos fui dispensado estou desempregado desde maio” (Médico, sexo masculino, 60≥ anos)

“Falta tudo no meu hospital que é federal, mas virou referência covid, faltam exames laboratoriais simples, monitores de atendimento não covid” (Médico, sexo feminino, entre 40-59 anos)

“Me sinto incapaz de melhorar as deficiências que observo na saúde na falta de respeito com os profissionais quer no setor público ou no setor privado a



valorização não é real agora nem antes e não vejo possibilidades de mudança”  
(Médico, sexo feminino, entre 40-59 anos)

Várias falas dos participantes destacaram vulnerabilidade, falta de treinamento, de EPI, de testagem, de apoio no transporte para o trabalho e desamparo das instituições:

“No meu entender a questão das informações e treinamento sobre o covid onde trabalho foi o ponto crucial que levou a contaminação de colegas e a questão do fornecimento tardio dos epi” (Nutricionista, sexo feminino, entre 40-59 anos)

“Me sinto vulnerável sem ajuda tanto da instituição a qual trabalho quanto psicológica”(Enfermeiro, feminino, até 39 anos)

“Peguei covid no início em abril, as duas instituições que trabalho não me testaram” (Enfermeiro, sexo feminino, até 39 anos)

“Me sinto extremamente estressada devido a dificuldades em locomoção para o trabalho e não vejo a instituição que trabalho se esforçando para ajuda com algumas exceções” (Técnico ou auxiliar de enfermagem, sexo feminino, entre 40-59 anos)

“Na rede privada tenho EPI adequado, na rede pública não tento EPI para trabalhar preciso levar todo o meu EPI para ter alguma segurança no atendimento odontológico” (Odontólogo, sexo masculino, entre 40-59 anos,)

“Como profissional de saúde me sinto desrespeitada por não ter acesso a epi devidamente, é tudo no improviso de péssima qualidade” (Técnico ou auxiliar de enfermagem, sexo feminino, entre 40-59 anos)

As mudanças nas rotinas de trabalho, a falta de protocolos fez com que os profissionais se sentirem estressados.

“O maior estresse é a falta de protocolo mundial, cada médico prescreve como acha melhor dentro de uma instituição pública, fica difícil padronizar por causa da alta rotatividade desses profissionais principalmente (Farmacêutico, sexo feminino, até 39 anos)

“Insegura, pois a assistência médica é incerta cada médico ou instituição trata como acha que deve não há um protocolo a ser seguido de acordo com os

estágios da doença os remédios são difíceis e os testes mais ainda” (Técnico ou auxiliar de enfermagem, sexo feminino, entre 40-59 anos)

“Nos sentimos inseguros e com medo por nós e pelas pessoas do nosso convívio, um nível de estresse alto por sobrecarga de trabalho e uma ansiedade que acabe logo tudo isso e voltemos as atividades normais” (Enfermeiro, sexo feminino, até 39 anos)

“Na parte profissional houve muita sobrecarga por conta da ausência de muitos profissionais de saúde afastados e também creio eu pelo medo inerente ao covid levando a muitas reclamações dos profissionais de saúde e estresse para Resolução dos problemas tentando atender a todos minimamente” (Médico, sexo feminino, entre 40-59 anos)

“Tenho percebido que a mudança radical do cenário não foi o problema e, sim, o volume de demandas de atendimento e a tensão dos pacientes mesmo quando apresentavam quadros leves” (Médica, sexo feminino, entre 40-59 anos)

Falta de cuidado e zelo com os profissionais de saúde, gerando uma sensação de abandono:

“Após manipulação dos referidos pacientes, profissionais contaminados são afastado sem nenhum suporte da chefia e da direção, em oferecer ajuda ou pelo menos ligar para saber do quadro, a única preocupação era a diminuição dos profissionais” (Enfermeiro, sexo feminino, entre 40-59 anos)

“A falta de informação para a equipe dos profissionais afastados por covid a não informação sobre os resultados de covid das pacientes na admissão em trabalho de parto e cesáreas”( Enfermeiro, sexo feminino, entre 40-59 anos,)

“Após suspeitas eram transferidos para cti ou isolamento social e a chefia sempre omitindo o resultado do covid alegando ser negativo e vários profissionais sendo afastados por covid apos manipulação dos referidos pacientes”( Enfermeiro, sexo feminino, entre 40-59 anos)

Os profissionais também vivenciaram a falta de apoio para o cuidado com os filhos. Pois devido as medidas de isolamento e cuidado com os familiares, muitos destes profissionais perderam o pai da família no cuidado com os filhos:

“Foi muito difícil passar por esse período sozinha, com dois filhos, trabalho muito, com ajuda apenas da minha babá, longe dos meus pais, irmãos e amigos” (Médica, sexo feminino, entre 40-59 anos)

“Estamos em um momento que muitas das vezes não conseguimos proporcionar uma saúde mental ideal para nossos filhos, um dilema envolve o convívio entre pais e avós. Ou seus filhos ficam com eles sem você, ou fica com você e sem eles. Não encontramos quem cuide dos nossos filhos.” (Fisioterapeuta, sexo feminino, até 39 anos)

Dessa maneira verificou-se que esta classe trouxe o universo laboral dos profissionais da saúde com ênfase na sobrecarga de trabalho, falta de EPIs, de informações precisas, de suporte, de proteção, de apoio e o desrespeito com questões trabalhistas.

### **5.3.3. Classe 3 – Sentimento de impotência, necessidade de políticas públicas e ações governamentais**

O conteúdo desta classe está agrupado em torno das palavras= impotente ( $\chi^2=54,0$ ), governante ( $\chi^2=47,6$ ), necessário ( $\chi^2=41,2$ ), situação ( $\chi^2=40,0$ ) e preocupado ( $\chi^2=37,1$ ). A idade  $60 \geq$  anos apresentou p-valor=0,02 e a profissão farmacêutico p-valor=0,03 o que representa significância estatística para estas variáveis dentro da classe 3. Caracteriza-se por um grupo de profissional com idade mais avançada, que já vivenciou outros momentos críticos na saúde pública nacional, mas que não comparam esta pandemia a outras situações complexas já vivenciadas no país. As categorias profissionais que tiveram maior participação foram os médico (45%), enfermeiro (21%), fisioterapeuta (8%), psicólogo (5%), técnico ou auxiliar de enfermagem (5%), biólogo/biomédico( 4%), farmacêutico (4%) e odontólogo (4%).

Ressaltou-se ainda, a apreensão dos profissionais de saúde não só com sua categoria profissional, mas principalmente com o desgoverno e falta de um norte, de um direcionamento diante da pandemia da COVID-19.

Os ST expressos pelos profissionais apontam sentimentos de preocupação e insatisfação pela falta de apoio de gestores:

“Preocupada com o desgoverno que o país está passando e as inúmeras mortes que poderiam ter sido evitadas” (Psicóloga, sexo feminino, 60≥ anos).

“Sinto me fadigada e insatisfeita com a situação mundial, pior ainda quando instituições usam de política para prejudicar o povo e os deixar mais assustados” (Médico, sexo feminino, até 39 anos)

“Ainda estou muito preocupado com as consequências de saúde da população e como a economia irá se comportar (Fisioterapeuta, sexo masculino, até 39 anos)

Há também um sentimento de impotência mediante a questão macro política gerada pela pandemia que afeta diretamente a população e o profissional.

“Me sinto impotente com as situações geradas pela pandemia, frustrada com os governantes e as políticas de saúde” (Enfermeiro, sexo feminino, entre 40-59 anos)

“Impotente e triste pela política de saúde ineficaz e corrupta a nível federal, nível estadual e nível municipal, negacionismo, negligência com a população” (Médica, sexo feminino, 60≥ anos)

“Impotente e com raiva dos governantes” (Médico, sexo feminino, entre 40-59 anos)

“Impotente frente às incertezas” (Odontólogo, sexo feminino, entre 40-59 anos)

“Impotente e triste de perceber que não temos luz no final do túnel cada vez mais longo” (Médico, sexo feminino, 60≥ anos)

“Me sinto impotente e preocupada” (Médico, sexo feminino, entre 40-59 anos)

Relatos de alguns profissionais de saúde trouxeram a percepção de que a pandemia estava fora de controle:

“Sinto que a situação da pandemia no país está fora de controle há muitos meses e a população sem esclarecimentos suficientes por parte das três esferas governamentais, há muita desinformação a imprensa oficial especialistas e pesquisadores têm suprido em parte essa lacuna” (Médico, sexo feminino, 60 anos ou mais)

“Sinto que a situação está fora de controle” (Médico, mulher, 60≥ anos)

A imagem construída, antes da pandemia, pelas lideranças, governantes e autoridades responsáveis pela gestão pública do país foi afetada na pandemia:

“Ver tanto descaso de autoridades que se demonstram inerte a tantas situações e não olham para quem de fato necessita de um olhar diferenciado e atenção agindo com descaso com tantas desinformações sem contar com tanta corrupção, deixando que assim tantas pessoas fossem a óbitos sem a menor chance de tratamento” (Técnico ou auxiliar de enfermagem, sexo feminino, entre 40-59 anos)

“Me sinto como se estivéssemos sozinhos tendo que lutar com um vírus por nossa conta e risco num país onde os governantes não estão nem um pouco preocupados ainda bem que nós temos a Fiocruz que está nessa batalha incansável por vacina eficaz” (Técnico Ou Auxiliar De Enfermagem, sexo feminino, entre 40-59 anos)

“Me sinto insegura e às vezes assustada principalmente com a questão política que se encontra o país que os governantes roubam durante essa pandemia, não incentivam a educação e a ciência” (Enfermeiro, sexo feminino, entre 40-59 anos)

“Estou triste em ver nosso país sem um ministro da saúde competente alguém com formação vem saúde pública não temos medidas concretas e uniformes estou triste por ter perdido vários colegas de turma faço minha parte tentando ajudar superando as dificuldades e com cautela”(Médico, sexo masculino, 60≥ anos)

“Estávamos à toa sendo que eu tinha que planejar previamente uma terapia para cada um deles, enfim foi muito estresse o atendimento, ainda mais

quando associamos com o estresse de ter que se expor novamente aí que o balde entornou” (Fonoaudiólogo, sexo feminino, até 39 anos)

Houve registros de profissionais que se sentiam privilegiados em poder cuidar de pacientes COVID:

“Eu sinceramente me sinto privilegiada em poder contribuir na assistência aos pacientes internados com covid, ajudando na sua recuperação através dos medicamentos administrados prescritos e também poder conversar com os mesmos passando positividade e confiança para eles” (Técnico ou auxiliar de enfermagem, sexo feminino, entre 40-59 anos)

“Neste momento de pandemia me sinto abençoada por Deus e grata pois durante todo o período da pandemia trabalhei, coordenei uma equipe de trabalho nos fortalecendo uns aos outros em cada plantão mesmo tendo a perda de um membro da equipe que foi impactante e confiantes na recuperação dos que foram acometidos pela doença e se recuperaram” (Enfermeiro, sexo feminino, entre 40-59 anos)

“Sinto feliz por ter ajudado salvar algumas vidas e extrema frustração da falta de respeito dos governantes não pagarem nossos salários triste realidade” (Fisioterapeuta, sexo feminino, entre 40-59 anos)

Os profissionais se sentiam perdido, com a falta de informações esclarecedoras e científicas por parte do governo:

“Me sentindo assustada por saber tão pouco sobre essa pandemia, a não encontrando suporte científico mais específico e confiável, pois o que mais me assusta é o jogo de interesses pessoais e dos governantes no que tange a saúde mundial” (Médico, sexo feminino, 60≥ anos)

“Sinto que a situação da pandemia no país está fora de controle há muitos meses e a população sem esclarecimentos suficientes por parte das três esferas governamentais há muita desinformação a imprensa oficial especialistas e pesquisadores têm suprido em parte essa lacuna”( Médico, sexo feminino, 60≥ anos)

“Não segue as normas colocando em risco a própria vida e dos outros também tem as informações desencontradas que deixa a população perdida sem saber

o que é real e o que é fake governantes agindo de má intenção muito triste essa situação”(Técnico ou auxiliar de enfermagem, sexo feminino, entre 40-59 anos)

Esta classe ressalta a apreensão dos profissionais de saúde não só com sua categoria profissional, mas principalmente com as repercussões de um desgoverno e principalmente de falta de um norte, de um direcionamento diante da pandemia da COVID-19. Caracteriza-se por um grupo de profissional com mais idade que já vivenciaram outros momentos críticos na saúde, mas que pouco se compara com a situação atual de enfrentamento de um risco sem amparo e liderança política.

#### **5.3.4. Classe 4 – Cansaço e exaustão emocional na pandemia**

Os léxicos mais frequentes nesta classe: cansado ( $\chi^2= 239,4$ ), exausto ( $\chi^2= 38,1$ ), inseguro ( $\chi^2= 28,3$ ), perspectiva ( $\chi^2= 27,5$ ) e esgotado ( $\chi^2= 20,5$ ). O qui-quadrado foi significativo para os termos mentalmente ( $p\text{-valor}<0,0001$ ) e fisicamente ( $p\text{-valor}=0,02$ ) o que representa grande associação destes termos com as demais palavras da classe.

Notou-se ao caracterizar a classe, que os profissionais que tiveram maior destaque foram os médicos (43%), técnico ou auxiliar de enfermagem (18%), enfermeiros (13%), psicólogos (8%) e fisioterapeuta (7%). Houve predomínio do sexo feminino (92%) e da idade entre 40-59 anos.

O conteúdo desta classe destaca tanto o comprometimento físico quanto emocional no exercício laboral dos profissionais de saúde da linha de frente. Ressalta o cansaço, angústia, exaustão e esgotamento físico causado pela pandemia:

“Me sinto cansada e estressada porque trabalho durante todo o tempo, não consigo enxergar o fim da pandemia e reinício de um novo normal” (Médica, sexo feminino, entre 40-59 anos)

“Cansada e angustiada” (Assistente social, sexo feminino, até 39 anos)

“Por vezes cansada por trabalho fora do horário convencional devido à necessidade do uso da internet para a qual os setores públicos não fornecem os instrumentos necessários” (Médico, sexo feminino, entre 40-59 anos)

“Cansada e sobrecarregada” (Médico, sexo feminino, entre 40-59 anos)

“Me sinto desestimulada, cansada, mentalmente e fisicamente, é desgastante lidar com mais esse problema e a falta de empatia do outro para comigo” (Enfermeiro, sexo feminino, até 39 anos)

“Apavorada, sem esperança muito cansada” (Técnico ou auxiliar de enfermagem, sexo feminino, entre 40-59 anos)

“Me sinto cansada” (Fisioterapeuta, sexo feminino, entre 40-59 anos,)

“Me sinto cansada como se estivesse em alerta constante o que junto com as demandas do trabalho e necessidade de cuidados com limpeza alimentação e outros, comprometeu muito a qualidade do meu sono sendo necessário o uso de medicamentos prescrito por psiquiatra” (Psicólogo, sexo feminino, entre 40-59 anos)

“Muito cansada” (Psicóloga, sexo feminino, entre 40-59 anos)

“Cansada” (Odontólogo, sexo feminino, 60≥ anos)

O enfoque das falas dos participantes ultrapassa a questão física e mental, traz uma constatação de que não há perspectivas de futuro, de esperança. Os trechos a seguir demonstram esse contexto:

“Me sinto exausta extremamente cansada e sem perspectiva de que sairemos melhores a ausência de uma política pública articulada em os três poderes contribui para que haja uma sensação de que não iremos sair disto nunca” (Psicólogo, sexo feminino, até 39 anos).

“Muito confusa em relação ao futuro” (Técnico ou auxiliar de enfermagem, sexo feminino, até 39 anos)

“Me sinto sem objetivo futuro” (Fisioterapeuta, sexo feminino, entre 40-59 anos)



“Sem perspectiva futura” (Terapeuta ocupacional, sexo feminino, 60≥ anos)

“Muito angustiada, sem perspectivas visto como a saúde está sendo tratada com descaso” (Enfermeiro, sexo feminino, entre 40-59 anos)

“Me sinto triste, com a falta de perspectiva de melhora” (Nutricionista, sexo feminino, até 39 anos)

Tais achados denotam o acometimento do profissional de saúde, em todas as esferas que o constitui, e este fato ainda é agravado pela falta de perspectiva futura. Simbolizando uma luta sem previsão de fim, o que conseqüentemente gera desestímulo, angústia e sentimentos depressivos nesta classe profissional.

Olhando as distribuições das categorias profissionais pelas quatro classes geradas pelo IRaMuTeQ, na análise da Classificação Hierárquica Descendente identificou-se que não houve uma grande diferença na ordem de ocorrência das categorias entre as classes, isso indica que o agrupamento se deu em detrimento da categoria profissional, ou seja, essa característica não era uma questão significativa.

#### 5.4. ÁRVORES DE SIMILITUDE

A análise de similitude agrupa um conjunto de informações interligadas, e são representadas em formato de árvore, com ramificações. A representatividade da árvore de similitude (figura 24) auxilia na interpretação dos resultados apresentados na CHD (figura 23). Com a análise, foram expostas, de modo espacial, as evocações do *corpus* textual, ou seja, os vocábulos que tiveram maior grau e força de conexão entre si foram retratados na árvore.

É possível verificar, na figura 24, a formação de quatro grupos de comunidades. O termo “medo” aparece no centro, ou seja, este foi o principal léxico que contribuiu para o entendimento da percepção do profissional de saúde em meio à pandemia. Quando o termo “medo”, que possui a maior força de conectividade,



Para melhor utilizar o recurso da análise de similitude, gerou-se, também, a partir do *software* IRaMuTeQ, uma árvore de similitude para cada classe apresentada na Classificação Hierárquica Descendente.

Na figura 25, nota-se que as palavras medo, pessoa e pandemia são os principais léxicos apresentados na classe 1. Evidencia-se uma forte conexão da palavra medo com a família, filho, amigo, passar (transmitir), covid, doença, inseguro e morrer. O medo de contaminação e transmissão do vírus SARS-Cov-2 para os entes e amigos teve destaque na classe 1. No outro extremo da árvore de similitude, está a palavra pandemia que se relaciona com sentimentos de tristeza, ansiedade, ajuda e controle, remetendo aos sentimentos vivenciados pelos profissionais de saúde durante a disseminação do vírus. Assim, identifica-se a formação de dois eixos principais cuja conexão entre as extremidades é realizada pela palavra pessoa. Demonstra como as relações pessoais estabelecidas pelos profissionais de saúde, dentro e fora do ambiente hospitalar, detiveram forte repercussão na vida dos profissionais em meio à pandemia.

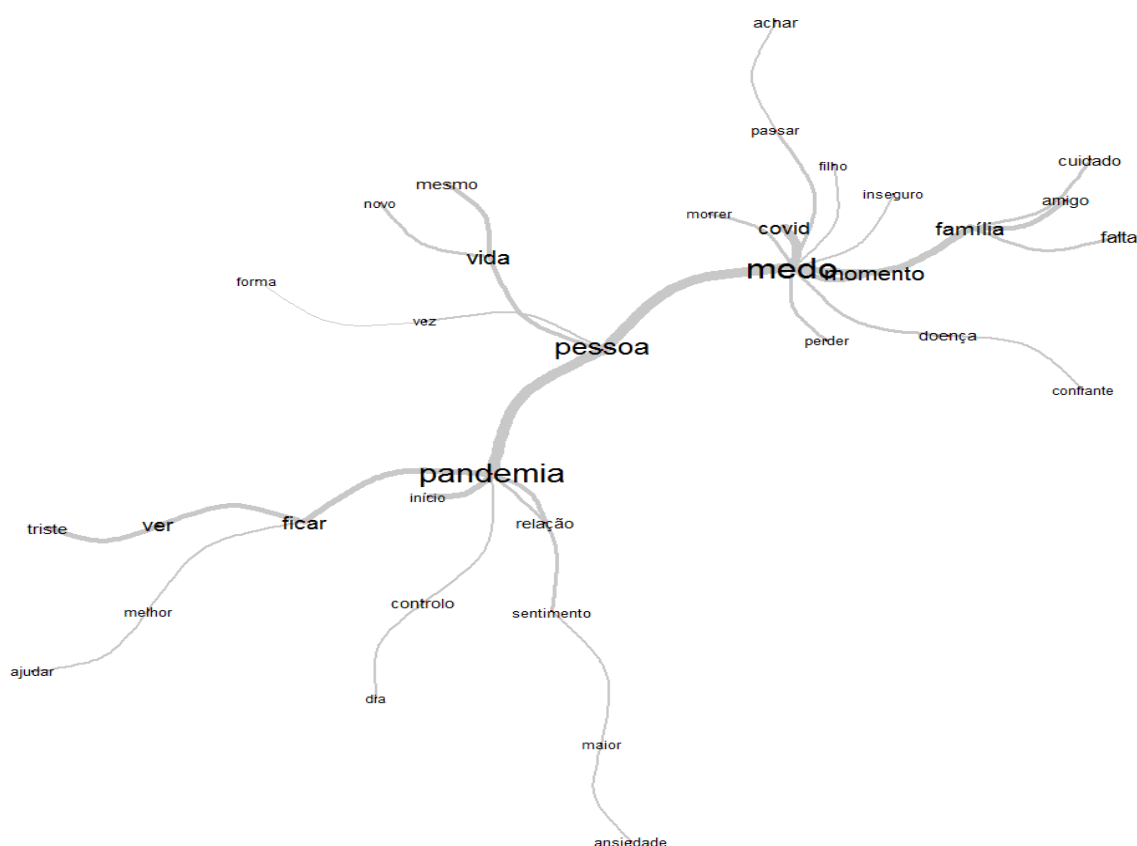


Figura 25 - Árvore de similitude da Classe 1: O medo dos profissionais de adoecer e contaminar familiares/amigos.

Fonte: Projeto COVID-19Pro (2020). Rio de Janeiro – Brasil, 2020. (N=554).

A análise de similitude da classe 2 representada na figura 26, destaca a palavra “trabalho” que apresenta expressiva conectividade com 4 eixos periféricos. Nota-se que o “trabalho” está associado ao sentir, passando por questões de relacionamento social como o isolamento e a falta dos amigos e da família. Os profissionais de saúde tiveram que aderir às medidas de isolamento para proteger seus entes queridos. O “trabalho” também está relacionado ao termo estresse, que demonstra que estes profissionais ultrapassaram o limiar de tolerância a agressões externa. O outro ramo da árvore de similitude resgata o cenário familiar, destacando a figura dos filhos, trazendo as dificuldades vividas por estes profissionais para enfrentar difíceis questões laborais e conciliá-las com a família. Ainda nesse eixo, nota-se que o termo trabalho também está ligado à palavra COVID relacionando a doença e o vínculo com o paciente. Do mesmo modo, trazem à tona o contexto do ambiente hospitalar, perdas de colegas de trabalho e preocupação com sintomas.

Verifica-se nesta análise o destaque do “trabalho” como o centro das relações e conectividade de seus participantes. Em seguida emergiram o estresse e as repercussões da COVID-19. Há o destaque também para aspectos oriundos do ambiente hospitalar, como o atendimento aos pacientes, ao convívio com pessoas sintomáticas, com outros colegas de profissão que também sentem o estresse diário. As experiências da prática profissional são extrapoladas para fora do muro hospitalar, mantendo medidas como o afastamento, distanciamento social, cumprimento de medidas dentro e fora dos estabelecimentos de saúde.

