



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM – EENF
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - PPGENF/UFAL**

CINTHIA RAFAELA AMARO GONÇALVES ANDRADE

**O ADOECIMENTO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM POR
COVID-19: uma análise a partir da teoria da incerteza da doença**

**MACEIÓ
2021**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - MESTRADO

CINTHIA RAFAELA AMARO GONÇALVES ANDRADE

**O ADOECIMENTO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM POR
COVID-19: uma análise a partir da teoria da incerteza da doença**

Dissertação apresentada à banca de defesa, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas – UFAL.

Orientadora: Profa. Dra. Laís Miranda Crispim Costa

**MACEIÓ
2021**

Catálogo na Fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecário: Marcelino de Carvalho Freitas Neto – CRB-4 – 1767

A553a Andrade, Cinthia Rafaela Amaro Gonçalves.

O adoecimento de profissionais de enfermagem por COVID-19 : uma análise a partir da teoria da incerteza da doença / Cinthia Rafaela Amaro Gonçalves Andrade. - 2021.

101 f. : il.

Orientadora: Laís Miranda Crispim Costa.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem. Maceió, 2021.

Bibliografia: f. 90-96.

Apêndices: f. 97-100.

Anexo: f. 101.

1. COVID-19. 2. Profissionais de enfermagem. 3. Teoria da incerteza da doença. I. Título.

CDU: 616-083:578.834

À **Deus**, pela bondade e misericórdia para comigo, me dando fôlego de vida e força para
guerrear todos os dias,
A **minha mãe**, Cristina, companheira em todas as horas, amiga e intercessora, e ao **meu pai**,
Reginaldo, que mesmo distante sinto a força de seu amor, incentivando-me a vencer,
Ao amor da minha vida, **meu filho** Vinícius,
A **minha irmã**, Cibelly,
A minha “*ori*” Laís pelos incentivos, paciência e parceria na finalização deste ciclo,
As **minhas amigas** Renata, Isabella e Hérika
E a **todos os profissionais da enfermagem**, que diante de tantas incertezas e adversidades
enfrentadas durante a pandemia, dedicaram-se ao cuidado com coragem e empenho.

AGRADECIMENTOS

A Deus, toda honra, toda glória e todo louvor para sempre!

É com uma felicidade imensa, que não cabe dentro de mim, que agradeço a Deus por me permitir chegar aqui. Foram muitas as dificuldades que passei ao longo desse ciclo. Por vezes pensei em desistir, mas Deus em sua infinita bondade abençoe-me colocando em meu caminho pessoas incríveis que caminharam lado a lado e contribuíram para que este momento se tornasse realidade.

Agradeço a minha mãe, SUPER-MULHER, que esteve comigo em todos os momentos, sendo a palavra amiga e apoio de todas as formas possíveis, inclusive no cuidado, da “*peçoinha*” mais importante da minha vida, meu Vinícius. As minhas amigas Renata, Isabella e Hérika, pelos momentos de cumplicidade, ajudando da melhor forma possível, contribuindo com esta conquista e por este motivo não poderia deixar de agradecê-las.

A minha orientadora, Prof^ª. Dr^ª. Laís de Miranda Crispim Costa, por ter comprado este desafio junto comigo, apoiando em todas as etapas deste trabalho. Vê-lo finalizado, só foi possível graças à motivação, confiança e os esforços transmitidos por você. Muita gratidão envolvida! Para além deste trabalho, a admiração pela grande profissional, e pessoa que és. Desde o primeiro momento da nossa parceria, tinha a certeza que meu mundo acadêmico não seria mais o mesmo, e que com suas contribuições eu estaria galgando grandes rumos para minha vida profissional. Muito obrigada por tudo.

À banca examinadora, em nome das professoras Janaina Pereira e Ingrid Martins, pela valiosa contribuição.

À Universidade Federal de Alagoas - UFAL;

À Escola de Enfermagem - EENF;

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem;

E não poderia deixar de agradecer aos profissionais de enfermagem entrevistados, pela concessão de informações valiosas para a realização deste estudo, sem os quais esta pesquisa não seria possível.

*"Devemos promover a coragem onde há medo,
promover o acordo onde há conflito e inspirar
esperança onde há desespero."*

(Nelson Mandela)

RESUMO

Introdução: Este estudo apresenta como objeto a experiência de incerteza vivenciada por profissionais de enfermagem durante o processo de adoecimento pela COVID-19. A incerteza da doença está intrinsecamente relacionada à incapacidade de determinar sentido aos acontecimentos que tenham relação com ela, no sentido de atribuir valores concretos, prever resultados e construir estratégias de enfrentamento. É possível destacar que o recebimento do diagnóstico por si só não ameniza as incertezas da pessoa acometida pela COVID-19.

Objetivos: Analisar as incertezas vivenciadas por profissionais de enfermagem que adoeceram por COVID-19. **Metodologia:** Pesquisa do tipo qualitativa de caráter exploratório-descritivo, realizada com 20 profissionais de enfermagem que adoeceram pela Covid-19, cujos depoimentos foram colhidos através de entrevista semiestruturada. Foi realizada análise do conteúdo de Minayo e utilizado como referencial teórico a Teoria Reconceptualizada da Incerteza da Doença de Merle Mishel (1990). **Resultados e discussão:** Após a organização dos dados e reflexão acerca dos achados emergiram as seguintes categorias de análise: *Categoria 1* - A capacidade cognitiva e a inferência na previsibilidade de (in)certeza da doença; *Categoria 2* - Uma ameaça real? A incerteza do desconhecido; *Categoria 3* - Estratégias de enfrentamento – "*Coping*" – e suas repercussões nas reações adaptativas.