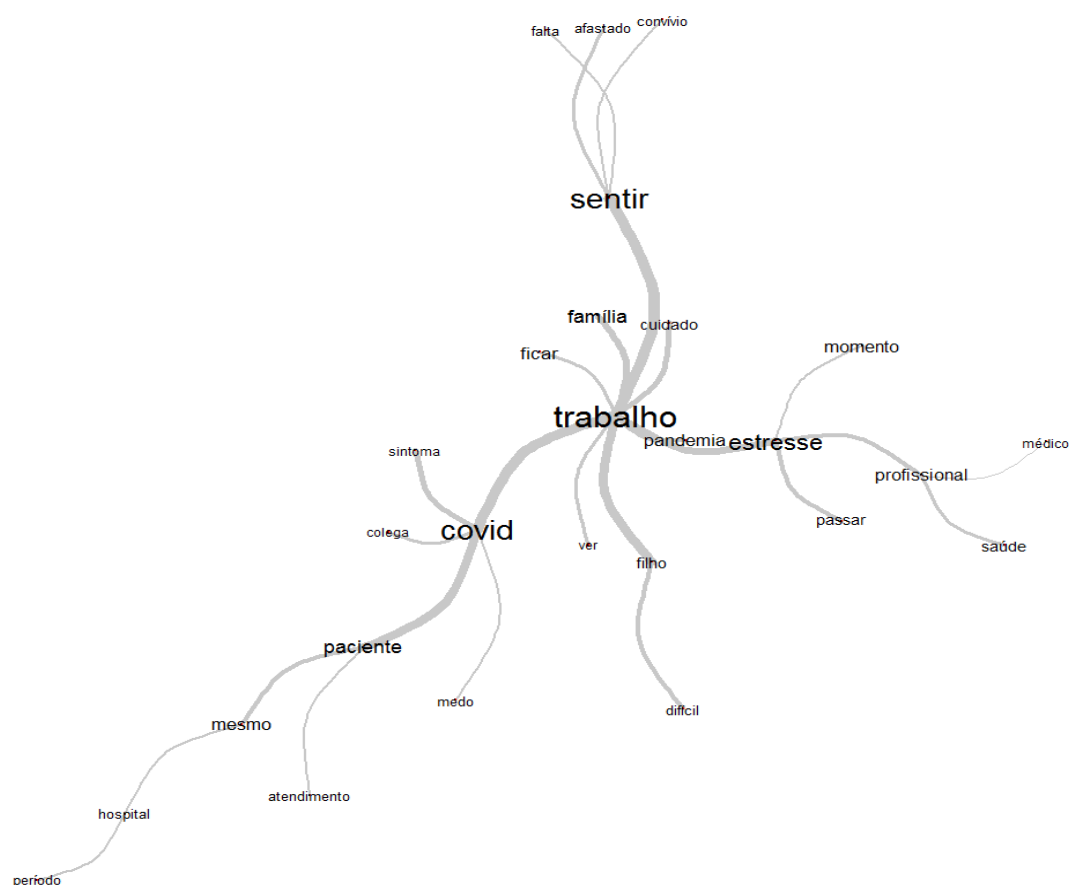


Figura 26 - Árvore de similitude da Classe 2: Questões laborais.  
 Fonte: Projeto COVID-19Pro (2020). Rio de Janeiro – Brasil, 2020. (N=554).

A partir da análise de similitude dos dados da classe 3, gerou-se uma árvore que exprime uma conexão da palavra impotente com o sentimento de tristeza (Figura 27). Há conexão do eixo central, através de um ramo periférico, até o termo *necessário* transpassando pela palavra vacina e esperança. Outro ramo importante reproduz a tristeza e a preocupação com menção à saúde da população e aos governantes. Há ainda um ramo periférico que traduz a percepção de tranquilidade do profissional de saúde, apesar do número de casos da COVID estar aumentando. E por fim, uma discreta ramificação que enfatiza a preocupação com a situação atual do país e o desconhecimento de um modo eficaz para agir que não prejudique e nem aumente a propagação da doença.

A árvore apresentada na figura 27 remete a sensação de impotência diante dos governantes e que geram sentimentos de preocupação e ao mesmo tempo uma busca por esperança, vislumbrada na vacina. Torna-se importante destacar a compreensão do sentimento de impotência dos profissionais de saúde diante do aumento do número de casos, e da necessidade de investimentos rápidos para o controle da pandemia, e principalmente da urgência da vacina para todos. A árvore de similitude desta classe mostrou uma conexão entre a impotência, tristeza, situação de aumento do número de casos, preocupação e necessidade de vacina.

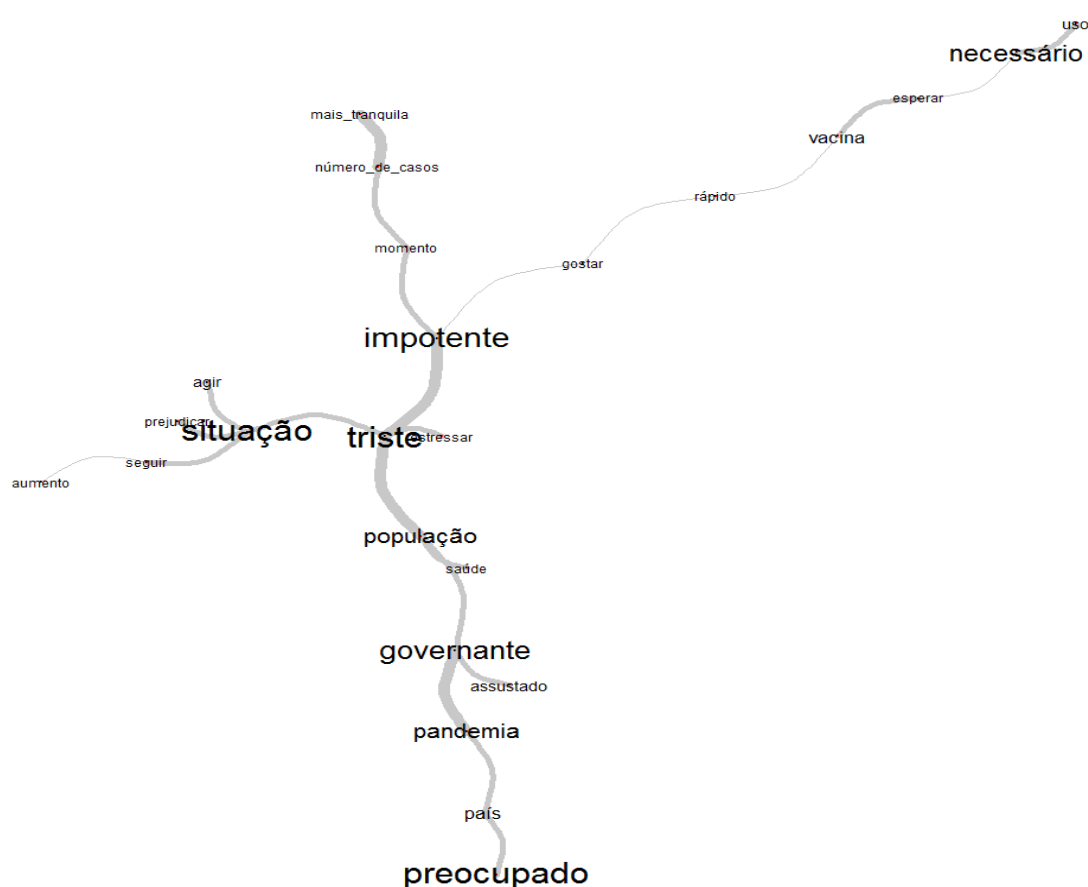


Figura 27 - Árvore de similitude da Classe 3: Sentimento de impotência e necessidade de políticas e ações governamentais.  
Fonte: Projeto COVID-19Pro (2020). Rio de Janeiro – Brasil, 2020. (N=554).

A figura 28, apresenta a árvore de similitude acerca da classe 4, mostra o termo central “cansado” na parte inferior da figura, o qual é o principal *lexo* que contribui para o processo de entendimento do acometimento físico dos profissionais de saúde. Foi possível verificar o termo cansado conectado com medo, estresse, sobrecarga, esperança, esgotado, exaustão, sentimento de insegurança e falta de perspectiva. Expressa o sentimento dos profissionais quanto às repercussões negativas tanto no físico quanto no emocional no enfrentamento da pandemia da COVID-19.

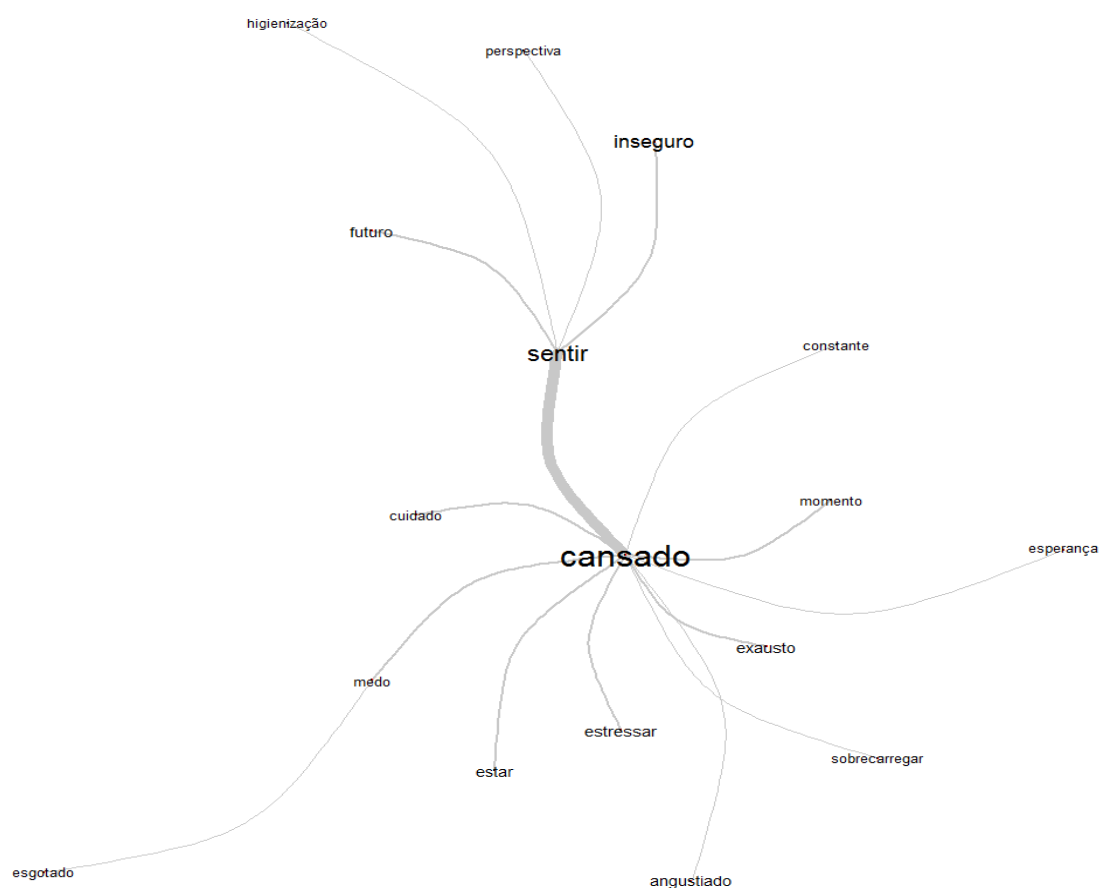


Figura 28 - Árvore de similitude da Classe 4: Cansaço e exaustão emocional na pandemia.

Fonte: Projeto COVID-19Pro (2020). Rio de Janeiro – Brasil, 2020. (N=554).





O destaque da palavra “trabalho”, nesta nuvem de palavras, reflete o envolvimento dos profissionais de saúde, durante a pandemia, em seu exercício laboral. Os dados permitiram identificar que os profissionais vivenciaram ao longo da pandemia da COVID-19, uma mistura de emoções e sentimentos como medo, cansaço, tristeza, estresse e insegurança. O trabalho foi a origem da expressão de diferentes experiências da pandemia abrangendo o contexto familiar, afetivo, emocional e físico, extrapolando da esfera individual/laboral para a global. A recorrência desses termos permitiu identificar os principais desafios vivenciados por esta classe profissional.

## 6. DISCUSSÃO

As análises suscitaram que os profissionais de saúde, atuantes na pandemia da COVID-19, vivenciaram medo, desvalorização profissional, estresse, insegurança, preocupação, desmotivação, impotência, esgotamento físico e emocional, entre outros sentimentos. Na busca de melhor compreender o objeto da pesquisa, iremos nos apropriar dos conceitos de Pierre Bourdieu para encadear as discussões.

Os resultados destacaram o medo de se infectar e transmitir o vírus à família como o sentimento predominante nos profissionais de saúde e bem destacado na classe 1. O medo associado ao vírus, às incertezas quanto ao seu manejo, aos desdobramentos de sua disseminação e às repercussões na saúde mundial foram enfatizados, principalmente, no início da pandemia (130).

As diferentes categorias profissionais, da área da saúde, apesar de possuírem um capital cultural institucionalizado diferenciado, relataram medo em situações similares dentro do campo de atuação e no contexto familiar.

Em epidemias anteriores, como a causada pelo vírus HIV-1 (na década de 80), a população também apresentou medo de adoecer, principalmente porque naquela época não havia antivirais eficazes (129). Os profissionais de saúde apresentavam medo do contágio e da infecção pelo HIV, particularmente na exposição ocupacional (132). Outras epidemias, inclusive da influenza A H1N1 (2009) e da SARS-CoV-1 (2003) geraram repercussão nos profissionais após exposição, como o medo do adoecimento (42).

A pandemia atual da COVID-19 tornou-se uma calamidade que afetou diretamente a saúde, as condições de vida de milhões de pessoas, a economia e a organização de diferentes países. Nos dois anos de permanência da pandemia (de janeiro de 2020 a 2022) foram registrados 388 milhões de casos da COVID-19 no mundo e 26 milhões no Brasil, correspondendo a 6,7% de todos os casos. Neste período registrou-se 5,71 milhões de óbitos por COVID-19 no mundo e mais de 630 mil apenas no Brasil, equivalendo a 11% do total. Enquanto no mundo a mortalidade

por milhão de habitantes era de 720 casos, no Brasil era de 2.932, ou seja, quatro vezes maior que no resto do mundo (92).

O presente estudo foi realizado do Rio de Janeiro, cenário de uma série de escândalos pelos quais o estado e mesmo o município carioca passaram durante a pandemia. O *impeachment* do governador Wilson Witzel em maio de 2021, além de investigações de suposto esquema de corrupção, fraude à licitação e desvios de recursos públicos em processos de compra de equipamentos de respiração assistida para suporte aos pacientes com COVID-19, foram alguns dos destaques estaduais(133, 134).

A nível nacional, observou-se que a pandemia ampliou a vulnerabilidade nos diferentes territórios e populações (92). A dificuldade do governo em programar políticas públicas nacionais capazes de prevenir crises ou mitigar suas consequências comprometeu o desenvolvimento do país na pandemia (LIPSCY, 2020). A descoordenação do governo federal, diante da pandemia afetou a comunicação entre os diferentes poderes impedindo uma resposta oportuna e imediata às demandas do sistema de saúde e da população.

O governo federal, na figura do presidente, caracterizou-se por um negacionismo científico, com propostas impositivas e autoritárias, com um discurso anti-razão e anticiência, de conteúdo religioso e militarista, gerando uma violência simbólica direta aos profissionais de saúde que estavam na linha de frente do cuidado. Esta liderança contribuiu para manter as taxas de mortalidade relativamente altas e crescentes do Brasil, no ano de 2020 (135).

Os profissionais de saúde desenvolveram novas habilidades ao atuarem no contexto da pandemia. Porém, discursos do representante da república, como: uma “gripezinha” (em 20 de março de 2020), “E daí, quer que eu faça o que?” (28 de abril 2020), “É como uma chuva, vai atingir você” (em 7 de julho 2020), “Se tomar vacina e virar jacaré não tenho nada a ver com isso” (17 de dezembro de 2021) (136), depreciavam os impactos da COVID-19, os esforços e os conhecimentos aplicados por profissionais dedicados no combate do vírus SARS-Cov-2. A tentativa de desqualificar as medidas orientadas pela ciência e pelos profissionais de saúde poderia corresponder a uma necessidade de legitimação do domínio do representante da república, na condução da pandemia.

A negação da ciência, o menosprezo, a ridicularização e, particularmente, o não reconhecimento do profissional de saúde, como sujeito dedicado ao cuidado e exposto ao vírus, imputou uma forma de violência simbólica a esta categoria. Os profissionais da saúde não foram reconhecidos pelo seu trabalho. Destacaram-se sentimento de frustração e abandono que perpassaram por diferentes categorias profissionais.

A desvalorização dos profissionais da saúde é real. Um exemplo triste deste desprestígio está na não aprovação do piso salarial da enfermagem. Esta categoria foi a mais atingida na pandemia, porém permanece sem direito a um salário justo. O próprio ministro do Supremo Tribunal Federal (STF) que considerou inexecutável a aprovação do piso salarial da enfermagem e suspendeu a Lei 14.434/22 que aprovaria o piso salarial nacional de R\$ 4.750 para os enfermeiros e valores escalonados para outras categorias como técnicos de enfermagem, auxiliares e parteiras (137, 138). Considerar justa a valorização desses profissionais, mas, não permitir acesso a uma segurança salarial, é frustrante.

Houve registro de profissionais que permaneceram exercendo seu ofício, mesmo em detrimento de seus próprios medos, comorbidades e perdas. Este comprometimento com o cuidar da vida é oriundo do *habitus* adquirido ao longo da trajetória de vida e profissional. O profissional de saúde, por seu *habitus* incorporado, sentia-se responsável por continuar no campo por ele ocupado.

Enfim, a classe 1 resgata o medo comum as diferentes categorias profissionais de contaminação e de transmissão do vírus SARS-Cov-2. Evidencia também a desvalorização desses profissionais no contexto da pandemia. Estes dois sentimentos centrais da classe foram fatores estressores no exercício laboral. O *habitus* foi um determinante para a permanência do profissional no campo. As diferenças de capital não interferiram na vivência desses sentimentos entre as distintas categorias profissionais durante a pandemia da COVID-19.

Os achados da classe 2 evidenciam o desrespeito dos direitos trabalhistas, a sobrecarga do sistema de saúde e a exposição prolongada a fatores estressores. O crescente número de casos de SARS-CoV-2, no Brasil, ocasionou maior necessidade de hospitalização de pacientes. A crise do Sistema Único de Saúde (SUS) preexistente foi agudizada com a pandemia. Os serviços de saúde que já enfrentavam falta de investimentos e cortes de financiamento ficaram mais

sobrecarregados. Em meio ao caos estrutural do sistema de saúde e da pandemia, os profissionais de saúde sofreram com o desrespeito dos direitos trabalhistas, perda de renda, falta de pagamento, baixa remuneração e desemprego.

Este último registro é uma fala de uma médica que se sentia desvalorizada. O *habitus profissional* dos médicos, em sua maioria, é estruturado a partir do reconhecimento histórico de sua profissão como algo essencial e valorizado pela sociedade. Porém, no contexto da pandemia, até mesmo alguns médicos foram desvalorizados e tiveram seus direitos trabalhistas afetados pelas instâncias governamentais

A pandemia da COVID-19 configura um dos maiores desafios sanitários em escala mundial do século XXI. Observou-se uma elevação da demanda de leitos, dificuldades com recursos humanos, profundas alterações quanto à jornada de trabalho, aumento do ritmo, de horas extras, de carga de trabalho diária e adoção de salários baixos e do *multiemprego* (36, 139). As mudanças resultantes da pandemia produziram nos profissionais de saúde insegurança e angústia, o que pode ter repercutido diretamente em sua atuação dentro do espaço social. Esperava-se valorização destes profissionais com suporte e segurança, treinamento e capacitação, além de estabilidade, melhores salários e condições de trabalho, contudo pouco foi posto em prática (140).

A falta de equipamentos de proteção individual (EPI), de protocolos unificados, de vacinas, de serviços de apoio, de capacitação de pessoal, de materiais para diagnósticos, de oxigênio, de ventiladores mecânicos para pacientes críticos, leitos hospitalares de média e alta complexidade, no início da pandemia, contribuíram para o aumento no número de casos (141). A falta de EPI também foi uma realidade comum fora do Brasil, inclusive na China, onde os profissionais de saúde relatavam falta de EPI em virtude da demanda e do aumento crescente de infecção pelo SARS-CoV-2 (142).

As condições de trabalho precárias dos profissionais da saúde podem promover a deterioração da relação profissional-paciente.

A instabilidade financeira, cortes salariais, níveis preocupantes de insegurança no trabalho, desvalorização e perda de direitos trabalhistas no auge da pandemia foram fatores de estresse mencionados em outros estudos (143, 144). A

instabilidade e as perdas financeiras foram relatadas por profissionais de saúde da linha de frente que se sentiram prejudicados por contratos de trabalho temporários, com atrasos nos pagamentos e demissões repentinas(145). As condições de trabalho, no cenário brasileiro, vêm aos poucos sendo desvalorizadas, com perda de direitos sociais e trabalhistas, com crescente aumento do desemprego, da subutilização da força de trabalho e da generalização da precarização das profissões principalmente a partir da Reforma Trabalhista de 2017 (Lei nº 13.467/2017)(146).

Nas últimas duas décadas, foram implementadas, no Brasil, mudanças importantes no ambiente de trabalho com sinais claros de assalariamento, com vinculação do salário a diversas ofertas: por plantão, por hora trabalhada, contratos curtos e temporários que geram precarização, ausência de vinculação institucional, multiemprego e insegurança no ambiente de trabalho (147). Também foram evidenciadas contratação de pessoal inexperiente para trabalhar na linha de frente da pandemia, submetidos ao risco maior de contaminação, pois não possuíam muita experiência e destreza(148).

A emergência sanitária do SARS-Cov-2 realçou o ciclo de reprodução da pobreza e das iniquidades sociais desnudando, no Brasil, o histórico descaso com as políticas públicas, incluindo a desvalorização dos trabalhadores (145, 149).

Os três últimos relatos eram de médicos. Esta categoria profissional historicamente é responsável pela função de “curar” e “salvar vidas”, funções estas afetadas pela COVID-19, não por falta de desejo ou iniciativa por parte desta categoria, mas pelo desconhecimento de como lidar com esse novo vírus e suas repercussões na saúde da população. Apesar de possuírem, em sua maioria, um amplo capital cultural institucionalizado, este não era suficiente para realizar a cura imediata e evitar a morte dos pacientes com a COVID-19. Fato este observado, principalmente no início da pandemia, onde não havia vacina e nem manejo para tratar esta doença até então desconhecida. Estes profissionais sofreram uma desarmonia entre o desejo de fornecer cuidados abrangentes aos pacientes com a COVID-19 e limitações impostas, também, a eles pelo Sistema de Saúde nacional, afetando dessa forma inclusive seu *habitus*. O ato de cuidar e curar faz parte do *habitus* desse profissional, incorporado ao longo de sua trajetória de vida e profissional.

Diversos recursos internos foram utilizados por estes profissionais na tentativa de combater o vírus e de prestar assistência aos doentes. Estes recursos provinham principalmente do capital cultural institucionalizado que remete aos títulos escolares acumulados e também oriundos do capital cultural incorporado, adquirido e internalizado através de investimentos de longa duração, que passaram a ser integrantes da pessoa (agente)(107). O capital cultural incorporado prévio a pandemia foi resgatado e aplicado pelo profissional de saúde para lidar com a situação da pandemia, no campo de atuação. Atuaram com altruísmo que é peculiar à profissão.

Na classe 2 também emergiu a questão da exposição prolongada dos profissionais de saúde a fatores de estresse. O estresse ocupacional foi percebido dentro do campo, com demandas estressoras, que excediam a habilidade de enfrentamento, e geraram reações negativas na saúde e no bem-estar dos trabalhadores. No Brasil, o estresse tem sido contínuo e ininterrupto em um contexto de saúde pública que já era insatisfatório. A pandemia tem mostrado uma grave vulnerabilidade dos profissionais de saúde, além de exposição contínua a fatores externos como riscos biológicos, econômicos e estruturais, além de fatores individuais (149, 150). A experiência de enfrentamento da COVID-19 aumentou o estresse e a ansiedade dos profissionais de saúde (151).