Conclusão: Partindo do pressuposto de que a pandemia mundial pelo novo Coronavírus surgiu com uma imensidão de incertezas e que estas repercutem como falta de clareza e inadequação no estado cognitivo, prejudicando a interpretação e avaliação dos acontecimentos da vivência da doença e comprometendo a adaptação da pessoa adoecida, entendemos que a aplicação da Teoria da Incerteza da Doença foi um referencial teórico adequado para leitura do fenômeno do adoecimento dos profissionais de enfermagem pela COVID-19.

Descritores: COVID-19. Profissionais de Enfermagem. Teoria da Incerteza da Doença.

ABSTRACT

Introduction: This study had as its object the experience of uncertainty experienced by nursing professionals during the illness process by COVID-19. The uncertainty of the disease is intrinsically related to the inability to make sense of events that are related to it, in the sense of assigning concrete values, predicting results and building coping strategies. It is noteworthy that receiving the diagnosis by itself does not alleviate the uncertainty of the person affected by COVID-19. **Objectives:** To analyze the uncertainties experienced by nursing professionals who got sick from COVID-19. **Methodology:** It was a qualitative exploratory-descriptive research, carried out with 20 nursing professionals who fell ill by Covid-19, whose statements were collected through semi-structured interviews. Minayo's content analysis was performed and Merle Mishel's (1990) Reconceptualized Theory of Disease Uncertainty was used as a theoretical framework. **Results and discussion:** After organizing the data and reflecting on the findings, the following categories of analysis emerged: Category 1 - Cognitive capacity and the inference in the predictability of (un)certainly of the disease; Category 2 - A real threat? The uncertainty of the unknown; Category 3 - Coping strategies - "Coping" - and their repercussions on adaptive reactions. **Conclusion:** Assuming that the worldwide pandemic for the new Coronavirus arose with a multitude of uncertainties and that these reflect as a lack of clarity and inadequacy in the cognitive state, impairing the interpretation and evaluation of the events of the disease experience and compromising the adaptation of the sick person, We understand that the application of the Disease Uncertainty Theory was an adequate theoretical framework for reading the phenomenon of illness among nursing professionals by COVID-19.

Descriptors: COVID-19. Nursing professionals. Disease Uncertainty Theory.

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** Perfil dos profissionais de enfermagem que foram participantes da pesquisa. Maceió, 2021. 38
- Quadro 2** Perfil dos profissionais de enfermagem que foram participantes da pesquisa quanto a categoria e exercício profissional, jornada de trabalho, atuação e capacitação para enfrentamento a Covid-19. Maceió, 2021. 39

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Modelo de percepção da incerteza da doença, de Mishel e Braden (1988)	34
Figura 2	Espaço quadripolar da pesquisa “O adoecimento dos Profissionais de Enfermagem por Covid-19: uma análise a partir da teoria da incerteza da Doença”. Maceió, 2021.	37
Figura 3	Articulação dos pilares da TRID a partir do desvelar do fenômeno pelos núcleos temáticos para construção das categorias de análise. Maceió, 2021.	41
Figura 4	Reconhecimento dos antecedentes da doença dos profissionais de enfermagem que adoeceram pela Covid-19 no modelo de percepção da incerteza da doença, de Mishel e Braden (1988), 2021.	42
Figura 5	Reconhecimento da avaliação da incerteza como ameaça ou oportunidade dos profissionais de enfermagem que adoeceram pela Covid-19 no modelo de percepção da incerteza da doença, de Mishel e Braden (1988), 2021.	60
Figura 6	Manifestações de segurança e proteção <i>versus</i> provedores de estrutura e enfrentamento a luz da TRID, 2021.	76
Figura 7	Reconhecimento das estratégias de “ <i>Coping</i> ” dos profissionais de enfermagem que adoeceram pela Covid-19 no modelo de percepção da incerteza da doença, de Mishel e Braden (1988), 2021.	77

SUMÁRIO

1. Error! Bookmark not defined.	
2.	12
3. Error! Bookmark not defined.	
3.1. Tipo de Estudo	25
3.2. Cenário da pesquisa	25
3.3. Participantes da pesquisa	26
3.4. Critérios de inclusão	26
3.5 Critérios de exclusão	26
3.6. Aproximação dos participantes	26
3.7. Produção das informações	27
3.7.1 Instrumento de produção das informações	27
3.7.2 Análise das informações	29
3.8. Referencial teórico	29
3.8.1 Teoria Reconceptualizada da Incerteza da doença de Merle Helaine Mishel	31
3.8.2 Principais Conceitos Da Teoria Da Incerteza De Merle Mishel	33
3.9. Representação do espaço quadripolar da pesquisa	36
3.10. Aspectos éticos	37
3.10.1 Submissão no comitê de ética	37
3.10.2 Termo de consentimento livre e esclarecido	37
4.	38
4.1 Caracterização dos participantes	38
4.2 O desvelar do fenômeno	40
4.2.1 A capacidade cognitiva e a inferência na previsibilidade de (in)certeza da doença	41
4.2. 2Uma ameaça real? A incerteza do desconhecido	59
4. 2.3 Estratégias de enfrentamento, " <i>Coping</i> " e suas repercussões nas reações adaptativas	76
5.	8888
REFERÊNCIAS	86
APÊNDICE A - ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA	97
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	98
APÊNDICE C – DECLARAÇÃO DE CUMPRIMENTO DAS NORMAS DA RESOLUÇÃO 466/12, DE PUBLICIZAÇÃO DOS RESULTADOS E SOBRE O USO E DESTINAÇÃO DO MATERIAL/DADOS COLETADOS	100
ANEXO A - CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA	101

1. INTRODUÇÃO

Este estudo teve como objeto **a experiência de incerteza vivenciada por profissionais de enfermagem durante o processo de adoecimento pela COVID-19**. O interesse em estudar esta questão surgiu a partir do contexto atual de enfrentamento da Pandemia por um novo tipo de Coronavírus, onde vivencia-se mundialmente a exposição dos profissionais de enfermagem na linha de frente do cuidado, bem como o seu adoecimento pela COVID-19, diante de um cenário de incertezas nos mais diversos aspectos.