O estresse não é uma doença, mas uma sinalização do corpo para a transição entre a saúde e a doença (152).

As mudanças no cenário de atuação, nas rotinas de trabalho e a falta de protocolos fizeram com que os profissionais se sentissem estressados e sobrecarregados. Houve uma imposição por parte das instâncias superiores de como agir, sem ao menos explicar aos profissionais o porquê e como realizar suas funções.

O grupo de profissionais que atuou na linha de frente do cuidado era constituído por agentes sociais que em sua maior parte atuava no ambiente hospitalar. Trata-se de um espaço dinâmico e instável, onde se adquire conhecimentos pelo contato com diferentes estruturas sociais, que permite ao agente agir e evoluir com naturalidade, caracterizando o *habitus* profissional. O *habitus* profissional deste grupo foi constituído a partir de exposições repetidas às

condições próprias do ambiente hospitalar, imprimindo neles um conjunto de disposições duráveis e transferíveis interiorizadas a partir da necessidade de permanência e de se situar neste universo social (153).

O ambiente hospitalar durante a pandemia da COVID-19 constitui-se em um campo caracterizado por agentes dotados de um mesmo *habitus*. No campo ocupado, seja ele em um ambiente público ou privado foram identificadas mudanças de rotinas e imposições de poder. O poder imposto pelas instâncias federais gerou dominação no campo, em ambos os ambientes. A partir do *habitus* e do capital que cada profissional de saúde incorporou em sua trajetória social e profissional foi possível manter-se atuante no campo, na pandemia da COVID-19. Porém para os profissionais recém-formados que não tinham tanto capital acumulado, a inserção dentro de um ambiente caótico e repleto de desafios gerados pela pandemia foi desafiador e complexo.

Este ambiente (espaço social), no qual os agentes se posicionavam, foi reorganizado para atender a alta demanda exigida pela pandemia. Foram realizadas reestruturação dos serviços de saúde, exigindo interconexão entre gestão do cuidado, utilização de indicadores epidemiológicos, alterações na organização do trabalho, além da otimização de recursos humanos, de insumos e de tecnologias (154). As transformações foram realizadas para ofertar à população o melhor possível na promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, porém apresentou repercussões em múltiplas dimensões (155).

Observou-se que ao longo da pandemia aconteceram transformações das práticas assistências nos ambientes hospitalares e na rede básica, mas estas não podiam ser determinadas apenas por um ator, dependiam de múltiplos atores, incluindo a esfera local, nacional e internacional, exigindo participação e ação coordenada entre cientistas, governantes, gestores, profissionais de saúde e da população geral (139, 19).

Nas práticas em saúde, é possível implementar tecnologias, conhecimentos e habilidades que favoreçam a ampliação e a melhoria do cuidado em saúde (109). As práticas sociais emergem da conexão entre três tipos de elementos: materiais, competências e significado (156). Na pandemia da Covid-19, novas práticas foram implementadas a partir da conexão entre os elementos materiais (máscaras, álcool



gel, luvas, oxigênio, testes da COVID, vacinas), as competências (novos protocolos, novas formas de isolamento, de testagem, de técnicas de aspiração, de tecnologias de vacinas, de tratamento e de cuidados) e os significados (perdas de pacientes, familiares, amigos, medo, cansaço, angústia, sobrecarga). Novas práticas foram apresentadas pelas instâncias internacionais, algumas com duração provisória, outras que se tornaram incorporadas pelas instituições.

O agente inserido no campo foi produzindo estratégias que se mostraram ajustadas à situação de pandemia. Mesmo não sendo consciente, o agente (profissional de saúde) foi adquirindo um senso prático pela exposição continuada às situações semelhantes, e com isso foi interiorizando diferentes formas de agir (153). As estruturas que se adquiriram no campo se tornam capitais. Aqueles que passaram por treinamento e capacitação direcionada ao cuidado com o novo coronavírus tiveram a possibilidade de mudanças de ações, de práticas, e até mesmo de posição dentro do campo hospitalar em virtude de um capital novo incorporado. Nota-se que a evolução da posição ocupada pelo profissional depende do seu capital e das estratégias por ele implementadas. A busca por nova posição pode ser realizada de forma individual ou de forma coletiva por uma causa de nível macro. No caso desta tese foi identificado que os profissionais de saúde buscavam em conjunto um reconhecimento e melhores posições dentro do campo hospitalar no combate à pandemia da COVID-19, mas não houve destaque de posição de uma categoria em detrimento de outra.

Outro desafio que os profissionais de saúde enfrentaram foi a questão do cuidado infantil, principalmente porque as escolas ficaram fechadas por muito tempo no Brasil. Muitos idosos que faziam parte da rede de apoio para os profissionais de saúde, precisavam evitar o contato. Com isto, os profissionais tiveram em muitos casos que trabalhar e cuidar de seus filhos, tornando esta logística mais difíceis e complicadas (SOUADKA et al., 2020).

Os profissionais de saúde desejavam uma garantia inequívoca de que sua organização os apoiaria e a sua família também. O desejo destes profissionais era de uma liderança visível durante este período turbulento e reconhecimento do trabalho realizado(157). Mas, nossos dados apontam que este apoio não foi percebido pelos profissionais de saúde, independentemente de sua categoria profissional.

A sociedade, por sua vez, demonstrou gratidão aos profissionais de saúde, aplaudia sua atuação no enfrentamento da pandemia e os elegeram como heróis da saúde (40). O profissional ao permanecer no campo, assemelhava-se a figura de um herói que não abandona a luta, que batalha até seu limite. Porém a titulação de herói traz consigo ideias de um ser invencível e abnegado, em detrimento de discussões importantes sobre direitos e limites (158). Houve aplausos nas janelas das casas e nas ruas, no mundo, mas dentro do campo, onde as lutas eram realmente travadas diariamente, não houve percepção pelos profissionais, de reconhecimento por parte das autoridades públicas. A gratidão soa vazia se não for acompanhada de esforços para ouvir, proteger, preparar, apoiar e cuidar dos profissionais de saúde neste momento desafiador de pandemia(157). A narrativa do herói é problemática para os profissionais de saúde. Atuar no campo, como profissional de saúde, não é uma missão voluntária, mas sim um dever profissional. Esta forma de pensar e rotular os profissionais como heróis, desconfigura a imagem do profissional como competente e responsável pelo cuidado de pacientes complexos.

Verificou-se também o registro de suspensão de férias, mas vale ressaltar que pela Medida Provisória n. 927/2020<sup>2</sup> de 22 de março de 2020, em seu artigo 7º, a suspensão das férias ou das licenças não remuneradas dos profissionais da área de saúde ou daqueles que desempenham funções essenciais durante o período de calamidade pública, atende ao interesse público que se sobrepõe ao interesse individual.

Os dados da **classe 3** remetem sentimento de impotência, necessidade de políticas públicas e ações governamentais. A pandemia da COVID-19 no Brasil tornou-se um evento crítico de múltiplas proporções, tendo suas repercussões agravadas pela combinação desastrosa de um presidente caracterizado como genocida e um governo comandado pelo capital econômico (160). Este desgoverno pregava um tratamento amplamente desacreditado, com a imposição do uso da hidroxiquina, fato que ia à contramão da ciência, culminando em uma catástrofe emergente na saúde pública brasileira (161), e neste contexto o profissional se

---

<sup>2</sup> Medida Provisória Nº 927, de 22 de março de 2020. Dispõe sobre as medidas trabalhistas para enfrentamento do estado de calamidade pública e da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus(159).

sentia impotente, sem autonomia e submisso. O poder simbólico também exercido pelos dirigentes à frente das decisões sobre a pandemia foi determinado através do poder das palavras pronunciadas pelos ministros da saúde e pelo presidente da república.

Bourdieu (2004) afirma que a hierarquia simbólica reforça a hierarquia social, pela divisão entre dominantes e dominados conforme o volume e tipos de capitais acumulados. O conceito de capital já foi retratado na classe 2, mas será retomado nesta classe para reforçar a importância deste dentro do contexto laboral. O capital destes profissionais não tinha peso nas posições ocupadas, pois não era o capital que determinava a posição social destes agentes e sim a hierarquia simbólica ao qual estavam submetidos (162).

Na análise dos dados do estudo não foi observado relato de relação de poder e de dominação entre as categorias profissionais, o que poderia ter acontecido, uma vez que as categorias apresentam capitais culturais e até mesmo específicos diferenciados. Porém, foram verificados poder e hierarquia simbólica exercidos pelo Estado, que geravam uma sensação de impotência e ansiedade nos trabalhadores da saúde que estavam na linha de frente do cuidado. Os segmentos de texto expressos pelos profissionais apontavam sentimentos de preocupação e insatisfação pela falta de apoio de gestores. As principais preocupações, desta categoria, incluíam a falta de apoio institucional e a postura de algumas autoridades governamentais e funcionários do Estado que subestimavam a gravidade da pandemia. Fato este que contribuiu para a disseminação da COVID-19 e para um sentimento de insegurança, ansiedade e falta de perspectivas de um futuro melhor (143, 163).

O *habitus* incorporado na trajetória e na vivência dos profissionais de saúde permitia que estes observassem a realidade em que se encontravam e desejassem mudanças. Pois reconheciam a necessidade de transformação do quadro da saúde pública atual, mas não conseguiam, por desamparo, alterar o panorama da pandemia. Destacou-se um sentimento de impotência diante das questões políticas e governamentais.

Houve uma resposta coordenada à doença pelo Coronavírus, com a ativação em 22/01/2020 do Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública (COE-

COVID19), trazendo definições de casos, orientações para notificação, investigação laboratorial, para isolamento e transporte, além de cuidados com o paciente na atenção primária e especializada, bem como medidas de higiene **(164)**. O SUS trazia dentre vários objetivos: estabelecer mecanismos ágeis para registro dos casos, aquisição, distribuição, avaliação e monitoramento da qualidade de produtos, de equipamentos, de insumos relacionados a respostas à pandemia, além de implementação de diretrizes para minimizar o impacto e disseminação da pandemia **(164)**. Mas, na prática, não havia uma coordenação central, com isso a sensação para quem estava na ponta da assistência, era de um descontrole.

Apesar de todo o desgaste das questões laborais descritas nesta classe, alguns profissionais registraram que se sentiram privilegiados por atuar e contribuir na assistência ao paciente com covid. O profissional de saúde dentro do campo de atuação, ao cuidar de seus pacientes, também realizava trocas materiais e simbólicas, que passaram a fazer parte de seu *habitus*. Este *habitus* se fez presente no exercício laboral, mesmo com o contexto adversos da pandemia.

O sentimento de impotência, de frustração e de falta de informações fidedignas relatados nesta classe não era específico de um campo, não era restrito ao cenário público ou privado de atuação dos agentes, nem restrito a uma categoria profissional, sequer reservado aos agentes com menos capital acumulado.

Na Classe 4 ressaltou-se que a pandemia levou a um esgotamento físico dos profissionais de saúde. Vários aspectos foram problematizados, os termos cansado, exausto, esgotado e sem perspectiva foram destaques desta classe. Pelo *habitus*, o profissional de saúde, permaneceu no campo de atuação. Recorreu a todo seu capital cultural incorporado. Porém, a exposição prolongada ao SARS-Cov-2 e as repercussões da COVID-19, de forma ininterrupta, por mais de dois anos, afetou não só a parte emocional, mas também a parte física destes profissionais.

Após vivenciarem o medo, o desrespeito de direitos laborais, além de sentimento de impotência e subordinação, os profissionais de saúde perceberam-se cansados física e emocionalmente, sem perspectiva de futuro. Trabalhavam com angústia e medo de prestar cuidados em circunstâncias clínicas extraordinariamente difíceis, gerados pelo SARS-Cov-2. O trabalho, na área da saúde, transcendia os deveres ocupacionais, como uma vocação altruísta. Faltou a percepção de que a

força de trabalho dos profissionais de saúde não é um recurso ilimitado (165). Torna-se necessário destacar que são pessoas que estão atuando, que ficam cansadas e esgotadas fisicamente.

Diante da persistência dos casos e de mortes por COVID-19, notou-se desesperança nos profissionais. A desesperança é um importante fator que colabora para o sofrimento e adoecimento, além de influenciar na atuação profissional, pois leva ao prejuízo na relação com a pessoa a ser cuidada, porque o profissional passa a ter dificuldade de compreender as necessidades e particularidades do outro (166). Tal evidência detona o fato de que a proteção dos profissionais da área da saúde deve ser uma prioridade, pois qualquer sistema de saúde entrará em colapso se um grande número de profissionais se tornarem pacientes (167). Os profissionais de saúde esperavam que os líderes estivessem mobilizados, de forma contínua, persistente e trabalhando para resolver rapidamente os problemas da pandemia(157). Porém o observado foi uma frustração em todas as categorias profissionais da saúde. O enfoque das falas dos participantes traz a constatação de que não havia perspectivas de futuro, de esperança. Os trechos a seguir demonstram esse contexto:

Ao observarmos os pontos centrais das quatro classes geradas pela CHD, identificamos que convergem em uma violência simbólica direcionada da instância federal (dominadora) aos profissionais da saúde (dominados) que estavam na ponta da assistência na pandemia da COVID-19. As diferentes categorias da área da saúde, independente do *habitus* e do capital acumulado, aproximavam-se pela identificação de necessidade de mudança resolutiva no campo durante a pandemia, mas em virtude da posição ocupada de dominados, não conseguiam mudar esta realidade.

O profissional de saúde que atuou na pandemia, já possuía um *habitus* incorporado que foi adquirido ao longo de sua trajetória de vida e profissional. Nessa concepção, e resgatando o conceito de *habitus* de Bourdieu que o traduz como uma espécie de senso prático do que se deve fazer em uma dada situação, notou-se que estes profissionais exerciam suas funções laborais orientadas no desfecho “o cuidado ao paciente acometido pela COVID”, sem utilizarem estratégias conscientes, nem de uma ação mecânica. Percebe-se que, o *habitus* do profissional de saúde foi o propulsor de sua permanência no campo, o fator que o convencia a

se manter no campo, mesmo diante das adversidades e do medo do vírus SARS-CoV-2. A posição ocupada no campo normalmente é reflexo do capital acumulado. No contexto da pandemia, mesmo os profissionais de saúde, com maior capital acumulado, ocupavam a mesma posição no campo. Não foi observada distinção de posição ocupada no campo entre as diferentes categorias profissionais.

Percebeu-se que no campo, todas as práticas atendiam ao interesse de resolução das demandas dos pacientes, utilizando o capital científico acumulado e incorporado pelos agentes para enfrentamento de um vírus em comum o SARS-Cov-2.

Profissionais de diferentes categorias sofreram com o desrespeito dos direitos trabalhistas, com a falta de apoio e de proteção (profissional, pessoal e familiar) e com a exposição constante aos fatores de risco. Gerando estresse, comprometimento físico e sensação de impotência, nos profissionais de saúde. Assim entendemos que havia uma dominação imposta através de um poder externo ao campo, de uma instância federal. O poder de negar serviços, suportes, materiais, equipamentos e até mesmo vacinas se configurou como um ato gerador de violência simbólica dentro do universo da saúde pública brasileira. Esta violência não era palpável e nem física, mas real, apesar de atingir a esfera simbólica.

Na tentativa de articular as explicações discutidas, foi criado um esquema (figura 30), que agrega os sentimentos vividos pelos profissionais e traz como principal conceito a violência simbólica, evidenciada por falta de proteção, suporte e respaldo no exercício laboral dos profissionais da saúde no contexto da pandemia. A violência simbólica se configurou como eixo ao redor da qual os diferentes sentimentos foram relacionados.



Figura 30 – Vivências dos profissionais de saúde na pandemia da COVID-19

## 7. CONCLUSÃO

A pesquisa destaca o medo, a desvalorização do trabalho, a impotência vivenciada e o comprometimento físico e emocional vivenciados pelos profissionais de saúde na COVID-19. Estes sentimentos foram agravados pela percepção da demora de um direcionamento político e de implementação de medidas efetivas para minimizar e controlar a propagação do vírus SARS-Cov-2, reflexo de um desgoverno diante da pandemia.

Os profissionais de saúde, de diferentes categorias, ocuparam o mesmo campo social, e muitos persistiram em sua posição neste campo em virtude de seu *habitus* e capital. Apesar de possuírem capitais culturais institucionalizados diferentes, vivenciaram sentimentos similares no contexto da pandemia.

A análise, ainda, revelou uma exposição prolongada destes profissionais a fatores estressantes como longas horas de trabalho, uma grande quantidade de informações para gerenciar, um fluxo maciço de pacientes e instruções organizacionais em constante evolução, além de insegurança e de desvalorização no exercício laboral. Com isso, alguns destes profissionais manifestaram sinais de adoecimento físico e emocional.

A precariedade da mão de obra dos profissionais de saúde, existente antes da pandemia, foi intensificada durante a COVID-19. Esta debilidade revela entraves na execução de políticas públicas voltadas para a proteção de trabalhadores da saúde. A flexibilização da legislação trabalhista existente, no Brasil, deve ser revista e adequada aos novos tempos, protegendo os trabalhadores, em especial os profissionais de saúde, mas que haja uma proteção social para todos os tipos de trabalho. A valorização da força de trabalho e a implementação de políticas de atenção à saúde, também se configuram como ações estratégicas de suporte à saúde mental e laboral desses profissionais, independente de sua categoria profissional.

O propósito deste estudo foi avaliar a repercussão da pandemia da COVID-19 nos profissionais de saúde. Com a utilização do referencial teórico de Pierre Bourdieu foi possível interpretar os relatos das diferentes categorias profissionais



dentro de um campo dinâmico. O *habitus*, os capitais e as estratégias adotadas pelos agentes foram determinantes para a persistência e sobrevivência em meio à violência simbólica vivida por eles no campo, durante a pandemia. A violência simbólica foi exercida através de um poder simbólico imposto, externo ao campo, direcionado de uma instância superior (dominante) aos profissionais de saúde (dominados) de uma forma não tão silenciosa, mas que afetou as diferentes categorias profissionais.

À medida que foi negado suporte, condições de trabalho e recursos materiais para enfrentar a pandemia, ou até mesmo a desvalorização destes profissionais, foi exercida uma violência simbólica. Para muitos, esta violência é imperceptível, mas real, gerando limitações na classe dominada. Trata-se de uma violência suave, insensível, invisível a suas próprias vítimas, exercida essencialmente pelas vias puramente simbólicas da comunicação e do conhecimento, com ações de submissão sob os dominados. Os relatos dos profissionais explicitavam esta violência, porém nenhum descreveu a palavra “violência” em seu registro. A falta deste registro gera uma reflexão e um questionamento. Os profissionais não perceberam essa violência, apesar de vivenciarem-na durante todo o enfrentamento da pandemia. Reflete, em muitos aspectos, que as diferentes categorias profissionais vivenciam lutas simbólicas para ocupação do campo social, tornando-se o desafio da pandemia da COVID-19 mais uma luta a ser enfrentada.

Em relação ao nosso objeto de estudo: o relato dos profissionais de saúde sobre as experiências laborais vivenciadas durante a pandemia da COVID-19 no estado do Rio de Janeiro, saliento que foi rico de descrições, de sentimentos e de posicionamentos das categorias profissionais diante do enfrentamento da pandemia ainda persistente

No tocante ao objetivo principal desta pesquisa, cabe lembrar que “Avaliar a repercussão da pandemia da COVID-19 nos profissionais de saúde” nos permitiu pormenorizar fatos e vivências tão particulares e ricos de detalhes dentro do contexto da pandemia, bem exemplificados nas figuras da CHD, nuvens de palavras e nas árvores de similitude.

Os objetivos específicos também foram alcançados. Os profissionais de saúde que atuaram na pandemia caracterizaram-se predominantemente por mulheres, com idade entre 40-59 anos, que exerciam funções que exigiam formação

universitária e maciçamente constituída por médicas e enfermeiras. Os significados dos relatos dos profissionais foram caracterizados nos processamentos do software IRaMuTeQ e bem representados em suas figuras. Estas análises expuseram que as relações simbólicas estabelecidas por estes profissionais na pandemia, refletem que as diferentes categorias profissionais ao exercerem suas funções laborais vivenciaram as mesmas mazelas e uma violência simbólica não declarada, mas sutil e perversa.

Os números de casos e de óbitos de profissionais de saúde acometidos pela COVID-19, no Brasil, foram apresentados nas figuras 1 a 6, caracterizando um contexto de alta disseminação, entre estas classes, do SARS-Cov-2. Estes dados justificam principalmente o sentimento de medo destacado por todas as classes profissionais. O cansaço e da sobrecarga reflete o descaste do Sistema Único de Saúde do país.

Os dados apresentados configuram uma pequena amostra dos profissionais de saúde do estado do Rio de Janeiro que atuaram na pandemia da COVID-19. Esta parcela dos profissionais que participaram da nossa pesquisa demonstrou quanto é difícil atuar dentro de uma pandemia e acima de tudo, se manter e persistir no propósito de exercer suas responsabilidades laborais com qualidade, respeito e princípios éticos, mesmo em detrimento as suas próprias necessidades e direitos. Os resultados servem de alerta para que as autoridades em saúde além de criar normas, diretrizes e leis de assistência dentro do SUS, necessitam que estas sejam monitoradas quanto a sua execução. É prioritário cuidar dos que cuidam, zelar pelas categorias profissionais que tornam as leis possíveis de serem executadas.

Os profissionais de saúde não querem ser vistos como heróis, buscam reconhecimento real e plausível por sua atuação. Reivindicam melhores salários, carga horária, jornada de trabalho e condições de trabalho que tornem o exercício laboral menos penoso. É urgente cuidar da saúde do trabalhador.

Outro destaque desta tese foi a construção de uma linha temporal dos acontecimentos no mundo e no Brasil da COVID-19 retratados nas figuras 9, 10, 13, 14 e 15. Observando estas imagens, percebo que fiz parte desta história, tanto como pesquisadora, como enfermeira cuidando de pacientes acometidos pela COVID-19.

Por fim, conclui-se que é fundamental que os líderes de um país valorizem os profissionais da área da saúde que prestam assistência direta ao paciente. Torna-se necessário criar medidas de suporte a todas as categorias profissionais da saúde para que a assistência seja realizada em sua primazia, sem detrimento a nenhuma das partes. Reavaliar as leis trabalhistas, as condições de trabalho, a remuneração e seguranças dos profissionais e de seus familiares é algo urgente no cenário nacional. Mais que isso, que haja uma fiscalização da execução das diretrizes e medidas criadas. É válido avaliar os relatos destes profissionais, ouvir suas percepções, detectar sinais de alerta, de violência simbólica e promover uma possível intervenção precoce de apoio, configurando uma medida de cuidado em saúde para esta classe profissional.

E a cima de tudo, este estudo serve de reflexão sobre quais fatores necessitam ser trabalhados em situações de pandemia. Servindo de alerta para que as políticas de saúde quando elaboradas abranjam uma maior diversidade de aspectos de forma efetiva e sejam monitoradas durante o processo de execução.

## REFERÊNCIAS

1. Kang Y, Xu S. Comprehensive overview of COVID-19 based on current evidence. *Dermatol Ther*. 2020; 33(5):e13525.
2. Ludwig S, Zarbock A. Coronaviruses and SARS-CoV-2: A Brief Overview. *Anesth Analg*. 2020; 131(1):93–6.
3. Belfort F. Pandemias que assolaram a humanidade in BELMONTE, A. A.; MARTINEZ, L.; MARANHÃO, N. *O Direito do Trabalho na crise da COVID-19*. 1st ed. Salvador: Editora JusPodivm; 2020.
4. Cruz LM, Ministério da Saúde. NOTA TÉCNICA Nº 717/2021-CGPNI/DEIDT/SVS/MS [Internet]. Ministério da Saúde; 2021 [cited 2021 Aug 19]. Available from: [https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/maio/28/sei\\_ms-0020807492-nota-tecnica-717.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/maio/28/sei_ms-0020807492-nota-tecnica-717.pdf).
5. OPAS OPA da S, OMS OMDS. OMS declara emergência de saúde pública de importância internacional por surto de novo coronavírus [Internet]. 2020 [cited 2022 Jun 4]. Available from: <https://www.paho.org/pt/news/30-1-2020-who-declares-public-health-emergency-novel-coronavirus>.
6. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 104, DE 25 DE JANEIRO DE 2011 [Internet]. 2011 [cited 2022 Jun 4]. Available from: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104\\_25\\_01\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html).
7. Dominguez B. Alerta global: novo coronavírus é a sexta emergência em saúde pública de importância internacional declarada pela OMS. *Comunicação e Saúde*. Fiocruz/ENSP; 2020; 210:14–21.
8. Ferreira ABDH. Míni Aurélio: O Dicionário Da Língua Portuguesa. 8th ed. Curitiba: Maralto; 2020.
9. OPAS/OMS O| OP-A da S. Folha informativa sobre COVID-19 [Internet]. 2021 [cited 2021 Apr 8]. Available from: <https://www.paho.org/pt/covid19>.
10. Majumdar P, Niyogi S. SARS-CoV-2 mutations: the biological trackway towards viral fitness. *Epidemiol Infect*. 2021; 149:e110.
11. Read J, Renton J, Harrop C, Geekie J, Dowrick C. A survey of UK general practitioners about depression, antidepressants and withdrawal: implementing the 2019 Public Health England report. *Ther Adv Psychopharmacol* [Internet]. 2020; 10((Read J., john@uel.ac.uk) School of Psychology, University of East London, Water Lane, London, United Kingdom). Available from: <https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L2006003952&from=export>.

12. Rodriguez-Morales AJ, Gallego V, Escalera-Antezana JP, Méndez CA, Zambrano LI, Franco-Paredes C, et al. COVID-19 in Latin America: The implications of the first confirmed case in Brazil. *Travel Med Infect Dis.* 2020; 35:101613.
13. The Lancet. COVID-19 in Brazil: “So what?” *Lancet.* 2020; 395(10235):1461.
14. Rocha L. O que são ondas da Covid-19 e por que o Brasil pode estar diante da terceira. *CNN Brasil* [Internet]. 2021 [cited 2022 Apr 25]. Available from: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/o-que-sao-ondas-da-covid-19-e-por-que-o-brasil-pode-estar-diante-da-3/>.
15. Werneck GL, Carvalho MS. The COVID-19 pandemic in Brazil: chronicle of a health crisis foretold. *Cad Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz;* 2020; 36:e00068820.
16. Brandão CC, Mendonça AVM, Sousa MF de. PERFORMANCE OF THE MINISTRY OF HEALTH IN ADDRESSING THE COVID-19 PANDEMIC IN BRAZIL [Internet]. *SciELO Preprints;* 2022 [cited 2022 Oct 10]. Available from: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/4270>.
17. Brasil M da S. Bolentins informativos e casos do coronavírus por município por dia ( 2020 ). COVID-19 - Datasets - Brasil. [Internet]. 2020 [cited 2020 Apr 8]. Available from: <https://brasil.io/dataset/covid19/caso/>.
18. Yang C, Zhou X, Zafarani R. CHECKED: Chinese COVID-19 fake news dataset. *Soc Netw Anal Min.* 2021; 11(1):58.
19. Apuke OD, Omar B. Social media affordances and information abundance: Enabling fake news sharing during the COVID-19 health crisis. *Health Informatics J.* 2021; 27(3):14604582211021470.
20. Galhardi CP, Freire NP, Minayo MC de S, Fagundes MCM, Galhardi CP, Freire NP, et al. Fact or Fake? An analysis of disinformation regarding the Covid-19 pandemic in Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva. ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva;* 2020; 25:4201–10.
21. OPS OP de la S, OMS OMDS. Entenda a infodemia e a desinformação na luta contra a COVID-19. Ferramentas de conhecimento, kit de ferramentas de transformação digital. [Internet]. OPAS e OMS; 2020 [cited 2021 Oct 25]. Available from: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52054/Factsheet-Infodemic\\_por.pdf](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52054/Factsheet-Infodemic_por.pdf).
22. Rui T, França IL, Machado BF, Rossi G, Arruti JM. Antropologia e pandemia: escalas e conceitos. *Horizontes Antropológicos. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul;* 2021; (59):27–47.
23. Anderson RM, Heesterbeek H, Klinkenberg D, Hollingsworth TD. How will country-based mitigation measures influence the course of the COVID-19 epidemic? *Lancet.* 2020; 395(10228):931–4.

24. Graichen H. What is the difference between the first and the second/third wave of Covid-19? – German perspective. *Journal of Orthopaedics* [Internet]. 2021 [cited 2021 Apr 8]. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0972978X21000118>.
25. Lai JW, Cheong KH. Superposition of COVID-19 waves, anticipating a sustained wave, and lessons for the future. *Bioessays*. 2020; 2000178.
26. Presidência da República. Pronunciamento do Senhor Presidente da República, Jair Bolsonaro, em cadeia de rádio e televisão. Planalto [Internet]. 2020 [cited 2022 Mar 4]. Available from: <https://www.gov.br/planalto/pt-br/acompanhe-o-planalto/pronunciamentos/pronunciamentos-do-presidente-da-republica/pronunciamento-em-cadeia-de-radio-e-televisao-do-senhor-presidente-da-republica-jair-bolsonaro>.
27. Le TT, Cramer JP, Chen R, Mayhew S. Evolution of the COVID-19 vaccine development landscape. *Nat Rev Drug Discov*. 2020; 19(10):667–8.
28. ModernaTX, Inc., NIAID NI of A and ID. Phase I, Open-Label, Dose-Ranging Study of the Safety and Immunogenicity of 2019-nCoV Vaccine (mRNA-1273) in Healthy Adults [Internet]. *clinicaltrials.gov*; 2021 [cited 2021 Mar 31]. Available from: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04283461>.
29. Covid-19 vaccine: First person receives Pfizer jab in UK. *BBC News* [Internet]. 2020 Dec. 8 [cited 2021 Apr 1]; UK. Available from: <https://www.bbc.com/news/uk-55227325>.
30. Covid: Brazil approves and rolls out AstraZeneca and Sinovac vaccines. *BBC News* [Internet]. 2021 Jan. 18 [cited 2021 Apr 1]; Latin America & Caribbean. Available from: <https://www.bbc.com/news/world-latin-america-55699535>.
31. OPAS/OMS OP-A da S. OMS lista mais uma vacina contra a COVID-19 para uso emergencial e emite recomendações de políticas provisórias. *Organização Pan-Americana da Saúde* [Internet]. 2021 [cited 2021 Nov 19]. Available from: <https://www.paho.org/pt/noticias/7-5-2021-oms-lista-mais-uma-vacina-contra-covid-19-para-uso-emergencial-e-emite>.
32. Ministério da Saúde, SVS S de V em S, CGPNI C-G do PN de I. NOTA TÉCNICA Nº 155/2021-CGPNI/DEIDT/SVS/MS. 2021.
33. Teixeira CF de S, Soares CM, Souza EA, Lisboa ES, Pinto IC de M, Andrade LR de, et al. The health of healthcare professionals coping with the Covid-19 pandemic. *Ciênc saúde coletiva*. ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva; 2020; 25:3465–74.
34. Cohen J, Rodgers Y van der M. Contributing factors to personal protective equipment shortages during the COVID-19 pandemic. *Prev Med*. 2020; 141:106263.
35. El-Hage W, Hingray C, Lemogne C, Yroni A, Brunault P, Bienvenu T, et al. [Health professionals facing the coronavirus disease 2019 (COVID-19)

- pandemic: What are the mental health risks?]. *L'Encephale*. France: Masson; 2020; 46(3S):S73–80.
36. Lóss J da CS, Boechat LBG, Silva LP da, Dias VE. A saúde mental dos profissionais de saúde na linha de frente contra a Covid-19. *Revista Transformar*. 2020; 14(2):54–75.
  37. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Nº 131- Boletim COE Coronavírus [Internet]. 2022 [cited 2022 Aug 22]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/covid-19/2022/boletim-epidemiologico-no-122-boletim-coe-coronavirus/view>.
  38. Menon V, Padhy SK. Ethical dilemmas faced by health care workers during COVID-19 pandemic: Issues, implications and suggestions. *Asian J Psychiatr*. 2020; 51:102116.
  39. El-Hage W, Hingray C, Lemogne C, Yroni A, Brunault P, Bienvenu T, et al. Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19) : quels risques pour leur santé mentale ? *L'Encéphale*. 2020; 46(3, Supplement):S73–80.
  40. Lipworth W. Beyond Duty: Medical “Heroes” and the COVID-19 Pandemic. *J Bioeth Inq*. 2020; 17(4):723–30.
  41. Lotfinejad N, Peters A, Pittet D. Hand hygiene and the novel coronavirus pandemic: the role of healthcare workers. *J Hosp Infect*. 2020; 105(4):776–7.
  42. El-Hage W, Hingray C, Lemogne C, Yroni A, Brunault P, Bienvenu T, et al. Health professionals facing the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: What are the mental health risks? *Encephale*. 2020; 46(3S):S73–80.
  43. Goulia P, Mantas C, Dimitroula D, Mantis D, Hyphantis T. General hospital staff worries, perceived sufficiency of information and associated psychological distress during the A/H1N1 influenza pandemic. *BMC Infect Dis* [Internet]. 2010 [cited 2020 Dec 20]; 10. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2990753/>.
  44. Maunder RG, Lancee WJ, Rourke S, Hunter JJ, Goldbloom D, Balderson K, et al. Factors associated with the psychological impact of severe acute respiratory syndrome on nurses and other hospital workers in Toronto. *Psychosom Med*. 2004; 66(6):938–42.
  45. Rodrigues FC. Linha de frente. *InformaSUS-UFSCar* [Internet]. 2020 [cited 2022 Apr 3]. Available from: <https://www.informasus.ufscar.br/linha-de-frente/>.
  46. Chigwedere OC, Sadath A, Kabir Z, Arensman E. The Impact of Epidemics and Pandemics on the Mental Health of Healthcare Workers: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021; 18(13):6695.
  47. Ortiz-Prado E, Simbaña-Rivera K, Gómez-Barreno L, Rubio-Neira M, Guaman LP, Kyriakidis NC, et al. Clinical, molecular, and epidemiological

- characterization of the SARS-CoV-2 virus and the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19), a comprehensive literature review. *Diagn Microbiol Infect Dis.* 2020; 98(1):115094.
48. PAHO. COVID-19 infected around 570,000 health workers and killed 2,500 in the Americas [Internet]. 2020 [cited 2021 Feb 10]. Available from: <https://www.paho.org/en/news/2-9-2020-covid-19-has-infected-some-570000-health-workers-and-killed-2500-americas-paho>.
  49. Iqbal MR, Chaudhuri A. COVID-19: Results of a national survey of United Kingdom healthcare professionals' perceptions of current management strategy - A cross-sectional questionnaire study. *Int J Surg.* 2020; 79:156–61.
  50. OPAS OP-A da S, OMS OMDS. Com número de casos de COVID-19 quase dobrando nas Américas, trabalhadores de saúde devem ser protegidos [Internet]. 2022 [cited 2022 Jun 10]. Available from: <https://www.paho.org/pt/noticias/12-1-2022-com-numero-casos-covid-19-quase-dobrando-nas-americas-trabalhadores-saude-devem>.
  51. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Nº 51 - Boletim COE Coronavírus — Português (Brasil) [Internet]. 2021 [cited 2022 Sep 27]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/covid-19/2022/boletim-epidemiologico-no-103-boletim-coe-coronavirus.pdf/view>.
  52. Brasil M da S, SVS S de V em S, COE C de O de E em SP. Boletim Epidemiológico Especial Nº 14- COE-COVID-19. 2020.
  53. Brasil M da saúde, SVS S de V em S. Boletim Epidemiológico Nº 21 - Boletim COE Coronavírus [Internet]. 2020 [cited 2022 May 13]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/covid-19/2022/boletim-epidemiologico-no-111-boletim-coe-coronavirus/view>.
  54. CNES CN dos E de S do B. Recursos Humanos - Profissionais - Indivíduos - segundo CBO 2002 - Brasil [Internet]. 2022 [cited 2022 Jun 19]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/prid02br.def>.
  55. Ministry of Health. Profile of reported cases of OS and confirmed by COVID-19 and hospitalized SARS cases and SARS deaths in healthcare professionals. *Special Epidemiological Bulletin - Coronavirus Disease COVID-19.* 2021; 85.
  56. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Nº 134 - Boletim COE Coronavírus — Português (Brasil) [Internet]. 2022 [cited 2022 Sep 27]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/covid-19/2022/boletim-epidemiologico-no-103-boletim-coe-coronavirus.pdf/view>.
  57. Bourdieu P, et al. *Meditações pascalianas.* Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2001.



58. CONASEMS CN de SM de Saúde. Protagonismo feminino na saúde: mulheres são a maioria nos serviços e na gestão do SUS - CONASEMS [Internet]. 2020 [cited 2022 Oct 23]. Available from: <https://www.conasems.org.br/o-protagonismo-feminino-na-saude-mulheres-sao-a-maioria-nos-servicos-e-na-gestao-do-sus/>.
59. CNES CN dos E de S do B, CBO CB de O. TabNet Win32 3.0: CNES - Recursos Humanos - Profissionais - Indivíduos - segundo CBO 2002 - Brasil [Internet]. 2022 [cited 2022 Oct 18]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/prid02br.def>.
60. Vieira LS, Machado W de L, Dal Pai D, Magnago TSB de S, Azzolin K de O, Tavares JP. Burnout and resilience in intensive care Nursing professionals in the face of COVID-19: A multicenter study. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / Universidade de São Paulo; 2022 [cited 2022 Jun 10]; 30. Available from: <http://www.scielo.br/j/rlae/a/K9wJD9NSCKr9bbQm9cBj8vF/?lang=en>.
61. Minayo MC de S, Freire NP. The pandemic exacerbates health inequalities. *Ciênc saúde coletiva*. ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva; 2020; 25:3555–6.
62. De Sio S, Buomprisco G, Perri R, Bruno G, Mucci N, Nieto HA, et al. Work-related stress risk and preventive measures of mental disorders in the medical environment: an umbrella review. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2020; 24(2):821–30.
63. Quek TT-C, Tam WW-S, Tran BX, Zhang M, Zhang Z, Ho CS-H, et al. The Global Prevalence of Anxiety Among Medical Students: A Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2019; 16(15):E2735.
64. Luo M, Guo L, Yu M, Jiang W, Wang H. The psychological and mental impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on medical staff and general public – A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res*. 2020; 291:113190.
65. Xiang Y-T, Yang Y, Li W, Zhang L, Zhang Q, Cheung T, et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *Lancet Psychiatry*. 2020; 7(3):228–9.
66. De Stefani A, Bruno G, Mutinelli S, Gracco A. COVID-19 Outbreak Perception in Italian Dentists. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17(11):3867.
67. Huang L, Wang Y, Liu J, Ye P, Cheng B, Xu H, et al. Factors Associated with Resilience Among Medical Staff in Radiology Departments During The Outbreak of 2019 Novel Coronavirus Disease (COVID-19): A Cross-Sectional Study. *Med Sci Monit*. 2020; e925669–e925669.
68. Akin L, Gözel MG. Understanding dynamics of pandemics. *Turk J Med Sci*. 2020; 50(SI-1):515–9.
69. Schueler P. O que é uma pandemia. *Bio-Manguinhos/Fiocruz || Inovação em saúde || Vacinas, kits para diagnósticos e biofármacos* [Internet]. 2020 [cited

- 2021 Jun 9]. Available from: <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/noticias/1763-o-que-e-uma-pandemia>.
70. Potter CW. A history of influenza. *J Appl Microbiol*. 2001; 91(4):572–9.
  71. Shanmugaraj B, Siriwattananon K, Wangkanont K, Phoolcharoen W. Perspectives on monoclonal antibody therapy as potential therapeutic intervention for Coronavirus disease-19 (COVID-19). *Asian Pac J Allergy Immunol*. 2020; 38(1):10–8.
  72. Zitzmann C, Kaderali L. Mathematical Analysis of Viral Replication Dynamics and Antiviral Treatment Strategies: From Basic Models to Age-Based Multi-Scale Modeling. *Frontiers in Microbiology* [Internet]. 2018 [cited 2022 Mar 8]; 9. Available from: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fmicb.2018.01546>.
  73. Trilla A, Trilla G, Daer C. The 1918 “Spanish flu” in Spain. *Clin Infect Dis*. 2008; 47(5):668–73.
  74. Johnson NPAS, Mueller J. Updating the accounts: global mortality of the 1918-1920 “Spanish” influenza pandemic. *Bull Hist Med*. 2002; 76(1):105–15.
  75. Saunders-Hastings PR, Krewski D. Reviewing the History of Pandemic Influenza: Understanding Patterns of Emergence and Transmission. *Pathogens*. 2016; 5(4).
  76. Chowell G, Echevarría-Zuno S, Viboud C, Simonsen L, Tamerius J, Miller MA, et al. Characterizing the epidemiology of the 2009 influenza A/H1N1 pandemic in Mexico. *PLoS Med*. 2011; 8(5):e1000436.
  77. Girard MP, Tam JS, Assossou OM, Kieny MP. The 2009 A (H1N1) influenza virus pandemic: A review. *Vaccine*. 2010; 28(31):4895–902.
  78. Kandeel M, Ibrahim A, Fayez M, Al-Nazawi M. From SARS and MERS CoVs to SARS-CoV-2: Moving toward more biased codon usage in viral structural and nonstructural genes. *J Med Virol*. 2020; 10.1002/jmv.25754.
  79. Su S, Wong G, Shi W, Liu J, Lai ACK, Zhou J, et al. Epidemiology, Genetic Recombination, and Pathogenesis of Coronaviruses. *Trends Microbiol*. 2016; 24(6):490–502.
  80. Zhou P, Yang X-L, Wang X-G, Hu B, Zhang L, Zhang W, et al. A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. *Nature*. 2020; 579(7798):270–3.
  81. Silva FCT da, Neto MLR. Psychological effects caused by the COVID-19 pandemic in health professionals: A systematic review with meta-analysis. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2021; 104:110062.
  82. Ministério da Saúde. Portaria nº 454 [Internet]. 2020 [cited 2022 Nov 8]. Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/portaria/prt454-20-ms.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/prt454-20-ms.htm).

83. Arthi V, Parman J. Disease, downturns, and wellbeing: Economic history and the long-run impacts of COVID-19. *Explor Econ Hist.* 2021; 79:101381.
84. Prü BM. Variants of SARS CoV-2: mutations, transmissibility, virulence, drug resistance, and antibody/vaccine sensitivity. *Frontiers in Bioscience-Landmark.* IMR Press; 2022; 27(2):65-null.
85. WHO WHO. Painel do Coronavírus da OMS (COVID-19). <https://covid19.who.int> [Internet]. 2021 [cited 2021 Nov 23]. Available from: <https://covid19.who.int>.
86. Pitombo J, Pasquini P, Valadares J, Barbon J, Albuquerque A, Maisonnave F. States open 1,400 ICU beds for Covid-19, but occupancy remains high. *Folha de S. Paulo* [Internet]. 2020 [cited 2020 Dec 20]. Available from: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/05/estados-abrem-1400-leitos-de-uti-para-covid-19-mas-ocupacao-segue-alta.shtml>.
87. Gherman M, Almeida R de. Estado da Arte [Internet]. 2020. Bolsonaro: o vírus como aliado; [cited 2022 Apr 19]. Available from: <https://estadodaarte.estadao.com.br/bolsonaro-virus-aliado-bnfb-gherman-almeida/>.
88. IBGE IB de G e E. Projeção da População das Unidades da Federação por sexo e grupos de idade: 2000-2030 [Internet]. 2021 [cited 2022 Jun 4]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/projpopuf.def>.
89. CNES CN dos E de S do B, BRASIL M da S. Recursos Humanos - Profissionais - Indivíduos - segundo CBO 2002 [Internet]. 2020 [cited 2022 Jun 4]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/prid02br.def>.
90. CNES CN dos E de S do B, BRASIL M da S. Consulta Estabelecimento - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde [Internet]. 2020 [cited 2022 Jun 9]. Available from: <http://cnes.datasus.gov.br/>.
91. Machado MH, Ximenes Neto FRG. Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. *Ciênc saúde coletiva.* 2018; 23(6):1971–9.
92. FIOCRUZ FOC. COVID-19 - Balanço de dois anos da emergência em saúde pública de importância internacional e nacional. *Boletim Observatório COVID-19.* 2022; 29.
93. FIOCRUZ I de C e IC e T em S (ICICT). Incidência diária de casos e óbitos. *MonitoraCovid-19* [Internet]. 2020 [cited 2020 Dec 13]. Available from: <https://bigdata-covid19.icict.fiocruz.br/>. Acessado em 13/12/2020.
94. Horton R. Offline: Science and politics in the era of COVID-19. *The Lancet.* Elsevier; 2020; 396(10259):1319.

95. Cascella M, Rajnik M, Aleem A, Dulebohn SC, Di Napoli R. Features, Evaluation, and Treatment of Coronavirus (COVID-19). In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 [cited 2021 Jun 10]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554776/>.
96. Mistry P, Barmania F, Mellet J, Peta K, Strydom A, Viljoen IM, et al. SARS-CoV-2 Variants, Vaccines, and Host Immunity. *Frontiers in Immunology* [Internet]. 2022 [cited 2022 Feb 3]; 12. Available from: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fimmu.2021.809244>.
97. Yan H, Caldwell T. Após alta em hospitalizações de crianças nos EUA, médicos defendem vacinas. *CNN Brasil* [Internet]. 2022 [cited 2022 Mar 19]. Available from: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/apos-alta-em-hospitalizacoes-de-criancas-nos-eua-medicos-defendem-vacinas/>.
98. Rede Genômica Fiocruz. Variante Ômicron representa mais de 95% dos genomas sequenciados no país. *Agência Fiocruz de Notícias* [Internet]. 2022 [cited 2022 Nov 26]. Available from: <https://agencia.fiocruz.br/variante-omicron-representa-mais-de-95-dos-genomas-sequenciados-no-pais>.
99. Rede Genômica Fiocruz. Rede Genômica atualiza vigilância de linhagens e variantes do Sars-CoV-2. *Agência Fiocruz de Notícias* [Internet]. 2022 [cited 2022 Nov 26]. Available from: <https://agencia.fiocruz.br/rede-genomica-atualiza-vigilancia-de-linhagens-e-variantes-do-sars-cov-2>.
100. Rede Genômica Fiocruz. Sars-CoV-2: Rede detecta linhagens com potencial de maior transmissibilidade. *Agência Fiocruz de Notícias* [Internet]. 2022 [cited 2022 Nov 26]. Available from: <https://agencia.fiocruz.br/sars-cov-2-rede-detecta-linhagens-com-potencial-de-maior-transmissibilidade>.
101. Bourdieu P. *O poder simbólico*. 9th ed. Rio de Janeiro: Bertrand; 2006.
102. Bourdieu P. *As regras da arte*. São Paulo: Companhia das Letras; 1996.
103. Bourdieu P. *Questões de sociologia*. Rio de Janeiro: Marco Zero; 1993.
104. Zimmermann A. *A escolha profissional na área da saúde: a opção pela enfermagem* ZIMMERMANN [Dissertação (Mestrado em Educação)]. São Paulo: Universidade Estadual de Campinas; 2007.
105. Bourdieu P. *Escritos de educação*. 16th ed. Petrópolis: Vozes; 2015.
106. Bourdieu P. *Esboço de uma teoria da prática: precedido de três estudos sobre etnologia*. Cabila Oeiras: Celta; 2002.
107. Bourdieu P. *A economia das trocas simbólicas*. 2nd ed. São Paulo: Edusp; 2008.
108. Wacquant L. *Corpo e alma: notas etnográficas de um aprendiz de boxe*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 2002.