No final do ano de 2019, o novo Coronavírus foi nomeado como SARS-CoV-2, que produz a doença classificada como COVID-19 (significa *Corona Virus Disease*– Doença do Coronavírus, enquanto “19” se refere a 2019), sendo agente causador de uma série de casos de pneumonia na cidade de Wuhan (China). A infecção humana provocada pelo SARS-CoV-2 é uma zoonose. O vírus é classificado como um beta Coronavírus do mesmo subgênero da Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS), porém de outro subtipo. A transmissão do SARS-CoV-2 de humanos para humanos foi confirmada inicialmente na China e nos EUA, e ocorre principalmente pelo contato com gotículas respiratórias oriundas de pacientes doentes e sintomáticos. A transmissão do vírus por indivíduos assintomáticos segue em controvérsia até o presente momento. Em média, o período de incubação é estimado em 5 a 6 dias, podendo variar de 0 a 14 dias (BRASIL, 2020).

“O vírus tem alta transmissibilidade e provoca uma síndrome respiratória aguda que varia de casos leves com cerca de 80%, a casos muito graves com insuficiência respiratória com percentual variando entre 5% e 10% dos casos”. Sua letalidade varia, principalmente, conforme a faixa etária, com prevalência maior nos idosos e pessoas com condições clínicas associadas (BRASIL, 2020, p. 3).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), declarou em 30 de janeiro de 2020, o surto da doença causada pelo novo coronavírus como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional. Em 11 de março de 2020, a COVID-19 foi caracterizada pela OMS como uma pandemia. Foram confirmados no mundo 211.730.035 casos e 4.430.697 mortes até 22 de agosto de 2021. Na região das Américas e 81.824.784 pessoas que foram infectadas pelo novo coronavírus se recuperaram, conforme dados de 22 de agosto de 2021 (OMS, 2020). No Brasil, até 22 de agosto de 2021, foram confirmados 20.570.89 casos com 574.527 óbitos, com letalidade de 2,8% e no Nordeste, foram confirmados 4.714.033 casos, 114.734 óbitos, segundo dados do painel coronavírus do Ministério da Saúde (BRASIL, 2021).

Em Alagoas, até 22 de agosto de 2021, foram confirmados 234.084 casos e 2.298 óbitos, com incidência de 7014,1/100 mil habitantes (BRASIL, 2020). Dos casos confirmados, 7.604 são profissionais da saúde, segundo informe epidemiológico do Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde (CIEVS/AL) (2021). Entre esses profissionais de saúde encontram-se a equipe de enfermagem, que majoritariamente atua na linha frente de combate à pandemia do novo coronavírus.

O Conselho Regional de Enfermagem de Alagoas (COREn-AL) pontuou que até 15 de julho de 2020, foram confirmados ou com suspeita 1.042 profissionais de enfermagem por adoecimento por COVID-19, sendo distanciados de suas atividades laborais para isolamento, tratamento e recuperação. Destes, 151 enfermeiros foram classificados como casos suspeitos, 121 confirmados e 3 óbitos. Entre os técnicos e auxiliares, são 482 suspeitos, 282 confirmados e também três óbitos (COREN-AL, 2020).

O COREn-AL refere que os dados são colhidos a partir de informações apontadas pelos serviços de saúde do estado e que as atualizações dos números são feitas quando as instituições comunicam os novos casos. Relata ainda que “os números, ainda não refletem a atual situação vivida, pois o conselho aguarda os dados das instituições que ainda não responderam as solicitações” (COREN-AL, 2021).

Já o Conselho Federal de Enfermagem (COFEn) registrou até o dia 07 de setembro de 2020, 58.153 casos reportados (somatório de casos confirmados e suspeitos) de COVID-19 em profissionais de enfermagem no Brasil, dos quais 862 foram a óbito. Nessa mesma data, Alagoas havia registrado 172 casos de COVID-19 em profissionais de enfermagem, com 9 óbitos. (Disponível em: <http://observatoriodaenfermagem.cofen.gov.br/>).

Segundo o COFEn, “a questão da enfermagem” é muito preocupante visto que é o profissional dessa categoria que se encontra na linha de frente de combate e controle da propagação do SARS-CoV-2, ficando ao lado da pessoa enferma praticamente 24 horas por dia nos mais diferentes níveis de atenção à saúde, sendo impossível a condicionalidade de que alguns adoçam. Os números são significativos e já causam impacto pelo déficit de pessoal de enfermagem, conforme afirma a instância federal do conselho, pontuando para o fato de que essa carência já existia e se atenuou ainda mais no contexto pandêmico (COFEN, 2020).