109. Martins CR, Dal Sasso GTM. Tecnologia: definições e reflexões para a prática em saúde e enfermagem. Texto contexto - enferm. 2008; 17(1):11–2.
110. Bourdieu P. Sobre o estado: cursos no Collège de France (1989-92). 1st ed. São Paulo: Companhia das Letras; 2014.
111. Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Boletim Coronavírus (20/07): 12.161 óbitos e 141.005 casos confirmados no RJ - Coronavírus RJ [Internet]. 2020 [cited 2021 Jul 6]. Available from: <https://coronavirus.saude.rj.gov.br/boletim/boletim-coronavirus-20-07-12-161-obitos-e-141-005-casos-confirmados-no-rj/>.
112. Bryman A. Social research methods. 3rd ed. London: Oxford University Press; 2016.
113. Aquino JA. Livro R para cientistas. Ilhéus: Editora da UESC; 2014.
114. Camargo B, Justo A. Tutorial for using the software (R interface pour les Analyzes Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires). [Internet]. Laboratory of Social Psychology of Communication and Cognition; 2018. Available from: [http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/IRaMuTeQ%20Tutorial%20translated%20to%20English\\_17.03.2016.pdf](http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/IRaMuTeQ%20Tutorial%20translated%20to%20English_17.03.2016.pdf).
115. Loubère L, Ratinaud P. Documentation IRaMuTeQ 0.6 alpha 3 version 0.1. [Internet]. 2014. Available from: [http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/documentation\\_iramuteq\\_21\\_12\\_2013.pdf](http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/documentation_iramuteq_21_12_2013.pdf) Acesso em 02/04/2016.
116. Lebart L, Salem A. Analyse statistique des données textuelles. Paris: Dunod; 1988.
117. Lahlou S. L'analyse lexicale. Variances; 1994.
118. Carter N, Bryant-Lukosius D, DiCenso A, Blythe J, Neville AJ. The use of triangulation in qualitative research. Oncol Nurs Forum. 2014; 41(5):545–7.
119. Tuzzo SA, Braga CF. O processo de triangulação da pesquisa qualitativa: o metafenômeno como gênese. Revista Pesquisa Qualitativa. 2016; 4(5):140–58.
120. Salviati ME. Manual do Aplicativo Iramuteq: compilação, organização e notas. In: Iramuteq.org. [Internet]. 2017 [cited 2020 May 21]. Available from: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/manual-do-aplicativo-iramuteq-par-mariaelisabeth-salviati>.
121. Reinert M. ALCESTE, une méthodologie d'analyse des données textuelles et une application: Aurélia de G. de Nerval. Bulletin de méthodologie sociologique; 1990.
122. Oliveira LFR. Tutorial (basic) for using Iramuteq. Goiânia: Federal University of Goiás; 2015.

123. Flament C. L'analyse de similitude: Une technique pour les recherches sur les représentations sociales. *Cahiers de Psychologie Cognitive*. 1981; 1:375-395.
124. Marchand P, Ratinaud P. L'analyse de similitude appliquée aux corpus textuels: les primaires socialistes pour l'élection présidentielle française. I. Liège, Belgique: JADT; 2012.
125. Souza MAR de, Wall ML, Thuler AC de MC, Lowen IMV, Peres AM. O uso do software IRAMUTEQ na análise de dados em pesquisas qualitativas. *Rev esc enferm USP* [Internet]. 2018 [cited 2022 Jan 21]; 52(0). Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342018000100444&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342018000100444&lng=pt&tlng=pt).
126. Acauan L, Abrantes C, Stipp M, Trotte L, Oroski G, Queiroz A. USE OF THE IRAMUTEQ® SOFTWARE FOR QUANTITATIVE DATA ANALYSIS IN NURSING: A REFLECTIVE ESSAY. *Reme Revista Mineira de Enfermagem*. 2020; 24.
127. CONASEMS CN de SM de Saúde. Women's leading role in health: women are the majority in SUS services and management. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. [Internet]. 2020 [cited 2021 Feb 11]. Available from: <https://www.conasems.org.br/o-protagonismo-feminino-na-saude-mulheres-sao-a-maioria-nos-servicos-e-na-gestao-do-sus/>.
128. Hernandez ESC, Vieira L. The war has a woman's face: health workers in the fight against Covid-19. National Association of Specialists in Public Policy and Government Management (ANESP) [Internet]. 2020 [cited 2021 Feb 11]. Available from: <http://anesp.org.br/todas-as-noticias/2020/4/16/a-guerra-tem-rosto-de-mulher-trabalhadoras-da-sade-no-enfrentamento-covid-19>.
129. Berger M, Ghadimi K. Necessary Heroes and Ethos, from Fighting Nazis to COVID-19. *Anesthesiology*. 2020; 10.1097/ALN.0000000000003488.
130. Cabarkapa S, Nadjidai SE, Murgier J, Ng CH. The psychological impact of COVID-19 and other viral epidemics on frontline healthcare workers and ways to address it: A rapid systematic review. *Brain, Behavior, & Immunity - Health*. 2020; 8:100144.
131. Illanes-Álvarez F, Márquez-Ruiz D, Márquez-Coello M, Cuesta-Sancho S, Girón-González JA. Similarities and differences between HIV and SARS-CoV-2. *Int J Med Sci*. 2021; 18(3):846–51.
132. Holzemer WL. HIV infection: Fear of contagion, reality of risk. *Japan Journal of Nursing Science*. 2008; 5(1):5–8.
133. Brito C. Cláudio Castro é empossado governador do RJ após impeachment de Wilson Witzel. *G1* [Internet]. 2021 [cited 2022 Aug 8]. Available from: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2021/05/01/claudio-castro-e-empossado-governador-do-rj-apos-impeachment-de-wilson-witzel.ghtml>.
134. MPRJ MP do E do R de J. MPRJ realiza segunda fase da Operação Éolo contra envolvidos em esquema de fraude na compra de respiradores para o

- combate à Covid-19. MPRJ [Internet]. 2022 [cited 2022 Sep 10]. Available from: <https://www.mprj.mp.br/home/-/detalhe-noticia/visualizar/114403>.
135. Fonseca EM da, Natrass N, Lazaro LLB, Bastos FI. Political discourse, denialism and leadership failure in Brazil's response to COVID-19. *Glob Public Health*. 2021; 16(8–9):1251–66.
  136. Oliveira G. 251 mil mortes por covid: Relembra as falas de Bolsonaro sobre a pandemia. *Poder360* [Internet]. 2021 [cited 2022 Sep 10]. Available from: <https://www.poder360.com.br/governo/251-mil-mortes-por-covid-relembra-as-falas-de-bolsonaro-sobre-a-pandemia/>.
  137. Deputados avaliam decisão que suspendeu piso salarial da enfermagem - Notícias. Portal da Câmara dos Deputados [Internet]. [cited 2022 Nov 23]. Available from: <https://www.camara.leg.br/noticias/907186-deputados-avaliam-decisao-que-suspendeu-piso-salarial-da-enfermagem/>.
  138. Farias E. Piso salarial da Enfermagem: os entraves na garantia de direitos para a categoria [Internet]. 2022 [cited 2022 Nov 23]. Available from: <https://www.epsiv.fiocruz.br/noticias/reportagem/piso-salarial-da-enfermagem-os-entraves-na-garantia-de-direitos-para-a-categoria>.
  139. Machado MH, Wermelinger M, Antônio VM, Vargas FL, Pereira EJ, Aguiar Filho W. Perfil e condições de trabalho dos profissionais da saúde em tempos de covid-19: a realidade brasileira in PORTELA, M. C.; REIS, L. G. DA C.; LIMA, S. M. L. Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde. [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2022 [cited 2022 Aug 4]. Available from: <https://directory.doabooks.org/handle/20.500.12854/78141>.
  140. Machado MH. Pesquisa Condições de Trabalho dos Profissionais de Saúde no Contexto da Covid-19 no Brasil. Relatório preliminar. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2021.
  141. Henriques CMP, Vasconcelos W. Crises dentro da crise: respostas, incertezas e desencontros no combate à pandemia da Covid-19 no Brasil. *Estud av*. 2020; 34(99):25–44.
  142. Wang J, Zhou M, Liu F. Reasons for healthcare workers becoming infected with novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) in China. *Journal of Hospital Infection*. 2020; 105(1):100–1.
  143. Halcomb E, McInnes S, Williams A, Ashley C, James S, Fernandez R, et al. The Experiences of Primary Healthcare Nurses During the COVID-19 Pandemic in Australia. *J Nurs Scholarsh*. 2020; 52(5):553–63.
  144. Halcomb E, Williams A, Ashley C, McInnes S, Stephen C, Calma K, et al. The support needs of Australian primary health care nurses during the COVID-19 pandemic. *J Nurs Manag*. 2020; 28(7):1553–60.
  145. Cueto M. Covid-19 and the epidemics of globalization. *History, Science, Health – Manguinhos*. 2020; 1–4.

146. Pochmann M. Structural trends in the world of work in Brazil. *Ciênc saúde coletiva*. ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva; 2020; 25:89–99.
147. Machado MH, Koster I, Aguiar Filho W, Wermelinger MC de MW, Freire NP, Pereira EJ. Labor market and regulatory processes – Nursing in Brazil. *Ciênc saúde coletiva*. ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva; 2019; 25:101–12.
148. Santos A de O, Lopes LT. Profissionais de saúde e cuidados primários. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2021.
149. Teixeira CF de S, Soares CM, Souza EA, Lisboa ES, Pinto IC de M, Andrade LR de, et al. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. *Ciênc saúde coletiva*. ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva; 2020; 25:3465–74.
150. Helioterio MC, Lopes FQR de S, Sousa CC de, Souza F de O, Pinho P de S, Sousa FN e F de, et al. Covid-19: Por que a proteção de trabalhadores e trabalhadoras da saúde é prioritária no combate à pandemia? *Trab educ saúde*. 2020; 18(3):e00289121.
151. Stubbs JM, Achat HM, Schindeler S. Detrimental changes to the health and well-being of healthcare workers in an Australian COVID-19 hospital. *BMC Health Serv Res*. 2021; 21:1002.
152. Nunes COAT, Calais SL. Vulnerabilidade ao estresse no trabalho e percepção de suporte familiar em porteiros: um estudo correlacional. *Psico-USF*. Universidade de São Francisco, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia; 2011; 16:57–65.
153. Bourdieu P, Miceli S. A economia das trocas simbólicas. 7th ed. São Paulo: Perspectiva; 2007.
154. Belarmino A da C, Rodrigues MENG, Anjos S de JSB dos, Ferreira Júnior AR. Collaborative practices from health care teams to face the covid-19 pandemic. *Rev Bras Enferm* [Internet]. Associação Brasileira de Enfermagem; 2020 [cited 2022 Jul 18]; 73. Available from: <http://www.scielo.br/j/reben/a/rKzwK3MPsgVSD9X3Ttqm5tb/?lang=en>.
155. Rudenstine S, McNeal K, Schulder T, Ettman CK, Hernandez M, Gvozdieva K, et al. Depression and Anxiety During the COVID-19 Pandemic in an Urban, Low-Income Public University Sample. *J Trauma Stress*. 2021; 34(1):12–22.
156. Shove E, Watson M, Spurling N. Conceptualizing connections: Energy demand, infrastructures and social practices. *European Journal of Social Theory*. SAGE Publications Ltd; 2015; 18(3):274–87.
157. Shanafelt T, Ripp J, Trockel M. Understanding and Addressing Sources of Anxiety among Health Care Professionals during the COVID-19 Pandemic. *JAMA*. 2020; 323(21):2133–4.



158. Halberg N, Jensen PS, Larsen TS. We are not heroes—The flipside of the hero narrative amidst the COVID19-pandemic: A Danish hospital ethnography. *Journal of Advanced Nursing*. 2021; 77(5):2429–36.
159. Presidente da República JMB. Medida Provisória nº 927, de 22 de março de 2020 - DOU [Internet]. 2020 [cited 2022 Nov 7]. Available from: <https://www.in.gov.br/web/dou>.
160. Segata J, Grisotti M, Porto R. COVID-19 in Brazil. *Vibrant, Virtual Braz Anthr* [Internet]. Associação Brasileira de Antropologia (ABA); 2022 [cited 2022 Aug 2]; 19. Available from: <http://www.scielo.br/j/vb/a/m7tw6CXKPxzjkk5FjKhf73P/?lang=en>.
161. Ortega F, Orsini M. Governing COVID-19 without government in Brazil: Ignorance, neoliberal authoritarianism, and the collapse of public health leadership. *Global Public Health*. Taylor & Francis; 2020; 15(9):1257–77.
162. Bordieu P. *Coisas ditas*. 1st ed. São Paulo: Brasiliense; 2004.
163. Schwarcz LM. When the 20th century ends (Brief Company) [Internet]. 1ª. Companhia das Letras; 2020 [cited 2021 Feb 11]. Available from: <https://www.amazon.com.br/Quando-acaba-s%C3%A9culo-Breve-Companhia-ebook/dp/B08D9T62H6>.
164. Brasil M da saúde, SVS S de V em S. Boletim Epidemiológico Nº 8 - Boletim COE Coronavírus [Internet]. 2020 [cited 2022 May 13]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/covid-19/2022/boletim-epidemiologico-no-111-boletim-coe-coronavirus/view>.
165. Hopkins PD. Viral Heroism: What the Rhetoric of Heroes in the COVID-19 Pandemic Tells Us About Medicine and Professional Identity. *HEC Forum*. 2021; 33(1–2):109–24.
166. Belo FMP. Associação entre desesperança, transtornos mentais e risco de suicídio em profissionais de enfermagem de serviços de oncologia de alta complexidade. [Dissertação]. Alagoas: Universidade Federal de Alagoas; 2018.
167. Davenport M, Pakarinen MP, Tam P, Laje P, Holcomb GW. From the editors: The COVID-19 crisis and its implications for pediatric surgeons. *Journal of Pediatric Surgery*. 2020; 55(5):785–8.

## 8. Anexos

### 8.1. Anexo A: Instrumento de Coleta de Dados para Profissionais de Saúde

Qual o seu sexo/gênero?

- Feminino
- Masculino
- Prefiro não informar
- Outro

Qual a sua idade?

Qual seu estado civil atual?

- solteiro
- casado/união estável
- divorciado/separado/viúvo

Você apresenta alguma das condições abaixo?

- Não tenho doença crônica ou fator de risco
- Doença cardíaca crônica (não hipertensão)
- Hipertensão arterial
- Doença pulmonar crônica (não asma)
- Asma
- Diabetes
- Deficiências do sistema imunológico ou está em uso de imunossupressores
- Doença renal crônica
- Doença hepática crônica
- Doença neurológica crônica
- Síndrome genética
- Neoplasia maligna
- Doenças hematológicas (leucemia, anemia falciforme, talassemia, linfoma)
- Doença autoimune
- Gestante
- Fumante
- Ex-Fumante

Com quem você está morando atualmente?

- Sozinho
- Com parceiro (s)
- Com filhos
- Com outros familiares
- Com outras pessoas e/ou amigos

Quantas pessoas estão morando na sua casa contando com você:

Na sua casa tem a presença de (excluindo você):

- Idosos (idade  $\geq$  60 anos)
- Lactente: idade até 2 anos de idade (24 meses)
- Pré-escolar: idade de 2 anos (25 meses) a 6 anos (72 meses)
- Escolar: idade de 6 anos (73 meses) até 10 anos (120 meses)
- Adolescente: idade  $>$  10 anos ( a partir de 121 meses) até 18 anos
- Gestante
- Pessoa com doença crônica ou em uso de imunossupressor

Na sua casa tem a presença de animais?

- Não
- Gato
- Cachorro
- Pássaros e outras aves
- Roedores ou furões
- Outros:

Em que cidade do Estado do RJ você exerce a maior parte da sua carga horária como profissional de saúde?

No momento que você responde a este questionário, o quanto a sua cidade está aderindo a isolamento horizontal (recomendação de todos ficarem em casa exceto aqueles que trabalham em funções essenciais)?

- muito  parcialmente  muito pouco  nada

Qual a sua categoria profissional?

- Assistente social
- Biólogo/biomédico
- Enfermeiro
- Farmacêutico
- Fisioterapeuta
- Fonoaudiólogo
- Médico
- Nutricionista
- Odontólogo
- Psicólogo
- Técnico ou auxiliar de enfermagem
- Técnico de laboratório
- Técnico de radiologia
- Terapeuta ocupacional

Durante a pandemia você atua no atendimento direto a pacientes:

- em unidades pediátricas
- em unidades neonatais
- em unidades de adulto (exceto maternidade)
- em unidades de maternidade
- não atuei diretamente no atendimento de pacientes

Em qual (is) setor (es) de atendimento ao paciente você trabalha durante a pandemia?

- UTI
- Emergência / pronto atendimento
- Enfermaria
- Ambulatório
- Centro cirúrgico / obstétrico (incluindo sala de parto)
- Consultório particular
- Home care / visita domiciliar
- Coleta e processamento de amostras biológicas
- setor de radiologia
- outros:

Você trabalha em quais tipos de unidades:

- pública
- privada
- ambas

Você recebeu treinamento sobre uso de EPI para atendimento de pacientes com COVID-19?

- Sim
- Não

Quando você trabalha diretamente com os pacientes com suspeita da COVID-19 ou com suas amostras biológicas, você tem acesso a equipamento de proteção individual adequado?

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- frequentemente
- sempre.

Alguma Instituição em que você trabalha disponibilizou teste para COVID-19 para você caso você tenha sintomas?

- Sim
- Não
- Não sei informar

No momento como está sendo o seu trabalho durante a pandemia?

- Trabalho presencial
- Trabalho remoto (home office)
- Parte presencial/parte remota
- Não está trabalhando em casa (home office) apenas cumprindo isolamento social
- Afastada do trabalho por fazer parte do grupo de risco.
- licença médica não relacionada ao risco ou infecção por COVID-19
- Afastada por suspeita da COVID-19

Com relação ao seu sono durante esse período de pandemia:

- Não tenho problemas de sono
- Insônia, sono interrompido, pesadelos mais do que o habitual
- Estou dormindo mais do que o habitual

Com relação ao uso de medicações calmantes durante esse período da pandemia:

- Não faço uso
- Uso igual a antes da pandemia
- Tenho consumido mais calmantes
- Tenho consumido menos calmantes
- Passei a usar após a pandemia

Com relação ao uso de bebidas alcoólicas durante esse período da pandemia

- Não faço uso
- Uso igual a antes da pandemia
- Tenho consumido mais bebida alcóolica do que antes da pandemia
- Tenho consumido menos bebida alcóolica do que antes da pandemia
- Passei a usar após a pandemia

Com relação aos seu apetite durante a pandemia:

- não houve mudança no apetite
- Estou comendo mais do que o habitual
- Estou comendo menos do que o habitual

Você foi diagnosticado com COVID-19?

- sim, fui diagnosticado por PCR ou sorologia para COVID-19
- sim, fui diagnosticada por SOROLOGIA ou TESTE RAPIDO para COVID-19
- Sim, mas não consegui fazer o teste.
- não

Se sim,

Quais sintomas você apresentou?

- Não apresentei sintomas
- Febre
- Tosse
- Produção de Escarro (catarro)
- Escarro (catarro) com sangue
- Dor de garganta
- Corrimento nasal (coriza, rinorréia)
- Dor de ouvido
- Sibilos ou chiado no peito
- Dor no peito
- Dor muscular
- Dor nas articulações
- Fadiga, mal estar
- Falta de ar
- Diminuição ou perda do olfato
- Diminuição ou perda do paladar
- Escarro com sangue
- Dor de cabeça
- Dor abdominal
- Vômitos ou náuseas
- Dor abdominal
- Diarreia

- Confusão mental
- Convulsão
- Conjuntivite
- Dor abdominal
- Confusão mental
- Convulsão
- lesões na pele
- Gânglios dolorosos ou aumentados (íngua)

Caso você tenha tido COVID-19 confirmado por PCR ou sorologia como foi seu tratamento:

- Não fiz tratamento
- Tratei em casa
- Precisei ser internado em quarto ou enfermaria
- Precisei ser internado em unidade de terapia intensiva (UTI)

Você fez uso de alguma dessas medicações com a pretensão de tratar ou prevenir o COVID?

- Hidroxicloroquina/Cloroquina
- Nitazoxamina (Anitta)
- Ivermectina
- Prednisona/Prednisolona/Dexametasona
- Azitromicina
- Zinco
- Vitamina D
- nenhuma medicação
- outro:

Como está sua saúde após ter se curado da COVID-19

- Estado de saúde igual ao antes da COVID-19
- Agravamento de condições prévias
- Aparecimento de novos problemas de saúde
- Ainda estou doente
- Não sei informar
- Não tive COVID

As perguntas desse formulário que você acaba de preencher buscam investigar alguns fatores ou situações que podem estar contribuindo para aumentar o estresse do profissional de saúde.

**Gostaríamos de deixar esse espaço aberto opcional para você escrever como você se sente ou contribuir com algo que você achou que é importante para você e seus colegas e não foi contemplado nesse estudo.**

## 8.2. Anexo B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (online)

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

**Título da Pesquisa:** Perfil clínico-epidemiológico e psicossocial nos profissionais de saúde em face da epidemia da COVID-19 do Estado do Rio de Janeiro

**Pesquisador responsável:** Daniella Campelo Batalha Cox Moore

Instituição responsável pela pesquisa: Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança, e do Adolescente Fernandes Figueira

**Endereço:** Av. Rui Barbosa, 716 - Flamengo - Rio de Janeiro – RJ

Você, profissional de saúde, está convidado a participar de uma pesquisa conduzida pelo IFF/FIOCRUZ em parceria com outras unidades de saúde sobre o impacto da pandemia COVID-19 nos profissionais de saúde do Estado do Rio de Janeiro. Os profissionais de saúde têm sido muito valorizados por estarem na linha de frente do combate ao COVID-19. Mas isso os coloca em um risco potencial maior de contaminação e de estresse do que a população geral. Precisamos entender o tamanho desse impacto nos profissionais de saúde e os fatores que são mais críticos para ajudar a fortalecer estratégias de proteção governamentais e de gestões locais públicas ou privadas. Sua ajuda é muito importante. Queremos dar voz aos profissionais de saúde.

Para isso, precisamos que você responda ao formulário a seguir que vai ajudar a identificar o grau de estresse e os fatores que podem estar associados.

Todas informações serão tratadas confidencialmente, e você receberá um código alfanumérico para identificação no estudo, sem te expor.

Você poderá contar com um suporte psicológico on-line gratuito caso você sinta necessidade.

Para maiores informações sobre o estudo, acesse o documento através do link <https://drive.google.com/file/d/1Jr3atMWIvUkU5OjFB3ZEFtKKrTNZwMvv/view?usp=sharing>. Se tiver dúvidas referentes ao estudo pode entrar em contato com o telefone (21) 2554-1839 ou através do e-mail: projetoCOVID-19prorj@gmail.com.

CASO VOCÊ CONCORDE EM PARTICIPAR, CONTINUE RESPONDENDO O QUESTIONÁRIO.

### 8.3. Anexo C: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (integral)

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

**Título da Pesquisa:** Perfil clínico-epidemiológico e psicossocial nos profissionais de saúde em face da epidemia da COVID-19 do Estado do Rio de Janeiro

**Pesquisador responsável:** Daniella Campelo Batalha Cox Moore

Instituição responsável pela pesquisa: Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança, e do Adolescente Fernandes Figueira

**Endereço:** Av. Rui Barbosa, 716 - Flamengo - Rio de Janeiro – RJ

Você, profissional de saúde, está convidado a participar de uma pesquisa conduzida pelo IFF/FIOCRUZ em parceria com outras unidades de saúde sobre o impacto da pandemia COVID-19 nos profissionais de saúde do Estado do Rio de Janeiro. Os profissionais de saúde têm sido muito valorizados por estarem na linha de frente do combate ao COVID-19. Mas isso os coloca em um risco potencial maior de contaminação e de estresse do que a população geral. Precisamos entender o tamanho desse impacto nos profissionais de saúde e os fatores que são mais críticos para ajudar a fortalecer estratégias de proteção governamentais e de gestões locais públicas ou privadas. Sua ajuda é muito importante. Queremos dar voz aos profissionais de saúde.

Para isso, precisamos que você responda ao formulário a seguir que vai ajudar a identificar o grau de estresse e os fatores que podem estar associados, para isso você não gastará mais que dez minutos do seu tempo para respondê-lo. Caso você concorde, você poderá ser convidado a participar de uma entrevista realizada online, onde você será convidado a falar de forma mais aprofundada sobre como tem sido a experiência durante a pandemia da COVID-19.

Um dos riscos ou desconfortos relacionados a participação neste estudo está relacionado à quebra da confidencialidade, ou seja, a possibilidade de você ser identificado. Entretanto, este risco será evitado, pois será mantido sigilo sobre sua identidade. Outro risco é o de você se sentir desconfortável emocionalmente ao preencher o questionário ou durante a entrevista online. Para lidar com este risco possível, será disponibilizado atendimento psicológico breve online por psicólogos caso você necessite. No caso da entrevista, o pesquisador que fará a entrevista é um profissional qualificado na condução de entrevistas, que lhe dará acolhimento e garantirá o atendimento psicológico caso você necessite.

Caso haja algum dano decorrente da pesquisa, você terá direito a solicitar indenização através das vias judiciais e ou extrajudiciais (Código Civil, Lei 10.406/2002, Artigos 927 a 954 e Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 19).

Você pode retirar seu consentimento em qualquer momento, sem necessidade de dar uma razão, basta entrar em contato com os pesquisadores do estudo.

Se precisar de mais informações sobre o estudo, tiver dúvidas ou reclamações referentes ao estudo pode entrar em contato com o telefone (21) 2554-1839 ou



através do e-mail: [ProjetoCOVID19pro@gmail.com](mailto:ProjetoCOVID19pro@gmail.com). Estas informações de contato também podem ser utilizadas caso você queira retirar seu consentimento de participação no estudo ou caso você tenha necessidade de atendimento psicológico online pelo telefone (21) 2554-1839 ou através do e-mail: [ProjetoCOVID19pro@gmail.com](mailto:ProjetoCOVID19pro@gmail.com).

Este estudo foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Se você tiver alguma dúvida ética, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz). O CEP-IFF funciona de segunda a sexta-feira, das 8h às 17h. Endereço: Av. Rui Barbosa 716 – Flamengo Rio de Janeiro - Brasil. CEP: 22.250-020. Telefone: (21) 2554-1730. E-mail: [cepiff@iff.fiocruz.br](mailto:cepiff@iff.fiocruz.br)

Caso você concorde em participar deste estudo assinale a alternativa abaixo:

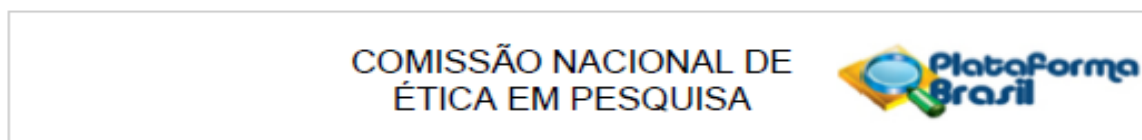
Aceito.

CONSIDERANDO QUE NO PRESENTE ESTUDO A COLETA DE DADOS SE DARÁ POR MEIO DE UM QUESTIONÁRIO ONLINE, SOLICITAMOS QUE VOCÊ, PARTICIPANTE DA PESQUISA, GUARDE EM SEUS ARQUIVOS UMA VIA DO REGISTRO DE CONSENTIMENTO. SE PREFERIR MANDAREMOS UMA VIA DO REGISTRO DE CONSENTIMENTO ASSINADA PELOS PESQUISADORES PARA SEU E-MAIL. O QUE VOCÊ PREFERE?

Não receber uma via do Registro de Consentimento, pois vou arquivá-lo em meus arquivos. Clique aqui para download do arquivo em pdf.

Solicito o envio por e-mail de uma via do Registro de Consentimento assinado pelo pesquisadores. E-mail para envio:

## 8.4. Anexo D: Parecer de Aprovação do Projeto



### PARECER CONSUBSTANCIADO DA CONEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Avaliação dos fatores demográficos, clínicos, sociais e laborais na saúde física e mental de profissionais de saúde sob impacto da pandemia de COVID-19

**Pesquisador:** Daniella Campelo Batalha Cox Moore

**Área Temática:** A critério do CEP

**Versão:** 2

**CAAE:** 31997320.5.0000.5269

**Instituição Proponente:** Instituto Fernandes Figueira - IFF/ FIOCRUZ - RJ/ MS

**Patrocinador Principal:** Instituto Fernandes Figueira - IFF/ FIOCRUZ - RJ/ MS

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.102.925

#### Apresentação do Projeto:

As informações contidas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram obtidas dos documentos contendo as Informações Básicas da Pesquisa (PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1553356.pdf de 17/06/2020) e do Projeto Detalhado.

#### INTRODUÇÃO

O novo coronavírus de 2019 (SARS-CoV-2) é o atual responsável pela pandemia de COVID-19 no mundo. Para o combate a pandemia tem sido necessárias medidas restritivas sem precedentes na história recente da saúde pública. A perda da liberdade, isolamento, perdas financeiras e o medo de adoecer tem trazido muito estresse para a população geral. Para os profissionais de saúde além desse estresse, sofrem de maior exposição a doença, sobrecarga de trabalho, dilemas morais e desvio de função. Zelar pela saúde física e mental dos profissionais de saúde torna-se ainda mais importante quando compreendemos que nem todo equipamento adquirido será útil sem uma adequada força de trabalho. **Objetivos:** Este estudo tem como objetivo avaliar o impacto da pandemia do COVID-19 nos profissionais de saúde do ponto de vista físico e mental, identificar fatores de risco demográficos, sociais, clínicos e laborais que podem estar associados com maior risco de estresse, estimar o número de profissionais de saúde acometidos pela COVID-19 assim como a gravidade e a percepção de sequelas doença. O estudo tem como propósito fornecer

**Endereço:** SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

**Bairro:** Asa Norte

**CEP:** 70.719-040

**UF:** DF

**Município:** BRASÍLIA

**Telefone:** (61)3315-5877

**E-mail:** conep@saude.gov.br

## COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 4.102.925

dados aos governantes e gestores de saúde que possam auxiliar a preservar, promover e cuidar da saúde do profissional de saúde para que este possa manter sua qualidade e vida e efetividade no trabalho no combate a COVID-19 e após a pandemia. Metodologia: estudo transversal exploratório que recrutará profissionais de saúde do Estado do Rio de Janeiro através de uma estratégia de “bola de neve” para preenchimento de questionário digital. Será realizada abordagem qualitativa em dois momentos, o primeiro através de análise dos depoimentos no questionário digital, a segunda através da análise de entrevistas online aonde será aplicada entrevista semiestruturada.

### HIPÓTESE

Profissionais de saúde estão submetidos a estresse psicológico alto

### METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, observacional exploratório que recrutará profissionais de saúde para preenchimento de um questionário através de uma estratégia de “bola de neve” solicitando aos participantes que convidem amigos propagando exponencialmente o link do questionário em redes sociais. Será realizada ainda abordagem qualitativa de depoimentos/entrevistas. O questionário é formado por questões: 1) demográficas (como sexo, idade, estado civil), 2) questões sociais (número de moradores da casa, presença de crianças, idosos, animais domésticos, hábitos de sono, hábitos alimentares, uso de bebida alcoólica e uso de calmantes), 3) clínicas (presença de comorbidades), 4) condições ligadas ao trabalho (cidade em que trabalha, grau de isolamento horizontal, local de trabalho, tipo de unidade, treinamento de EPI, testagem para COVID oferecida) 5) avaliação de estresse através da Escala de Percepção de Estresse-10 (EPS-10), 6) perguntas formuladas específicas para avaliar o impacto da pandemia COVID-19, 7) identificação dos profissionais que adoeceram durante a pandemia, os sintomas apresentados, a necessidade de internação hospitalar, uso de medicamentos, sequelas percebidas. Para análise, serão avaliadas as correlações entre o escore do Instrumento e cada uma das questões exploratórias, utilizando Método de Correlação de Spearman. O teste de Kruskal-Wallis será utilizado para avaliação dos escores do Instrumento e as variáveis escalares relacionadas a essas questões entre os subgrupos demográficos. A análise qualitativa será realizada em dois momentos. Na primeira será feita análise dos depoimentos obtidos do questionário digital, que no final apresenta um campo aberto opcional para que o profissional de saúde escreva como se sente ou contribua com algo que julga importante e não foi contemplado no estudo. Na segunda etapa da perspectiva qualitativa, a coleta de dados será através de entrevistas semi-estruturadas

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (81)3315-5877

E-mail: [conep@saude.gov.br](mailto:conep@saude.gov.br)

## COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 4.102.925

realizadas online com profissionais de saúde que serão convidados a falar de forma mais aprofundada sobre como tem sido a experiência durante a pandemia de COVID-19. As entrevistas terão por orientação um roteiro pré-estabelecido com perguntas abertas e fechadas (roteiro em anexo). E utilizaremos um software livre denominado Iramuteq para realizar as análises de conteúdo e análise do discurso.

### CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Ser maior de 18 anos
- Ser profissional de saúde compreendido nas seguintes categorias: assistente social, biólogo/biomédico, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico, nutricionista, psicólogo, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em radiologia, terapeuta ocupacional, técnico de laboratório, odontólogo.

### CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

- Estar aposentado.

### Objetivo da Pesquisa:

#### OBJETIVO PRIMÁRIO

##### a. Principal:

Avaliar o estresse e características demográficas e laborais bem como elementos da subjetividade nos profissionais de saúde na pandemia do COVID 19 através de inventário validado e questionário estruturado customizado, respectivamente.

#### OBJETIVOS SECUNDÁRIOS:

##### b. Específicos:

Identificar fatores demográficos, clínicos (presença de comorbidades), psicossociais e laborais que podem estar associados a maior estresse no profissional de saúde. Identificar se iniciativas institucionais como treinamento de uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI) e garantia de testagem dos profissionais em caso de sintomas são capazes de diminuir o estresse.

Avaliar se a presença de EPI nas unidades de atendimento é capaz de diminuir o estresse e positividade de COVID-19.

Identificar estratégias de enfrentamento (coping) diante de fatores de ansiedade / estresse através dos depoimentos livres inseridos em campo do instrumento de pesquisa.

Identificar através da análise de depoimento e análise de entrevistas aspectos relacionados ao

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar  
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.719-040  
 UF: DF Município: BRASÍLIA  
 Telefone: (61)3315-5877 E-mail: conep@saude.gov.br

## COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 4.102.925

estresse no trabalho.

Identificar os sintomas mais presentes nos profissionais de saúde que apresentaram COVID-19.

Rastrear a possibilidade de sequelas pós COVID-19 nos profissionais de saúde.

### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

#### RISCOS

Os riscos em participar deste estudo estão relacionados a quebra da confidencialidade, mas este será evitado, pois será mantido sigilo sobre a identidade do profissional de saúde. Todos receberão um código que não estará vinculado aos seus dados profissionais e nem institucionais.

#### BENEFÍCIOS

Será disponibilizado um canal de escuta e os dados obtidos assim como sugestões ouvidas desses trabalhadores serão transmitidas a equipes de gestão que com essas informações poderão traçar diretrizes institucionais para apoio a esses profissionais, bem como estratégias de melhoria das instituições de saúde. Esse canal de escuta será realizado através de uma parceria com Circulo Psicanalítico do Rio de Janeiro.

### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo transversal, observacional exploratório que recrutará profissionais de saúde do Estado do Rio de Janeiro para preenchimento de um questionário através de uma estratégia de "bola de neve" solicitando aos participantes que convidem amigos propagando exponencialmente o link do questionário em redes sociais. Será realizada ainda abordagem qualitativa de depoimentos/entrevistas. O questionário é formado por questões: 1) demográficas (como sexo, idade, estado civil), 2) questões sociais (número de moradores da casa, presença de crianças, idosos, animais domésticos, hábitos de sono, hábitos alimentares, uso de bebida alcoólica e uso de calmantes), 3) clínicas (presença de comorbidades), 4) condições ligadas ao trabalho (cidade em que trabalha, grau de isolamento horizontal, local de trabalho, tipo de unidade, treinamento de EPI, testagem para COVID oferecida) 5) avaliação de estresse através da Escala de Percepção de Estresse-10 (EPS-10), 6) perguntas formuladas específicas para avaliar o impacto da pandemia COVID-19, 7) identificação dos profissionais que adoeceram durante a pandemia, os sintomas apresentados, a necessidade de internação hospitalar, uso de medicamentos, sequelas percebidas. Para análise, serão avaliadas as correlações entre o escore do Instrumento e cada uma das questões exploratórias, utilizando Método de Correlação de Spearman. O teste de Kruskal-Wallis será utilizado para avaliação dos escores do Instrumento e as variáveis escalares relacionadas a essas questões entre os subgrupos demográficos. A análise qualitativa será realizada em dois

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

## COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 4.102.925

momentos. Na primeira será feita análise dos depoimentos obtidos do questionário digital, que no final apresenta um campo aberto opcional para que o profissional de saúde escreva como se sente ou contribua com algo que julga importante e não foi contemplado no estudo. Na segunda etapa da perspectiva qualitativa, a coleta de dados será através de entrevistas semi-estruturadas realizadas online com profissionais de saúde que serão convidados a falar de forma mais aprofundada sobre como tem sido a experiência durante a pandemia de COVID-19. As entrevistas terão por orientação um roteiro pré-estabelecido com perguntas abertas e fechadas (roteiro em anexo). E utilizaremos um software livre denominado Iramuteq para realizar as análises de conteúdo e análise do discurso.

Previsão do número de participantes de pesquisa a serem incluídos no Brasil: 1.000.

Data prevista para encerramento: maio de 2021.

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

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

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

Análise das respostas ao Parecer Consubstanciado nº 4.082.876 emitido em 10/06/2020:

1. Em relação ao documento "QuestionariodigitalCOVIDpro.docx", páginas 7 e 8, há opções a serem assinaladas pelo participante. Favor esclarecer:

a) Se o item "receber resultado da pesquisa" se refere ao resultado do estudo ou ao teste específico para o participante.

RESPOSTA: Será disponibilizado ao participante o resultado do teste específico de avaliação do estresse através da "Escala de Percepção de Estresse-10".

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

b) Esclarecer o "agendamento do teste de função pulmonar", já que não há referência a esse exame no projeto.

RESPOSTA: Houve um erro na digitação. Não haverá realização deste teste nos profissionais de saúde.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2. Quanto ao Registro de Consentimento Livre e Esclarecido – referente ao arquivo "digitalTCLE.docx", postado na Plataforma Brasil em 08/05/2020, seguem as seguintes considerações:

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar  
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.719-040  
 UF: DF Município: BRASILIA  
 Telefone: (61)3315-5877 E-mail: conep@saude.gov.br

## COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 4.102.925

2.1. Na página 15 de 26 do projeto detalhado, lê-se "Na segunda etapa da perspectiva qualitativa, a coleta de dados será através de entrevistas semiestruturadas realizadas online com profissionais de saúde que serão convidados a falar de forma mais aprofundada sobre como tem sido a experiência durante a pandemia de COVID-19." Solicita-se que esta etapa do estudo também seja descrita no registro de consentimento.

RESPOSTA: Acrescentamos esta informação no Registro de Consentimento

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2.2. Considerando que o presente protocolo identifica que a coleta de dados se dará por meio de questionário online, solicita-se que a modalidade de registro indique de forma DESTACADA, ao participante de pesquisa a importância de guardar em seus arquivos uma via do documento de Registro de Consentimento e/ou garantindo o envio de via assinada pelos pesquisadores. Solicita-se adequação.

RESPOSTA: Acrescentamos esta informação no Registro de Consentimento

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2.3. Solicita-se incluir no Registro do Consentimento Livre e Esclarecido a informação de que, havendo algum dano decorrente da pesquisa, o participante terá direito a solicitar indenização através das vias judiciais e ou extrajudiciais (Código Civil, Lei 10.406/2002, Artigos 927 a 954 e Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 19).

RESPOSTA: Acrescentamos esta informação no Registro de Consentimento

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2.4. A Resolução CNS nº 510 de 2016 define risco da pesquisa como "a possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural do ser humano, em qualquer etapa da pesquisa e dela decorrente". Dessa forma, solicita-se que os riscos da pesquisa sejam expressos de forma clara no Registro de Consentimento Livre e Esclarecido, bem como a apresentação das providências e cautelas a serem empregadas para evitar e/ou reduzir efeitos e condições que possam vir a causar algum dano ao participante de pesquisa (Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 2º, Inciso XXV).

RESPOSTA: Acrescentamos esta informação no Registro de Consentimento

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: [conep@saude.gov.br](mailto:conep@saude.gov.br)

COMISSÃO NACIONAL DE  
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 4.102.925

2.5. O Processo e o Registro do Consentimento Livre e Esclarecido deverá garantir a plena liberdade do participante da pesquisa para decidir sobre sua participação, podendo retirar seu consentimento, em qualquer momento da pesquisa, sem prejuízo algum (Resolução CNS 510 de 2016, Artigo 17, Inciso III). Solicita-se adequação.

RESPOSTA: Acrescentamos esta informação no Registro de Consentimento

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2.6. O Processo e Registro do Consentimento Livre e Esclarecido deve informar os meios de contato com o CEP (endereço, e-mail e telefone nacional), assim como os horários de atendimento ao público. Também é necessário apresentar, em linguagem simples, uma breve explicação sobre o que é o CEP. Como o estudo envolve análise ética pela Conep, essas recomendações também devem ser estendidas a esta Comissão (Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 17, Incisos IX e X). Solicita-se adequação.

RESPOSTA: Acrescentamos esta informação no Registro de Consentimento

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2.7. Solicita-se inserir no Registro de consentimento livre e esclarecido a informação sobre o tempo aproximado necessário para o preenchimento do questionário, a fim de orientar adequadamente o participante.

RESPOSTA: Acrescentamos esta informação no Registro de Consentimento

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

**Considerações Finais a critério da CONEP:**

Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - Conep, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 510 de 2016, na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação: Protocolo aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar  
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.719-040  
 UF: DF Município: BRASILIA  
 Telefone: (61)3315-5877 E-mail: conep@saude.gov.br



## COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 4.102.925

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1553356.pdf	17/06/2020 17:36:23		Aceito
Outros	CARTARESPOSTA.doc	17/06/2020 17:35:59	Daniella Campelo Batalha Cox Moore	Aceito
Outros	trackchangesQuestionariodigitalCOVIDpro.docx	17/06/2020 17:34:29	Daniella Campelo Batalha Cox Moore	Aceito
Outros	2aversaoQuestionariodigitalCOVIDpro.docx	17/06/2020 17:33:43	Daniella Campelo Batalha Cox Moore	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	trackchangesdigitalTCLE.docx	17/06/2020 17:33:22	Daniella Campelo Batalha Cox Moore	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	2aversaodigitalTCLE.docx	17/06/2020 17:22:28	Daniella Campelo Batalha Cox Moore	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	2aversaoFINALProjetoCovid19pro.docx	17/06/2020 17:22:11	Daniella Campelo Batalha Cox Moore	Aceito
Outros	Cartaregistrospesquisa.pdf	16/05/2020 13:48:51	Daniella Campelo Batalha Cox Moore	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoprojetoCovidpro.pdf	16/05/2020 13:43:23	Daniella Campelo Batalha Cox Moore	Aceito
Outros	Cartacirculopsicanalitico.pdf	08/05/2020 17:29:13	Daniella Campelo Batalha Cox Moore	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

BRASILIA, 22 de Junho de 2020

Assinado por:  
Jorge Alves de Almeida Venancio  
(Coordenador(a))

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

## 9. Apêndice

### 9.1. Apêndice A: Artigo Publicado na Revista PLOS

Camacho KG, Gomes Junior SCdS, Reis AT, Junqueira-Marinho MdF, Franc, a LCM, Abramov DM, et al. (2022). Repercussions of the COVID-19 pandemic on health professionals in the state of Rio de Janeiro / Brazil. PLoS ONE 17(1): e0261814. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261814>

#### Abstract

Brazil has been severely affected by the COVID-19 pandemic. The high numbers of confirmed cases and deaths have continued unabated since the first reported case, with no flattening or downward turn in the curve. In this context, healthcare workers have been exposed uninterruptedly to stress factors throughout a year of the pandemic. The study's aim was to identify and analyze healthcare workers' perceptions of their feelings and concerns that have surfaced in responding to the pandemic. Method: This was a cross-sectional online qualitative survey study of 554 healthcare personnel working in the state of Rio de Janeiro during the COVID-19 pandemic. Recruitment occurred from July 20 to September 30, 2020, using an online survey, preceded by free informed consent term. Data were analyzed with the IRaMuTeQ software. Results: Through a dendrogram, the words with the highest chi-square were highlighted and grouped into four classes: healthcare workers' fear of falling ill to COVID-19 and infecting their family members; work/labor issues; feelings of powerlessness and need for public policies for government action; and fatigue and burnout in the pandemic. Each word class was also illustrated by a similarity tree. Conclusion: The study revealed healthcare workers' exacerbated fear of infection and transmission of COVID-19 to their family members, besides financial losses and feelings of powerlessness and abandonment.

**Keywords:** coronavirus, healthcare personnel, COVID-19, pandemics, occupational stress

#### Introduction

The COVID-19 pandemic has produced a persistently number of cases with moderate and severe clinical conditions that often require admission to hospital wards and/or the Intensive Care Unit (ICU)[1]. The impact for administrators and healthcare workers has raised huge challenges for the population's healthcare. The World Health Organization (WHO) has declared that healthcare workers are exposed to greater risk of mental and psychiatric disorders. The healthcare workers are more exposed to biological risk, even if they can access adequate training and equipment for providing[2].

At the beginning of the pandemic, the intense exposure of health professionals to biological risks due to lack of material and human resources[3,4]. Knowledge of the disease was limited and specialized equipment insufficient, which contributed to the severity of this first phase[5]. Everything needed to be “reinvented”. The fear of getting sick, of developing severe forms of the disease and taking the virus to the family was a concern, but fear still persists among health professionals, and has profoundly changed the social and work environments, being a major generator of anxiety and other symptoms related to mental health[4].