É notório que a equipe de enfermagem se encontra totalmente imersa no cuidado direto às pessoas suspeitas e infectadas, trabalhando nessas circunstâncias com elevado nível de cautela e atenção no cuidado do outro e de si. Ao mesmo tempo em que realiza o cuidado da pessoa adoecida também precisa proteger-se para não contrair a doença e/ou propagá-la. E ainda na perspectiva do cuidado de si e da pessoa, no contexto social e familiar, pode-se

também pontuar a pressão e estresse com repercussões em um contexto de incerteza a respeito da propagação da doença e de estigmatização, muitas vezes temendo transmitir a doença aos seus familiares.

Desta forma, ao se pensar o combate a COVID-19 na linha de frente, na perspectiva do profissional de enfermagem, no contexto das funções laborais, essa pode manifestar-se tanto como fonte de satisfação pelo trabalho realizado e o dever ético-profissional cumprido, como de dor, sofrimento e incertezas diante do adoecimento.

No tocante a Alagoas, cenário desse estudo, os números de casos confirmados de profissionais infectados com o novo Coronavírus já fazem parte da realidade atual do estado, demandando a travessia para o outro lado do cuidado, ou seja, quem era cuidador agora passa a ser cuidado. Esse processo de adoecimento ultrapassa os sintomas físicos ao trazer repercussões no âmbito dos anseios, do conhecimento, dos medos, da visão de mundo, das inseguranças e incertezas.

Com base na Teoria da Incerteza da Doença, essas questões podem ser interpretadas de forma positiva ou negativa, configurando-se como possibilidade ou ameaça. Segundo Amorim et al., (2018), quando interpretada como ameaça “o medo do desconhecido, a falha e a ausência de comunicação, a não informação e demais fatores manifestados na doença” são entendidos com agentes estressores e a incerteza representa perigo para as representações, condição de saúde e o enfrentamento da doença.

A incerteza da doença está intrinsecamente relacionada à incapacidade de determinar significado aos acontecimentos que tenham relação com ela, no sentido de atribuir valores concretos, prever resultados e construir estratégias de enfrentamento. É possível destacar que o recebimento do diagnóstico por si só não ameniza as incertezas da pessoa acometida por COVID-19. Mesmo com toda corrida da comunidade científica em busca das melhores evidências, ainda há uma necessidade de domínio de conhecimento acerca da doença, da terapêutica clínica e do tratamento.

Diante do exposto, o estudo traz as seguintes questões norteadoras: Quais as incertezas vivenciadas por profissionais de enfermagem que adoeceram por COVID-19 no estado de Alagoas? Como os profissionais de enfermagem avaliam a vivência do adoecimento? Quais estratégias foram utilizadas por esses profissionais no enfrentamento da incerteza da doença? E nesse contexto propõe como objetivo: **Analisar as incertezas vivenciadas por profissionais de enfermagem que adoeceram por COVID-19.**

O estudo faz-se relevante pelas contribuições científicas, visto as lacunas de conhecimento existente na literatura a respeito do adoecimento por profissionais de

enfermagem acometidos pelo COVID-19. E faz-se importante pela contribuição com a construção desse conhecimento, hoje ausente/insuficiente, que, em última instância, visa a melhoria da atenção à saúde da população investigada.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A Covid-19 e suas repercussões

A pandemia compõe-se de inumeráveis surtos e epidemias, dores individuais e familiares, semelhantes nos aspectos biológicos e incomparáveis em outros sentidos (HENRIQUES; VASCONCELOS, 2020).

Causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, a COVID-19 é uma doença respiratória aguda, potencialmente grave nos seres humanos, que possui altas taxas de contaminação e disseminação mundial (BRASIL, 2020). É bem sabido que no início de 2020, instaurou-se a disseminação da doença, sendo definida como um surto de um tipo de pneumonia decorrente de uma variação de coronavírus cujo primeiro caso foi referido em dezembro de 2019 em Wuhan, cidade da China, encontrado nas amostras de lavadobronco alveolar de pacientes com sinais de pneumonia por causa desconhecida. O rápido aumento do número de casos representou a infecção como surto, de maneira que, no final de janeiro de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) classificou o cenário como uma emergência em saúde pública de relevância internacional - Pandemia (OMS, 2020).

Proveniente da ordem *Nidovirales*, da família *Coronaviridae*, da subfamília *Coronavirinae* e do subgênero *Sarbecovirus*, o SARS-CoV-2 é considerado um betacoronavírus, compreendido entre os sete tipos conhecidos que podem contagiar os seres humanos, visto que, sua extensa família viral é comum nas diversas espécies animais, como os camelos, gados, gatos e morcegos, além dos homens (BRASIL, 2021).

Esta subfamília está dividida em alfacoronavírus, betacoronavírus, gamacoronavírus e deltacoronavírus. Os alfacoronavírus e betacoronavírus são capazes de infectar mamíferos, enquanto os gamacoronavírus e deltacoronavírus tendem a infectar aves. Até 2020, já existiam 4 coronavírus endêmicos, ou seja, causando anualmente doenças entre os humanos. Eles são conhecidos pelas siglas HCoV-229E, HCoV-NL63, HCoV-HKU1 e HCoV-OC43 e são um dos principais causadores do resfriado comum. Existem, ainda, outros dois coronavírus identificados como causadores de doença entre humanos, SARS-CoV-1 e MERS-CoV, estes levam a infecções graves e potencialmente fatais do trato respiratório (CONASEMS, 2021).

Entende-se que o SARS-CoV-2, assim como outros vírus respiratórios, é disseminado de três maneiras: contato, gotículas e aerossóis. Por contato, deve ser direto através de aperto de mãos e toque em regiões que têm mucosa como boca, olhos ou nariz, com contaminação

através de uma pessoa infectada ou com o contato em superfície contaminada. Quando por gotículas respiratórias pode ser transmitida através de tosse ou espirro de pessoa com menos de 1 metro de distância de outra. Já a transmissão por via aérea, é realizada por meio de aerossóis contaminados com o vírus (BRASIL, 2021).