Like other countries, Brazil has suffered the impacts of COVID-19. The first reported case was on February 26, 2020, and since then the incidence and mortality have continued to grow and fluctuate[6], making a second wave identification difficult once there was no record of a significant drop before. On September 2, 2020, the World Health Organization registered 570 thousand professionals infected with COVID-19 and 2.5 thousand died in the Americas[7] corresponding to the largest number of health professionals infected in the world. Until February 22, 2021, 125,046 cases of Respiratory Syndrome suspected of COVID-19 had been reported in health professionals in the “e-SUS Notifica”[8]. Of these, 33,453 (26.7%) were confirmed for COVID-19. In Brazil, in this same period, the professional categories with the highest number of confirmed cases were technicians / nursing assistants (9,969; 29.8%), registered nurses (5,785; 17.3%), physicians (4,035; 12.1%) and dentists (1,498; 4.5%), the national data on the involvement of health professionals are frightening[8]. The pandemic persists with alarming cases, overloading the health system and its professionals[8]. In view of the health crisis triggered by SARS-CoV-2, and the persistence of the pandemic for just over a year, in June 2021, high rates of cases (17,210,969 confirmed cases) and deaths were still observed in Brazil (482,019 accumulated deaths)[8].

Measures to contain and prevent infection such as washing hands, mask-wearing, and social distancing, among others, have not been completely adopted by the entire population or enforced unequivocally by government authorities. The increase in the demand for healthcare services, alongside a heavy overload on the health system [1,9] and the loss of control over events are thus potential factors generating feelings of vulnerability and fear among healthcare workers, with the potential for serious psychological and cognitive consequences[2].

The identification and assessment of stress-related factors in healthcare workers can help meet the needs of these workers and allow the implementation of measures for improvement, not only in their quality of life[10,11], but also in their work performance. Emotional exhaustion can lead to serious errors in patient care and even jeopardize patient safety[9]. The current study aimed to identify and analyze healthcare workers' perceptions of the feelings and concerns that have surfaced in the response to the COVID-19 pandemic.

## **Method**

### **Study Design, Participants and Study Setting**

This was a cross-sectional and qualitative study with data collection by online survey, of data from the research project clinical-epidemiological and psychosocial profile of healthcare workers in the COVID-19 pandemic in the state of Rio de Janeiro (COVID-19Pro), which collected data on healthcare workers (social workers, biologists/biotechnicians, registered nurses, pharmacists, physical therapists, speech therapists, physicians, nutritionists, psychologists, nurse technicians or assistants, radiology technicians, occupational therapists, laboratory technicians, dentists) in the state of Rio de Janeiro on demographic and work characteristics as well as the workers' subjective manifestations in the COVID-19 pandemic.

The COVID-19PRO research project was conducted at the initiative of a group of researchers from the Fernandes Figueira Institute/FIOCRUZ (IFF/FIOCRUZ), a technical unit of FIOCRUZ dedicated to research, teaching, and patient care for children, adolescents, and women. The group realized the need for a better understanding of the reality experienced by these healthcare workers in Rio de Janeiro, especially those working on the frontline of care in the COVID-19 pandemic.

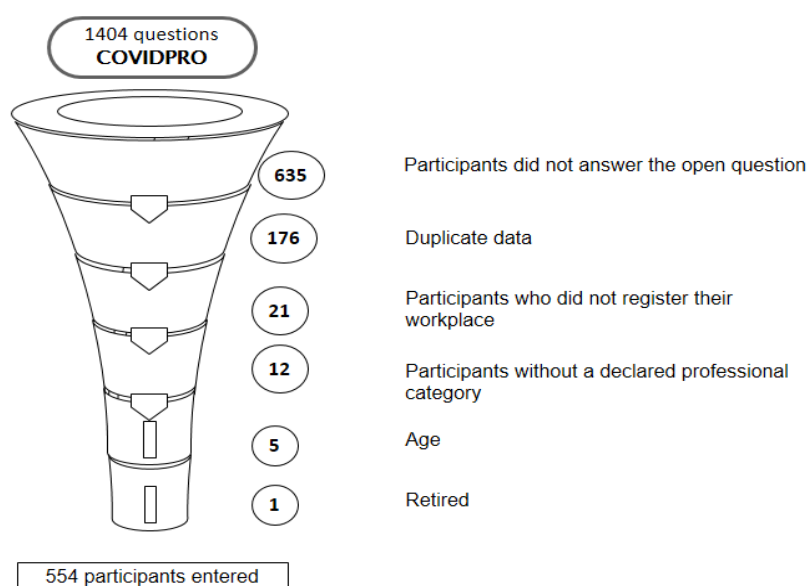
### **Data Collection Procedure**

Data were collected from July 20 to September 30, 2020, using an online form developed in Google Forms, consisting of 30 closed questions and one only open question. The analyzes performed by the IRaMuTeQ software included only the data from the open question: "We would like to leave this space open for you to write how

you feel at this moment in the pandemic or make suggestions on questions that were not covered in this study”. The closed questions were related to sociodemographic, professional and performance data in the COVID-19 pandemic of health professionals, but for a qualitative analysis of the data that generated this article, it only uses the open question of the questionnaire. Participants were only allowed to complete the form after reading and confirming the online informed voluntary consent form.

### Inclusion and exclusion criteria and sample size

Data were collected using convenience sampling methods. The study sample consisted of all the records of responses by healthcare workers who completed the open item of the online questionnaire. Inclusion criteria: being a health professional, working during the COVID-19 pandemic, in the state of Rio de Janeiro, over 18 years old and responding to the open field of the data collection instrument. Exclusion criteria: retired healthcare workers or those with incomplete data on age, sex, and professional category, since these variables were used in composing the line of command in the IRaMuTeQ data analysis software. The study had 1404 participants, but 850 were excluded for the reasons presented in Fig 1, with this, 554 participants were included.



**Fig 1. Participant recruitment diagram. Source: COVID-19Pro Project (2020). Rio de Janeiro – Brazil, 2020. (N=554).**

## Variables

The following variables were analyzed: professional category, age (stratified 18 to 39 years, 40 to 59, and 60 or older), sex (male and female), and the excerpts of text recorded in the open field.

## Development

The segments of text were analyzed with the software IRaMuTeQ (*Interface de R Pour Les Analyses Multidimensionnelles de Textes et Questionnaires*), which allows executing various analyses of textual data, such as calculation of frequency of words or multivariate analyses. The tool is also capable of organizing the words' distribution so as to facilitate understanding and viewing the data through analysis of correspondences, analysis of similarity, and word cloud[12,13]. The analyses performed by this software allow organizing the data obtained in a dendrogram that illustrates the relations between classes and describes the principal results. The dendrogram displays the partitions or interactions that were performed in the classification of the text segments (TS) in the corpus[12].

The following steps were elaborated in this study for the data analysis in IRaMuTeQ: *stage 1– composition of the corpus; stage 2 – elaboration of the lines of command; stage 3 – correction and revision of the corpus; stage 4 –lexical analysis; stage 5 – textual analysis according to the Reinert method; and stage 6 – analysis of similarity.*

### **Stage 1– composition of the corpus:**

This stage consists of the composition of the corpus, which is the set of texts from the various participants, formed by the TS that comprised the answer to the open question. It is necessary to transport all the participants' texts (answers to the single open question) to a single file in UTF-8 format, leaving the first line blank.

**Stage 2 – elaboration of the lines of command:**

This stage consists of defining the lines of command, which allow separating the textual material submitted by each of the participants. In this study the lines of command were defined by the variables: professional category, sex, and age. In the text file in UTF-8 format, we inserted at the beginning of the text the participant's identification and characteristics in the following sequence: \*\*\*\* \*id\_participant \*professional\_category \*sex \*age, where id\_participant is a numerical sequence starting with 001.

**Stage 3 – correction and revision of the corpus:**

This is the most labor-intensive and painstaking stage. The first step of this stage is to perform the text's revision and correction (correcting keying-in, spelling, and grammatical errors, besides excluding any special symbols or characters, such as "%", "'", "\*", "&", "\$", "-" etc.). The second step is to standardize the numbers, terms, and abbreviations. Finally, in the third step it is necessary to define for IRaMuTeQ which sets of words form a compound term (for example: Ministry of Health, which should be referenced in IRaMuTeQ as Ministry\_of\_Health).

**Stage 4 – lexical analysis:**

This stage consists of importing the data from the corpus of the UTF-8 file to IRaMuTeQ. This requires selecting the text file and selecting the language that will be evaluated. IRaMuTeQ version 0.7.alpha.2 works with five languages (English, French, Italian, Portuguese, and Spanish) and allows defining the standard dictionary to be used to identify synonyms in the selected language. For the current study, the corpus was analyzed with Portuguese as the principal language.

**Stage 5 – analysis of the text according to the Reinert method**

The text was analyzed with the Reinert method, which suggests a downward hierarchical classification (DHC) that aims to obtain TS that present similar vocabulary to each other, and different vocabulary from the TS of the other classes, as occurs with hierarchical grouping analysis[12]. The TS are classified as a function

of their respective vocabularies, and the whole set is partitioned as a function of the presence or absence of the reduced forms[14]. Based on the chosen classes, the classification algorithm calculates and furnishes the most characteristic TS in each class. This analysis is performed with the chi-square (degree of freedom)[12,15]. DHC-type analysis requires minimal retention of 75% of the TS to be considered useful. The DHC algorithm allows organizing the data in a dendrogram that illustrates the relations between classes and describes the main results. The dendrogram displays the partitions or interactions performed in the classification of the TS in the corpus[12].

In DHC, IRaMuTeQ processes the text in such a way as to allow identifying the word classes and thus to allow inferring which idea the textual corpus intends to transmit. Each class consists of a group of words with distinct frequencies, but with the highest  $x^2$ , meaning stronger association between these words per class. By reading the TS corresponding to these words, it is possible to identify common elements within each class and thereby define a nomenclature that symbolizes each class. The classes received headings according to the mean of their TS and will be presented according to their division in the dendrogram.

### **Stage 6 – Analysis of similarity**

Analysis of similarity is based on graph theory and allows identifying co-occurrences between the words, with the result providing indications of connexity between words, assisting the identification of the structure in a textual corpus, also distinguishing the common parts and specificities as a function of the illustrative (descriptive) variables identified in the analysis[16].

### **Ethical approval and consent to participate**

The research project is registered in Platform Brazil under CAAE: 31997320.5.0000.5269 and approved by the Institutional Review Board of IFF/FIOCRUZ under case review 4.102.925. All the participants electronically signed an online consent form.



## Results

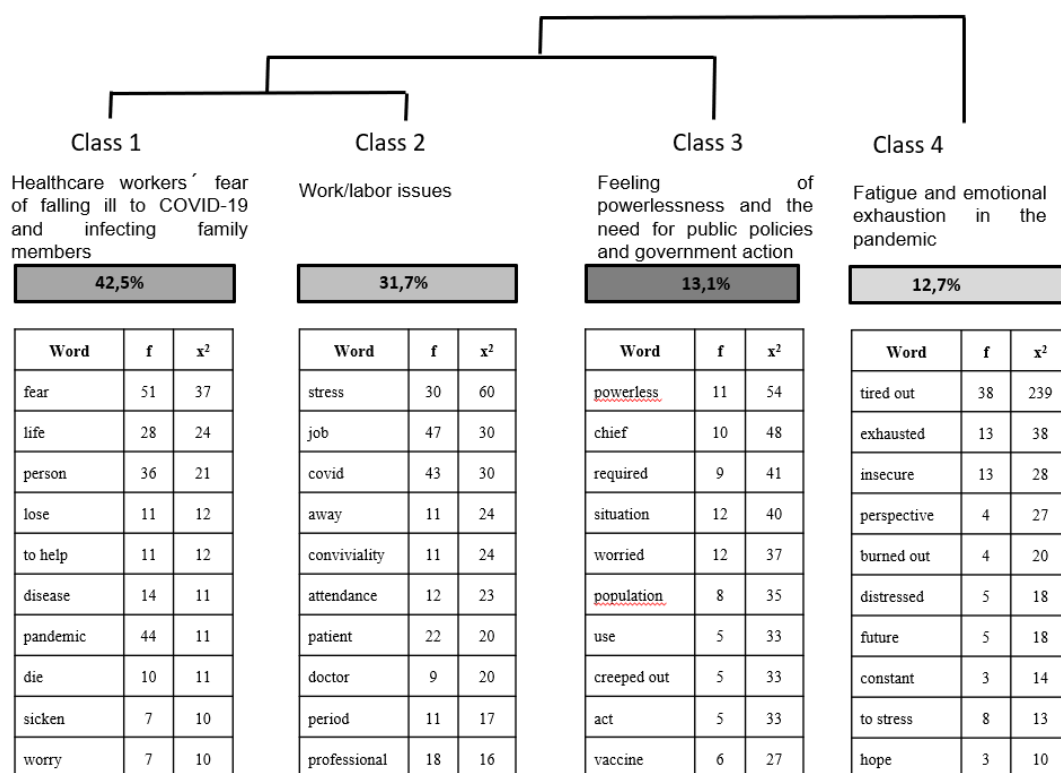
A total of 1,190 replies to the online survey were obtained. Of these, 554 were selected, having completed the open-ended item and met all the study's eligibility criteria. The characteristics of the participants included in the study were displayed in Table 1.

**Table 1.** The Characteristics of the participants included in the study

<b>Characteristic</b>	<b>of (n = 554)</b>
<b>Professions</b>	<b>Number (%)</b>
Sex	
Female	473 (85,38%)
Male	81 (14,62%)
Age bracket (years)	
18-39	151( 27,26%)
40-59	305( 55,05%)
≥ 60	98 (17,69%)
<b>Professions</b>	
Physicians	219 (39,53%)
Nurses	115 (20,76%)
Nurse technicians or assistants	67 (12,09%)
Physical therapists	43 (7,76%)
Psychologists	36 (6,50%)
Dentists	12 (2,17%)
Other professional categories	62 (11,19%)

### Downward hierarchical classification

The classes received headings according to the meaning of their TS presented according to the dendrogram's division Fig 2. The dendrogram thus obtained: **Class 1:** Healthcare workers' fear of falling ill to COVID-19 and infecting family members, corresponding to 42.48% of the TS and 240 words; **Class 2:** Work/labor issues: totaled 31.68% of the TS, with 179 of the analyzable words; **Class 3:** Feeling of powerlessness and the need for public policies and government action: totaled 13.1% of the TS, with 74 words; and **Class 4:** Fatigue and emotional exhaustion in the pandemic: classified 72 words in class 4, with 12.7% of the TS.



**Fig 2. Dendrogram of downward hierarchical classification of classes.**  
Source: COVID-19Pro Project (2020). Rio de Janeiro – Brazil, 2020. (N=554).

### **Class 1: Healthcare workers' fear of falling ill to COVID-19 and infecting family members**

Class 1 accounted for 42.5% of the TS, with the following main elements: fear ( $x^2=37.0$ ;  $p<0,0001$ ), life ( $x^2= 21.5$ ;  $p<0,0001$ ), person ( $x^2=21.0$ ;  $p<0,0001$ ), loss ( $x^2=12.1$ ;  $p=0,000049$ ), help ( $x^2=12.1$ ;  $p=0,00073$ ). The healthcare workers mainly expressed fear associated with the risk of being infected with the virus and developing a severe case of the disease, as well as exacerbated fear of transmitting the disease to their family members, as shown in the following excerpts:

*“afraid of contracting [the virus] and developing a more serious form and dying, or even worse, transmitting it to my children, mother, or husband, or even friends, with them developing serious cases and dying” (Nurse, female, 45 years).*

*“I’m afraid of infecting my mother and of her developing a serious case. How could I save so many lives from COVID and lose my 52-year-old father, one of the most important lives, always by my side? I gave him the right treatment, but it was not enough. I don’t feel bad, thinking I*

*could have given him more medication, but I feel bad for him, having died when I saved so many others at greater risk than him” (Physician, male, 23 years).*

In this context of the pandemic, many healthcare workers voiced thoughts on the impact on life, as expressed in the following excerpt.

*“I’ve been in the health field for nearly 20 years, and I’d never felt so abandoned, with no information, and so vulnerable. Never needed antidepressants. My professional life had never affected my personal life” (Nurse technician, female, 41 years).*

Fear, pandemic, and person were the main words representing class 1, observed in the similarity tree Fig 3. There was a strong connection between the word fear and family, children, friends, transmit, COVID, and die, reflecting the fear of infection and transmission. The other extremity in this branch centers on the word pandemic, which relates to the feeling of sadness, anxiety, help, and control, connoting the relations established during spread of the virus. The connection between the extremities of this tree consists of the word person, referring to the healthcare worker’s own life, establishing a connection between fear and the pandemic.

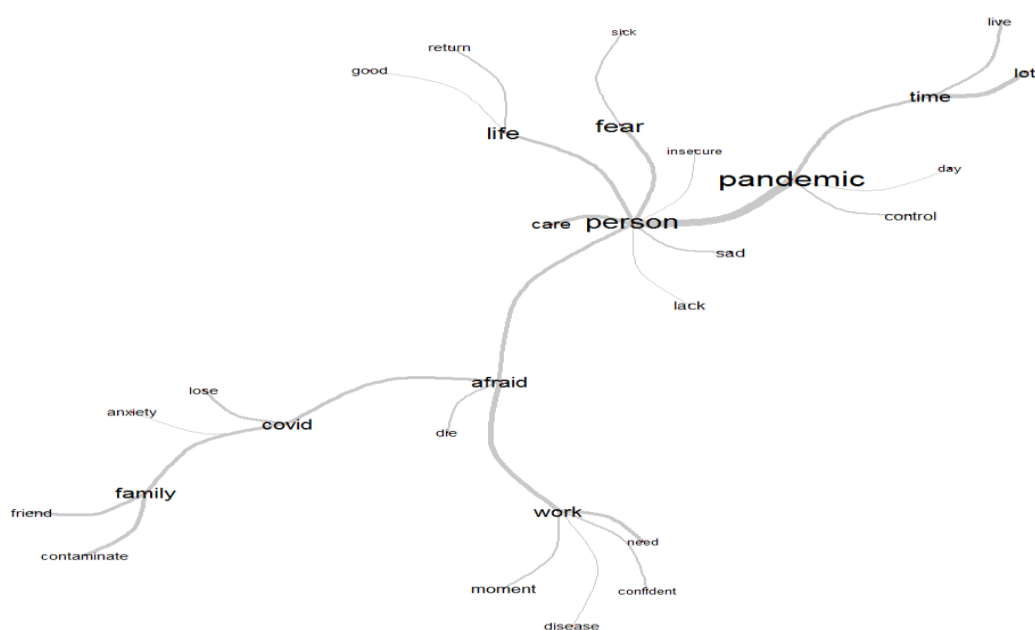


Fig 3. Similarity tree of Class 1: Healthcare workers’ fear of falling ill and infecting family members and friends. Source: COVID-19Pro Research Project (2020). Rio de Janeiro – Brazil, 2020. (N=554).

## **Class 2 : Work/labor issues**

Class 2 presented 31.68% of the TS, with the following principal elements: stress ( $x^2=60.3$ ;  $p<0,0001$ ), work ( $x^2=30.3$ ;  $p<0,0001$ ), COVID ( $x^2=29.9$ ;  $p<0,0001$ ), removal ( $x^2=24.1$ ;  $p<0,0001$ ), and contact ( $x^2=24.1$ ;  $p<0,0001$ ). The most emphatic feeling in this class was work-related stress:

*“I feel overburdened, discriminated, and blocked from my coworkers due to my profession” (Nurse, female, 35 years).*

*“Even with all the care that the COVID situation requires with myself, my family, and patients, the Ministry of Health fired me and my coworkers. I had this job, where the contract did not mention dismissal. The nervousness from unemployment contributed even more to the stress” (Nurse technician, female, 49 years).*

*“Vacations and holidays were suspended at this difficult moment of stress and loss of coworkers. Labor rights were suspended, like time-on-the-job bonus pay, bonus leave, no time-and-a-half pay for night shifts, for coworkers on leave due to preexisting conditions or COVID” (Nurse, female, 51 years).*

*“I often feel depressed because I´m on leave from my workplace at the Institution, since I´m part of the risk group” (Physician, male, 76 years).*

*“My son is four years old, and life with him is really hard now, with school closed, and he gets upset and agitated because I´m gone so long, and when I come home, he lets out all the resentment he feels over my absence” (Physician, female, 40 years).*

Analysis of similarity in class 2, represented in Fig 4, shows a strong connection with the word work, with four peripheral axes. Thus, work is related to feeling a lack of contact, and of being removed. There was also a relationship between the word work and stress, reflecting the moment and the healthcare worker´s activity. There was also a connection between work and children, connoting the idea of difficulties faced in this area, mainly due to the need to be away from home. Finally, it reflects the relationship to the word COVID, indicating a link to the patient, symptoms, hospital environment, coworkers, and fear.

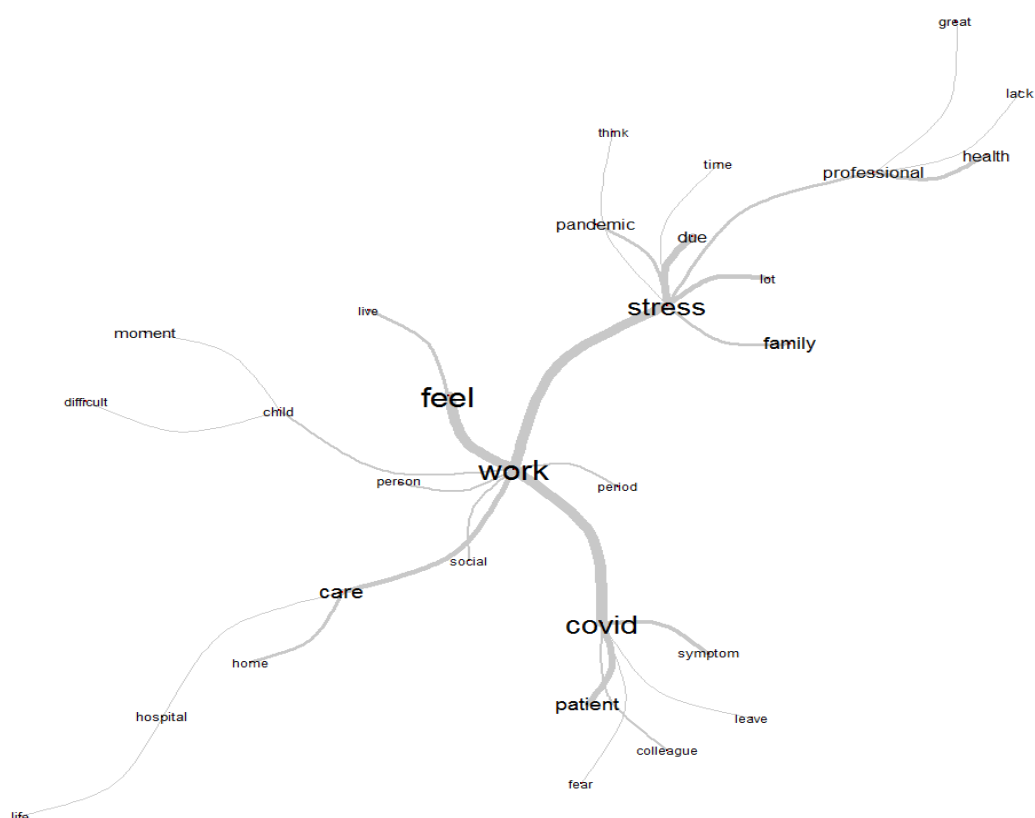


Fig 4. Similarity tree for Class 2: work/labor issues. Source: COVID-19Pro Project (2020). Rio de Janeiro – Brazil, 2020. (N=554).

### **Class 3: Feeling of powerlessness and need for public policies and government action**

This class accounted for 13.1% of the TS, with the following main elements: powerless ( $x^2=54.0$ ;  $p<0,0001$ ), authorities ( $x^2=47.6$ ;  $p<0,0001$ ), necessary ( $x^2=41.2$ ;  $p<0,0001$ ), situation ( $x^2=40.0$ ;  $p<0,0001$ ), worried ( $x^2=37.1$ ;  $p<0,0001$ ). The healthcare workers' quotes point to concern and dissatisfaction over the lack of support from the institution's administrators and the municipal, state, and federal authorities:

*“powerless and sad because of ineffective and corrupt health policy at the federal, state, and municipal levels, denialism, negligence towards the population” (Physician, female, 60 years).*

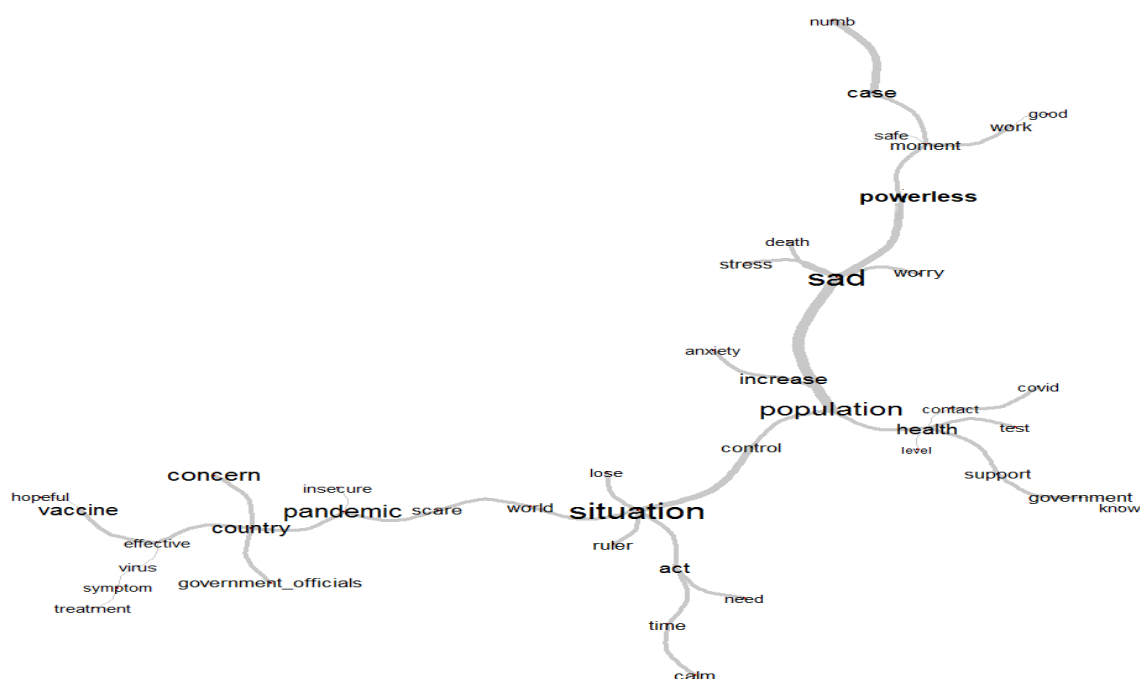
*“I feel that the situation with the pandemic in the country has been out of control for many months, and that the population has not received sufficient clarification from the three spheres of government, while there's a lot of misinformation” (Physician, female, 64 years).*

*“worried about the governmental chaos the country is experiencing and the countless deaths that could have been avoided” (Psychologist, female, 71 years).*

*“at this moment when the number of cases has decreased considerably, I feel more at ease, confident that the situation is under control, little by little” (Physician, female, 29 years).*

*“I’m sad to see the people disrespecting [social distancing] or failing to take the pandemic seriously. My own father is part of the statistics, so I know from personal experience what COVID can do” (Physical therapist, female, 46 years).*

The analysis of data similarity in class 3 generated a tree that expresses intense connection between the word powerless and the feeling of sadness Fig 5. There is a connection from the central axis to the peripheral branch to the word necessary, traversing the words vaccine and hope. Another important branch reproduces sadness with the situation of worrying, mentioning the population’s health and actions by the country and the authorities. There is another peripheral branch of persons referring to feeling more at ease, with fewer cases of COVID-19. This tree refers to the feeling of powerlessness in the face of government acts and generating feelings of concern and at the same time a search for hope, glimpsed in the vaccine.



**Fig 5. Similarity tree for Class 3: feeling of powerlessness and need for government policies and action. Source: COVID-19Pro Project (2020). Rio de Janeiro – Brazil, 2020. (N=554).**

#### **Class 4: Fatigue and emotional exhaustion during the pandemic**

This class accounts for 12.74% of TS, with the following principal lexical structures: tired ( $x^2=239.4$ ;  $p<0,0001$ ), exhausted ( $x^2=38.1$ ;  $p<0,0001$ ), insecure ( $x^2=28.3$ ;  $p<0,0001$ ), perspective ( $x^2=27.5$ ;  $p<0,0001$ ), and burned-out ( $x^2=20.5$ ;  $p<0,0001$ ).

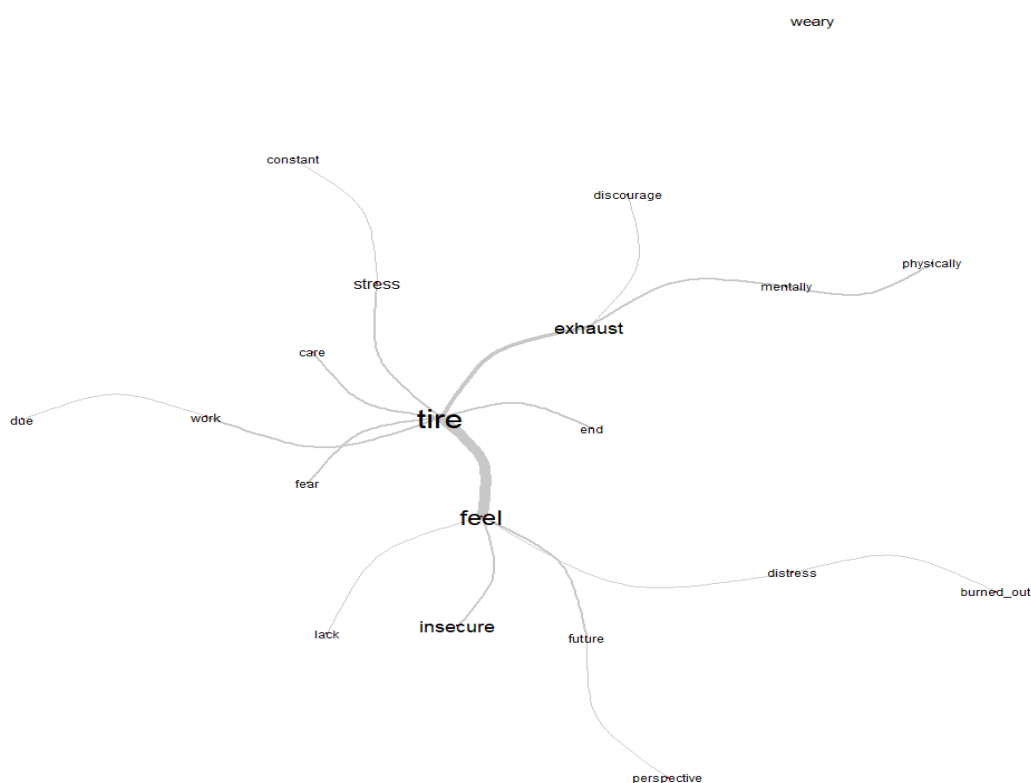
The participants' quotes revealed negative elements, both physical and emotional strain, related to professional practice. Frontline healthcare workers highlighted fatigue, burnout, and physical exhaustion from the pandemic, expressed in the following excerpt:

*"I feel tired and stressed because I work nonstop and I can't see the end of the pandemic and a rebeginning with a new normal" (Physician, female, 49 years).*

*"Abandoned, helpless, disrespected, exhausted, depressed, hopeless, discouraged, indebted, I went two months without receiving my main source of income, humiliated" (Physician, female, 49 years).*

*"I've felt terrible fatigue, anxiety, and concern for the future, because I've watched out for myself and for others, but people have been doing exactly the opposite" (Social worker, male, 31 years).*

The similarity tree generated for class 4 showed the central word tired, which obtained chi-square (degree of freedom): 239.4, the highest chi-square evoked in the open responses Fig 6. The word tired relates to fear, stress, overload, hope, exhausted, burnout, and a feeling of insecurity about the future, a need for prospects for the future.



**Fig 6. Similarity tree for Class 4: Fatigue and burnout in the pandemic.**  
**Source: COVID-19Pro Project (2020). Rio de Janeiro – Brazil, 2020. (N=554).**

## Discussion

This study showed that, facing the pandemic generates in health professionals feelings of insecurity, fear, worry, professional devaluation, lack of motivation, stress, impotence, exhaustion.

It is essential for healthcare workers to feel that their families are safe, and that society values their work by adopting precautionary measures against COVID-19, for these workers to be able to embrace their difficult task with courage and hope[17]. In addition to fear of infection, the study revealed a pervasive feeling of professional devaluation.

The results highlighted fear of being infected with SARS-CoV-2 and transmitting the virus to the family as the predominant feelings in class 1, with the highest chi-square. This concern over falling ill and infecting one's family was observed in previous epidemics, including H1N1 influenza A (2009) and SARS-CoV-



1 (2003) [4]. This concern has a basis in fact, since in September 2020, the Pan-American Health Organization reported that there had been more than 570 thousand COVID-19 cases and 2,500 deaths among healthcare workers in the Americas[6]. Lack of personal protective equipment (PPE) and adequate training, mainly at the beginning of the pandemic, may have contributed to this tragic outcome[7]. According to an online survey of Brazilian healthcare workers in the first semester of 2020, the majority had not received appropriate training for treating COVID-19 patients[18]. During the initial months of the pandemic, overburdened healthcare services forced healthcare workers to deal with prolonged shifts, fatigue, burnout, and lack of PPE or of adequate training. In this context, preventive measures and supervision of practices are important for protecting healthcare workers and their families[19].

The work/labor issues that appeared in class 2 highlighted different experiences depending on the health professional's situation. Among the health care workers on the frontline, issues such as being away from social life appear as an act of protection of family and friends but also due to discrimination for being health professionals. Among those on work leave because they belonged to the risk group, there were reports of discomfort and dissatisfaction. This was also seen in a study showing that employees under quarantine experience a conflict with their roles as healthcare workers and parents/family caregivers, feeling guilty for having left the frontline at a time of workforce shortage and at the same time afraid of being infected or infecting their families[20]. Financial instability, wage cuts, worrisome levels of job insecurity, devaluation, and loss of labor rights at the height of the epidemic were also recorded as stress factors mentioned in other studies[21,22]. This instability and financial losses were observed among those on work leave due to the loss of bonuses, but also among frontline health care workers that have been harmed by temporary employment contracts suffering from late payments and sudden dismissals. The suspension of vacations was another factor that triggered stress among healthcare workers. Another challenge that healthcare workers have faced is the issue of childcare, especially because schools have been closed for a long time in Brazil, and many elderly persons are part of the support network that healthcare workers need to avoid contact with, making care for their children more difficult and complicated [23].

Work-related stress in the pandemic was a major factor in class 2. This feeling was interwoven with others that impacted emotional life and interfered directly in the quality of life of these workers. In Brazil, stress has been continuous and uninterrupted in a public health context that was already unsatisfactory for healthcare personnel before the pandemic. The global health emergency revealed the cycle of reproduction of poverty and social iniquities laying bare, in Brazil, the historical neglect towards public policies, including workers' devaluation[17,24]. The pandemic has displayed healthcare workers' serious vulnerability such as exposure to external factors like biological, economic, and structural risks, in addition to individual factors [17].

Healthcare workers' feeling of powerlessness and anxiety, and of the need for public policies and government action, were shown in class 3. Major concerns include the lack of institutional support and the stance by certain government authorities and state officials who have underestimated the pandemic's severity, contributing to the spread of COVID-19 and to a feeling insecurity, anxiety, and lack of prospects for a brighter future[21,25]. In the midst of denialist speeches by government authorities, we found people who already had a feeling of recrudescence of the pandemic, although the number of cases was still quite high[26]. The similarity tree for this class showed a connection between the feeling of powerlessness and the word vaccine, appearing as an essential measure for immediate intervention[27].

References to unappreciation and lack of prospects for the future were common in the answers. Importantly, the study was conducted in the state of Rio de Janeiro, where a series of scandals rocked both the state and the city during the pandemic: corruption and changes in governors and state health secretaries[28]. Thus, when frontline healthcare workers most needed support and strengthening of government agencies, they felt the most unprotected and insecure, aggravated by payroll delays and layoffs [29]. The governments' difficulty in organizing public policies to prevent crises or mitigate their consequences can be understood from an economic perspective, among other factors: disparities between economic interest groups and the general public[30]. The lack of a solid, organized policy to deal with the crisis merely aggravated the chronic abandonment, since healthcare workers felt no sympathy or support from the government, reinforcing the perception that the epidemic was out of control[31].

Class 4 emphasized fatigue and emotional exhaustion during the pandemic. The word tired was related to fear, stress, overload, hope, exhaustion, and burnout. The preexisting overload on the public health system was drastically exacerbated by the COVID-19 pandemic, intensifying the crisis situation already assailing the world population[32], generating a cycle of discontent and burnout in healthcare workers. This problem may be related to the growing number of SARS-CoV-2 cases in Brazil, leading to greater need for patients' hospitalization and thus a heavy work demand on healthcare workers, resulting in difficulties with human resources, profound changes in the workday, and an increase in the pace and performance of overtime work[2].

The main limitations to this study were the predominance of physicians and nurses among the health professions, preventing stratification by professional category, which would have allowed more in-depth knowledge of the pandemic's impact according to job activity. Another limitation to be considered is that, as this is a qualitative and online survey, the researchers are unable to clarify the participants' responses in detail. The proportionally higher response by these two professions may be explained by selection bias, since the questionnaires were circulated via the social networks of the researchers, who are predominantly physicians and nurses. Another limitation was the predominance of responses by women, although this might be expected since some 70% of healthcare and social services teams in Brazil currently consist of women[33,34]. Another limitation was the process of composing the corpus, since this stage is performed manually and is subject to errors that can interfere directly in the result obtained with IRaMuTeQ. To minimize the occurrence of these errors, this stage was performed with double-checking by two researchers, and divergences were discussed and resolved in a consensus group. Even with these limitations, one of the key strengths of the study is that the IRaMuTeQ software expands the textual analysis to a large dataset beyond simple frequencies.

## **Conclusion**

The study revealed healthcare workers' exacerbated fear of being infected with SARS-CoV-2 and transmitting the infection to their families, besides financial losses and feelings of powerlessness and abandonment. These feelings were

aggravated by lack of political direction or of implementation of effective measures to minimize and control the spread of the disease. Some of these healthcare workers manifested signs of physical and emotional illness, evidencing a second, silent pandemic of negative feelings and heavy stress.

The analysis also revealed the workers' prolonged exposure to stressful factors such as work overload and fatigue. Healthcare workers' precarious work conditions, which existed before the pandemic, have been exacerbated during the COVID-19 pandemic. These precarious conditions reveal barriers in the implementation of public policies to protect health workers' own health.

For these healthcare workers to feel less abandoned and more secure, it is the responsibility of governments and administrators to furnish timely and accurate information based on scientific evidence. Valuing the workforce and implementing healthcare policies are also strategic actions to support the mental and occupational health of these workers.

Considering the persistence of the pandemic and consequently the continuous physical and mental overload of health professionals to stressful factors, it is valid to evaluate the reports of these professionals, to listen to their perceptions, detect warning signs and promote possible early intervention of clinical and especially emotional support during the pandemic, configuring a preventive health care measure for this professional class.

### **Acknowledgment**

To the health professionals in the state of Rio de Janeiro who kindly participated in this research. And to the postgraduate sector of National Institute of Women, Children and Adolescents Health Fernandes Figueira / FIOCRUZ for their help in translating the article.

### **References**

1. Pitombo J, Pasquini P, Valadares J, Barbon J, Albuquerque A, Maisonnave F. States open 1,400 ICU beds for Covid-19, but occupancy remains high [Internet]. Folha de S. Paulo. 2020 [cited 2020 Dec 20]. Available from:

<https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/05/estados-abrem-1400-leitos-de-uti-para-covid-19-mas-ocupacao-segue-alta.shtml>

2. Loss J da C, Boechat L, Silva L, Dias V. The mental health of health professionals on the front lines against Covid-19. *Rev Transform.* 2020 September 6;14(4):54–75.
3. Cohen J, Rodgers Y van der M. Contributing factors to personal protective equipment shortages during the COVID-19 pandemic. *Prev Med.* 2020 December de 2020;141:106263.
4. El-Hage W, Hingray C, Lemogne C, Yroni A, Brunault P, Bienvenu T, et al. [Health professionals facing the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: What are the mental health risks?]. *L'Encephale.* 2020 June;46(3S):S73–80.
5. Graichen H. What is the difference between the first and the second/third wave of Covid-19? – German perspective. *J Orthop [Internet].* 2021 January 27 [cited 2021 April 8]; Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0972978X21000118>
6. The Lancet. COVID-19 in Brazil: “So what?” *Lancet Lond Engl.* 2020;395(10235):1461.
7. PAHO. COVID-19 infected around 570,000 health workers and killed 2,500 in the Americas [Internet]. [cited 2021 February 10]. Available from: <https://www.paho.org/en/news/2-9-2020-covid-19-has-infected-some-570000-health-workers-and-killed-2500-americas-paho>
8. Ministry of Health. Special Epidemiological Bulletin - Coronavirus Disease COVID-19. Brazil: Health Surveillance Department; 2021 p. 20. (Profile of reported cases of SG and confirmed by COVID-19 and hospitalized SRAG cases and deaths from SRAG in healthcare professionals). Report No.: 51.
9. Garcia C de L, Abreu LC de, Ramos JLS, Castro CFD de, Smiderle FRN, Santos JAD, et al. Influence of Burnout on Patient Safety: Systematic Review and Meta-Analysis. *Med Kaunas Lith.* 2019;55(9).
10. Vizheh M, Qorbani M, Arzaghi SM, Muhidin S, Javanmard Z, Esmaili M. The mental health of healthcare workers in the COVID-19 pandemic: A systematic review. *J Diabetes Metab Disord.* 2020 October 26;1–12.
11. Saragih ID, Tonapa SI, Saragih IS, Advani S, Batubara SO, Suarilah I, et al. Global prevalence of mental health problems among healthcare workers during the Covid-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud.* 13 de June de 2021;121:104002.
12. Camargo B, Justo A. Tutorial for using the software (R interface pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires). [Internet]. Laboratory of Social Psychology of Communication and Cognition; 2018. Available from: <http://IRaMuTeQ.org/documentation/fichiers/tutoriel-portugais-22-11-2018>

13. Loubère L, Ratinaud P. Documentation IRaMuTeQ 0.6 alpha 3 version 0.1. [Internet]. 2014. Available from: <[http://www.IRaMuTeQ.org/documentation/fichiers/documentation\\_IRaMuTeQ\\_21\\_1\\_2\\_2013.pdf](http://www.IRaMuTeQ.org/documentation/fichiers/documentation_IRaMuTeQ_21_1_2_2013.pdf)> the accessed to 2016 April 2.
14. Reinert M. ALCESTE, une méthodologie d'analyse des données textuelles et une application: Aurélia de G. de Nerval. Bulletin de méthodologie sociologique; 1990;24(54):28.
15. Oliveira LFR. Tutorial (basic) for using IRaMuTeQ. [Goiânia]: Federal University of Goiás; 2015.
16. Marchand P, Ratinaud P. L'analyse de similitude appliquée aux corpus textuelles: les primaires socialistes pour l'élection présidentielle française. I. In Liège, Belgique: JADT; 2012. and put 687–99.
17. Teixeira CF de S, Soares CM, Souza EA, Lisboa ES, Pinto IC de M, Andrade LR de, et al. The health of healthcare professionals coping with the Covid-19 pandemic. Ciênc Amp Saúde Coletiva. September de 2020;25(9):3465–74.
18. Cotrin P, Moura W, Gambardela-Tkacz CM, Pelloso FC, Santos L dos, Carvalho MD de B, et al. Healthcare Workers in Brazil during the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Online Survey. Inq J Health Care Organ Provis Financ. 2020January 1;57:0046958020963711.
19. Karlsson U, Fraenkel C-J. Covid-19: risks to healthcare workers and their families. BMJ. 28 de October de 2020;371:m3944.
20. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. The Lancet. 2020 March ;395(10227):912–20.
21. Halcomb E, McInnes S, Williams A, Ashley C, James S, Fernandez R, et al. The Experiences of Primary Healthcare Nurses During the COVID-19 Pandemic in Australia. J Nurs Scholarsh Off Publ Sigma Theta Tau Int Honor Soc Nurs. September de 2020;52(5):553–63.
22. Halcomb E, Williams A, Ashley C, McInnes S, Stephen C, Calma K, et al. The support needs of Australian primary health care nurses during the COVID-19 pandemic. J Nurs Manag. October de 2020;28(7):1553–60.
23. Souadka A, Essangri H, Benkabbou A, Amrani L, Majbar MA. COVID-19 and Healthcare worker's families: behind the scenes of frontline response. EClinicalMedicine [Internet]. 2020;23((Souadka A., a.souadka@um5s.net.ma; Essangri H.; Benkabbou A.; Amrani L.; Majbar M.A.) Surgical Oncology Department, National Institute of Oncology, University Mohammed V in Rabat, Morocco). Available from: <https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L2005910388&from=export>

24. Cueto M. Covid-19 and the epidemics of globalization. *History, Science, Health – Manguinhos*. 2020 March ;1–4.
25. Schwarcz LM. When the 20th century ends (Brief Company) [Internet]. 1a. Companhia das Letras; 2020 [ cited 2021 February 11]. 27 p. Available from: <https://www.amazon.com.br/Quando-acaba-s%C3%A9culo-Breve-Companhia-ebook/dp/B08D9T62H6>
26. Duarte A de M, César MR de A. Denial of Politics and Denialism as Politics: pandemic and democracy. *Educ Real*. 2020;45(4):e109146.
27. Frederiksen LSF, Zhang Y, Foged C, Thakur A. The Long Road Toward COVID-19 Herd Immunity: Vaccine Platform Technologies and Mass Immunization Strategies. *Front Immunol* [Internet]. 2020 [cited 2021 February 10 ];11. Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fimmu.2020.01817/full>
28. Boschiero, MN, et al. One Year of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Brazil: A Political and Social Overview. *Annals of Global Health*, v. 87, n. 1, p. 44, 2021 May 18.
29. Rodríguez BO, Sánchez TL. The Psychosocial Impact of COVID-19 on health care workers. *Int Braz J Urol Off J Braz Soc Urol*. 2020 July ;46(suppl.1):195–200.
30. Lipsy P. COVID-19 and the Politics of Crisis. *Int Organ*. 2020;1–30.
31. Cotrin P, Moura W, Gambardela-Tkacz CM, Pelloso FC, dos Santos L, Carvalho MD de B, et al. Healthcare Workers in Brazil during the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Online Survey [Internet]. [cited 2021 August 3]. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0046958020963711>
32. Santos LMD. The Relationship between the COVID-19 Pandemic and Nursing Students' Sense of Belonging: The Experiences and Nursing Education Management of Pre-Service Nursing Professionals. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 August 12;17(16).
33. Hernandez ESC, Vieira L. The war has a woman's face: health workers in the fight against Covid-19 [Internet]. National Association of Specialists in Public Policy and Government Management (ANESP). 2020 [cited 2021 February 11]. Available from: <http://anesp.org.br/todas-as-noticias/2020/4/16/a-guerra-tem-rosto-de-mulher-trabalhadoras-da-sade-no-enfrentamento-covid-19>
34. CONASEMS CN de SM de Saúde. Women's leading role in health: women are the majority in SUS services and management [Internet]. National Council of Municipal Health Secretariats. 2020 [cited 2021 February 11]. Available from: <https://www.conasems.org.br/o-protagonismo-feminino-na-saude-mulheres-sao-a-maioria-nos-servicos-e-na-gestao-do-sus/>