O conhecimento sobre a transmissão da COVID-19 está sendo atualizado continuamente. Sabe-se hoje que o período de incubação é estimado entre 1 a 14 dias, com mediana de 5 a 6 dias. A transmissão da doença começa 2 dias antes e vai até 10 dias após o início dos sintomas. A principal forma de transmissão é de pessoa para pessoa através de gotículas respiratórias. A maioria das transmissões ocorre de pessoas sintomáticas para outras, no entanto, estudos indicam que cerca de 45% de toda a transmissão ocorre antes do início dos sintomas (CONASEMS, 2021).

Estas pessoas estão infectadas e eliminando vírus, mas ainda não desenvolveram sintomas (transmissão pré sintomática). Por conta dessa característica, é fundamental isolar não apenas a pessoa com sintomas, mas todos que tiveram contato próximo com um caso confirmado durante a fase de transmissão (entre 2 dias antes do início dos sintomas até 10 dias depois) (CONASEMS, 2021).

Idosos acima dos 60 anos ou portadores de comorbidades são os que apresentam maior letalidade para esta doença. São condições e fatores de risco a serem considerados para possíveis complicações da COVID-19: Idade igual ou superior a 60 anos, tabagismo, obesidade, Cardiopatias, Hipertensão arterial, Pneumopatias graves ou descompensadas como asma e DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica), Imunodepressão e Imunossupressão, Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3 e 4), Diabetes melito, Doenças cromossômicas com estado de fragilidade imunológica, Neoplasia maligna, algumas doenças hematológicas e gestação (CONASEMS, 2021).

A sintomatologia pode variar entre leve e assintomática, particularmente nas crianças e adultos jovens, ou manifestações graves, como o choque séptico e a falência respiratória. Os agravamentos respiratórios como a pneumonia e a Síndrome da Angústia Respiratória Aguda (SARA), são as complicações mais comuns apresentadas (BRASIL, 2021).

Com este entendimento a COVID-19 é clinicamente uma síndrome gripal. Define-se por um quadro respiratório agudo, “caracterizado por pelo menos dois dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou distúrbios gustativos” com especificidades nas crianças, que além dos sintomas pontuados, considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico e nos idosos, critérios específicos de agravamento, como síncope, confusão mental,

sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência. Os casos que agravam, e evoluem para SARA, tem por definição “SG que apresente: dispneia/desconforto respiratório ou pressão ou dor persistente no tórax ou saturação de O₂ menor que 95% em ar ambiente ou coloração azulada (cianose) dos lábios ou rosto” (BRASIL, 2021).

Para critério de confirmação para COVID-19, os casos suspeitos podem ser confirmados por critérios Clínico, Clínico-epidemiológico, Clínico de Imagem e Laboratorial, segundo última atualização de definição apresentada no Guia de Vigilância em Saúde, de maio de 2021. Desta forma, compreende como confirmados por **Critério Clínico** o caso de SG ou SARA que também apresente disfunção olfativa ou gustativa aguda sem outra causa pregressa. A realização deste diagnóstico, é possível por anamnese e exame físico. No **Critério Clínico-Epidemiológico**, o caso suspeito além de apresentar sintomatologia que se enquadra na definição de SG, apresenta vínculo epidemiológico de contato com caso confirmado de COVID-19 nos 14 dias anteriores ao início dos sintomas, sem necessariamente apresentarem distúrbios olfativos e gustativos (BRASIL, 2021).

O **Critério Clínico-Imagem** é considerado quando não foi possível a realização de exames laboratoriais no caso suspeito e a tomografia de tórax apresenta alterações como Opacidade em Vidro Fosco periférico, bilateral, com ou sem consolidação ou linhas intralobulares visíveis; ou multifocal de morfologia arredondada com ou sem consolidação ou linhas intralobulares visíveis; ou apresente o Sinal de Halo Reverso ou outros achados de pneumonia em organização, observados posteriormente à doença (BRASIL, 2021).

No **Critério Laboratorial em indivíduo não vacinado contra COVID-19** é considerado os testes de Biologia Molecular detectável em RT-PCR e RT-LAMP; imunológico reagente para IgM, IgA e/ou IgG em Ensaio imunoenzimático (ELISA), Imunocromatografia para detecção de anticorpos, Imunoensaio por eletroquimioluminescência (ECLIA) e Imunoensaio por quimioluminescência (CLIA); e pesquisa de antígeno reagente para SARS-CoV-2 pelo método de Imunocromatografia para detecção de antígeno. **Por Critério Laboratorial para indivíduos vacinados** não são considerados testes imunológicos visto que a resposta vacinal esperada é a produção de anticorpos (BRASIL, 2021).

Apesar de discorrer até o momento a respeito do contexto histórico, da cadeia de transmissão, sintomatologia e diagnóstico, a Pandemia pela COVID-19 e suas repercussões, vai muito além do campo biologicista, da corrida tecnicista da ciência em busca de medidas de controle, tratamento, vacinas, e de produção do conhecimento a fim de controle da expansão do vírus. Assuntos bastante discutidos pelas autoridades de governo, de saúde e

pesquisadores do mundo. Mas também reverbera nas dimensões econômica, psíquica, social, sendo que esta última implica diretamente nos determinantes e condicionantes de saúde com inferência no processo de saúde-doença, não apenas nos adoecidos, mas na população em geral (GARRIDO; RODRIGUES, 2020).

Isto porque, as medidas de enfrentamento de combate a pandemia, atingem a toda a população, visto que a medida sanitária de distanciamento social alcança a todos como forma de controle da disseminação do vírus através da redução da circulação de pessoas. Ao longo do curso da pandemia estas restrições se comportaram de maneira diferente, acompanhando a dinâmica epidemiológica de cada federação e suas respectivas unidades federativas e bem como a ocupação de leitos nos equipamentos de saúde de alta complexidade principalmente com Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

O distanciamento social está entre as prioridades das instituições para diminuir a transmissão do novo coronavírus, minimizando o contato entre indivíduos potencialmente infectados e saudáveis, ou entre grupos com altas taxas de transmissão e ou aqueles com nenhum ou baixo nível, a fim de atrasar o pico da epidemia e diminuir a magnitude dos seus efeitos, para proteger a capacidade de assistência clínica (CARVALHO, 2020).

Segundo Ferguson et al., (2020) na prática existem duas estratégias para estabelecer o distanciamento social: por isolamento horizontal, este relacionado a supressão da reprodução do vírus na população em geral e vertical relativo à mitigação/redução dos riscos para indivíduos que estão nos grupos mais propensos ao agravamento caso adoçam.

Neste sentido, no início da Pandemia, a OMS (2019), trouxe algumas recomendações sobre o distanciamento social com a compreensão que este e as medidas relacionadas ao trânsito internacional são intervenções de controle não farmacológicas para mitigar o risco e os efeitos da “gripe pandêmica e, por inferência, estão sendo estendidos às intervenções de controle da COVID-19”. Em consonância com a OMS, a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) aponta que as medidas de Distanciamento Social:

Estão relacionadas à minimização das possibilidades de exposição a pessoas infectadas pelo vírus SARS-COV-2, causador da COVID-19, o que diminui o número de casos, inclusive de mortes; reduz a carga dos serviços de saúde, para não exceder a sua capacidade e, assim, evitar uma crise de saúde pública ainda maior; e achata a curva epidêmica, para ganhar tempo até que medidas farmacológicas específicas estejam disponíveis (por exemplo, tratamento eficaz específico para a COVID-19 ou vacinas (OMS, 2020, p. 1).

Com este entendimento, os países redor do mundo, organizaram seus protocolos de enfrentamento, que incluíram o Isolamento Social Horizontal com fechamento total/parcial do comércio, escolas, atividade de lazer coletivas, igrejas (mencionados como serviços não

essenciais), bloqueio de fronteiras (Internacionais, nacionais, interestaduais e inclusive intermunicipais), bem como restrição de circulação de pessoas nas ruas e em lugares públicos, inclusive chegando ao alto nível de restrição, os chamados "*Lockdown*", que como o próprio significado da palavras trás, confinam os indivíduos em seus lares, liberando-os apenas para trabalhos essenciais e busca de serviço como atendimento à saúde, compra de alimentos e medicamentos.

Nos países que apresentaram amplas restrições tanto na capacidade de testagem nos momentos iniciais da epidemia como na cobertura da assistência ao paciente grave, como os Estados Unidos e a Itália, o “isolamento vertical” foi inicialmente executado, porém, a evolução rápida do número de casos exigiu, ainda que tardiamente, a introdução da estratégia de supressão via “isolamento horizontal”. Da mesma forma, no Reino Unido, a estratégia de isolamento vertical foi inicialmente preconizada, mas a evolução da epidemia e as projeções disponíveis levaram a uma mudança de rumo, com a adoção da estratégia de supressão baseada em isolamento social horizontal.(WERNECK; CARVALHO, 2021).

A *priori* houve uma resistência por partes dos países mais ricos (EUA, Suécia, Reino Unido, Holanda, Itália, entre outros) ao distanciamento social adotando medidas de isolamento social mais brandas, no sentido de proteger apenas os indivíduos que integrassem os grupos de riscos e o isolamento dos adoecidos confirmados. Mas ao passo que a pandemia estava se alastrando pelo mundo, com rápida expansão e grande impacto epidemiológico, os países foram forçados a repensar, com maior rigor, suas estratégias de enfrentamento. Para Aquino et al., (2020):

Em cenários de acelerado crescimento da pandemia, quando os números de casos e de mortes continuam aumentando em muitos países, fica evidente a necessidade de medidas de distanciamento social e de restrição à circulação de pessoas, chegando-se até mesmo a ser necessário o bloqueio total. Medidas dessa natureza permitem que se ganhe tempo para a organização de recursos de assistência à saúde e de vigilância epidemiológica, de modo a controlar a COVID-19. Países com dimensões continentais como a Índia e o Brasil, onde a população é numerosa, há grandes desigualdades sociais e os recursos de atenção à saúde são cronicamente deficitários e desigualmente distribuídos, a adoção de medidas mais rigorosas de distanciamento social é determinante para minimizar o colapso iminente dos serviços de saúde e evitar milhares de mortes decorrentes da falta de assistência aos casos graves da doença.

A sustentabilidade e a efetividade das medidas de isolamento social dependem do “estabelecimento de políticas de proteção social e de apoio a populações em situação de vulnerabilidade, que garantam a sobrevivência dos indivíduos e das famílias enquanto perdurem as restrições para o desenvolvimento de atividades econômicas” (AQUINO et al., 2020). No Brasil, a dinâmica das medidas de distanciamento social acompanhou as ideologias dos líderes de governo, sofrendo mudanças substanciais a cada mudança de liderança do Ministério da Saúde e avanço da acessibilidade à vacina contra COVID-19 (FERREIRA;

SERAGLIO; AGNOLETTO, 2021). A princípio foi adotado Distanciamento Social Ampliado com medidas restritivas mais severas.

Neste momento, começou a se visualizar os impactos sociais da pandemia com as restrições do acesso, onde as pessoas ficaram confinadas em suas casas, distanciando-se de familiares e amigos e de outras instituições sociais relevantes para as relações interpessoais, como núcleos religiosos, instituições de ensino e ambientes de lazer. Cabe apontar, que este momento desencadeou fragilidade nos vínculos pessoais em virtude do medo de contrair/transmitir a doença, sendo agravado quando estes se enquadram no grupo de risco para agravamento, suscitando cuidados especiais em relação à saúde nos mais diversos afazeres da vida moderna (HENRIQUES; VASCONCELOS, 2020).

As relações trabalhistas também foram afetadas diretamente pelo distanciamento social, visto que as recomendações se voltaram para privação das atividades não-essenciais e a restrição de número de pessoas reunidas em um mesmo ambiente, o que gerou adaptações no modo de fazer e produzir, tornando o ambiente domiciliar o espaço para cumprimento das atividades laborais, os chamados “*Home offices*”. Neste aspecto, a tecnologia foi uma ferramenta essencial neste processo de ajuste para a continuidade das atividades trabalhistas (GONÇALVES; MOREIRA; VERGARA, 2021).

O *Home office* configura-se como uma modalidade flexível de trabalho realizado na própria residência do trabalhador, possibilitada principalmente pela *internet* e pelas reconfigurações globais nas rotinas de trabalho. Sua gestão ganhou força e status com o isolamento forçado, sendo adotado como regime alternativo de trabalho a fim de dar continuidade às atividades organizacionais em tempos de baixo contato (MENDES; HASTENREITER FILHO; TELLECHE, 2020).

Porém, não foi suficiente, pois para alguns setores o processo de trabalho não permitia estes ajustes visto que necessitavam da execução direta do trabalhador tanto no contato direto com o público, a exemplo do ramo de eventos e turismo. Esta impossibilidade de adequações gerou impactos na economia, com consequências negativas nas atividades econômicas como o fechamento de alto número de empresas, acarretando no desemprego em escala coletiva (COSTA, 2020).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a taxa média de desemprego no Brasil em 2020 foi de 13,5%, a maior até então, da série iniciada em 2012. No segundo trimestre de 2021 este percentual já chega a 14,1%, em um total absoluto de 14,4 milhões de desocupados e 28,6% a taxa de subutilizados. Cabe pontuar que o aumento na taxa de desemprego e a redução nas horas de trabalho culmina em uma diminuição da renda e

consequentemente aumento da pobreza. Em busca de fontes de rendimentos os trabalhadores submetem-se a trabalhos informais, com consequências na elevação do trabalho terceirizado, “dos subcontratados, dos flexibilizados, dos trabalhadores em tempo parcial e do subproletariado” (COSTA,2020).

No Brasil, as imensas desigualdades sociais e regionais, as 66 milhões de pessoas pobres e extremamente pobres, e os apenas 40% da população ocupada formalmente exigem medidas econômicas urgentes para a garantia de renda mínima aos mais vulneráveis e de proteção ao trabalho dos assalariados, de modo a garantir a adesão de uma relevante parcela da população às medidas de distanciamento social (AQUINO *et al.*, 2020).

Ainda sobre o impacto da COVID-19 na economia/ trabalho, é possível afirmar que a pandemia atingiu com maior intensidade a população que vive na informalidade e reside em áreas precárias. Discorre-se a partir destes, os rendimentos baixos e irregulares, a falta de acesso à água potável, moradia adequada, “sistema de proteção social vinculado à carteira de trabalho assinada, como férias, salário mínimo, 13º salário, Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), licença-maternidade, licença médica e seguro-desemprego” (COSTA,2020).

Os impactos da COVID-19 foram inúmeros, percorrendo para além dos aspectos biológicos, socioeconômicos e as vulnerabilidades imbricadas pela restrição do acesso trabalho, moradia, alimentação, educação, transporte, lazer e acesso ao serviço de saúde, transcendendo para o universo da esfera psíquica, dos significados, inseguranças, baixa autoestima e das representações que as susceptibilidades desencadeiam (GARRIDO; RODRIGUES, 2020).

É bem sabido que os primeiros 11 meses da pandemia no Brasil foram devastadores, isso porque no período supracitado não existiam vacinas e muito menos um protocolo de referência clínica para o tratamento medicamentoso para as pessoas infectadas. Muitas vidas foram perdidas, propiciando uma disseminação do sentimento de angústia gerada através dos canais midiáticos associados à falta de informação confiável (SANCHES, 2020).

Neste contexto havia uma exigência por parte da sociedade e da mídia, principalmente, de respostas imediatas e consolidadas por parte dos pesquisadores e profissionais da área da saúde. Cabe refletir, que diante do surgimento de uma doença nova havia a necessidade primeiramente da apreciação do próprio desencadeamento da doença e sua transmissibilidade para a partir de então se construir as respostas necessárias e seguras, o que não se torna palpável em um curto espaço de tempo, pois os resultados obtidos pela ciência se tornam limitados em comparação ao tempo de dispersão do vírus na contaminação de pessoa a pessoa (SOUZA *et al.*, 2020).

O conhecimento dos profissionais de saúde foi colocado em “*cheque*”, pois à medida que a doença se expandia por todos os continentes de forma célere, a produção do conhecimento necessário para implementação das condutas clínicas apropriadas não era capaz de acompanhar de forma efetiva na mesma velocidade, fragilizando a credibilidade da ciência (GRISOTTI, 2020). Logo, exigências de velocidade e eficiência na disseminação dos resultados científicos impõem um desafio adicional ao sistema de comunicação científica (TORRES-SALINAS et al., 2020; LARIVIÈRE; SHU; SUGIMOTO, 2020).

Frente à falta desta consolidação científica nos protocolos do manejo clínico, os profissionais de saúde foram conduzidos a um contexto de incertezas, emergindo nas suas práticas medo e angústia no processo do cuidar (COUTINHO; PADILLA, 2020). Essa insegurança perpassa desde o uso adequado dos equipamentos de proteção individual (EPI) necessários, à assistência direta, ao diagnóstico e ao tratamento medicamentoso indicado (HELIOTERIO et al., 2020).

É importante destacar que a equipe de enfermagem, tem o maior dimensionamento no contingente de profissionais de saúde que se encontram na linha de frente e tem um papel crucial na prestação da assistência. Cabe destacar, que assim como os demais profissionais de saúde, a enfermagem enquanto ciência, no contexto da pandemia, exigiu a construção/reestruturação de um saber técnico-científico com constantes mudanças e atualizações recorrentes concomitante ao cuidado, exigindo rigor, disciplina, habilidade e experiência para a adequação e implementação do modelo assistencial de enfermagem ao paciente com COVID-19 nos diferentes espaços de atuação.

Esse modelo inclui diferentes rotinas assistenciais, que abarcam: na admissão, a coleta da história e realização do exame físico; a avaliação dos riscos assistenciais e aplicação das medidas preventivas, como da lesão por pressão, queda, pneumonia associada à ventilação; identificação dos diagnósticos de enfermagem relacionados com a COVID-19; implementação do plano de cuidados, que envolve o apoio à família, controle da ventilação mecânica, monitoramento respiratório, dentre outros, realização de procedimentos e registros (ALMEIDA et al., 2021).

Neste sentido, estudos já apontam que o enfermeiro durante a pandemia em exercício de suas atividades laborais vivenciou diariamente problemáticas como altas taxas de ocupação de UTI, limitação de leitos, priorização de internação, escassez de respiradores, quantidade insuficiente de EPI, oxigênio, materiais e insumos, bem como esgotamento profissional, por exaustivas cargas horárias. Paraalém dos motivos supracitados, tem-se a falta de profissionais capacitados para realização de cuidados de alta complexidade, déficit de profissionais, afastamento dos inclusos nos grupos de riscos e, infelizmente, os adoecidos e que vieram a óbitos pela COVID-19 (BRITO; SIMONVIL; GIOTTO, 2020).

No cuidado de enfermagem a pessoa adoecida pela COVID-19 a atuação na linha de frente também traz implicações no campo das representações dos sentimentos, entre eles: solidão, desamparo, cansaço físico, estresse, irritabilidade, nervosismo e esgotamento mental. É importante destacar que tais sentimentos impactam de forma negativa nas relações humanas e nas práticas sociais dos sujeitos, em especial, as de cuidado. Logo, “podem comprometer a capacidade para tomar decisões, pelo medo, incapacidade de enfrentar o sofrimento, falta de conhecimento” (ALMEIDA et al., 2021).

Esse conjunto de elementos apontados no constructo desta revisão de literatura retrata o contexto no qual os profissionais de enfermagem estão imersos no cenário da Pandemia da COVID-19. Esses elementos evidenciam que o cenário instalado é coberto por incertezas as quais trazem repercussões individuais, permeada de sentimentos, desafios, dificuldades, imagens e comportamentos próprios de cada indivíduo.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de Estudo

Estudo qualitativo com abordagem exploratório-descritiva. A escolha deste tipo de pesquisa deve-se ao fato de que a pesquisa qualitativa é importante por responder questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos (MINAYO, 2014).

Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida. Esse tipo de estudo permite desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação (MINAYO, 2014).

A abordagem exploratória de uma pesquisa é tão importante que em si pode ser considerada uma pesquisa exploratória. Compreende desde a etapa de construção do projeto até os procedimentos e testes para entrada em campo (MINAYO, 2014). Já a abordagem descritiva, como apontado por Polit, Beck & Hungler (2011), tem a finalidade de observar, descrever e documentar os aspectos da situação. A importância da abordagem descritiva para o estudo vem no intuito de esmiuçar cada detalhe, aprofundando em suas características e relações próprias do sujeito do estudo.

As pesquisas exploratórias têm como finalidade o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições, enquanto as pesquisas descritivas salientam-se em retratar e descrever a situação em estudo, caracterizando-se por explicar minuciosamente as variáveis em questão, e os resultados encontrados servir de base para demonstrar as práticas vigentes (MINAYO, 2014).

3.2. Cenário da pesquisa

O estudo foi realizado no estado de Alagoas, que tem como capital Maceió. Está situado ao leste do nordeste brasileiro. Alagoas é um pequeno estado, com 102 municípios e delimitação espacial de 27.778,506 Km², com limite territorial nos estados de Sergipe, Bahia e Pernambuco e do Oceano Atlântico. Possui 3,322 milhões habitantes. Segundo o COREN-

AL (2020), Alagoas possui um total de 27.359 profissionais de Enfermagem. A escolha da delimitação espacial baseou-se no fato de que este é o estado de residência da pesquisadora.

3.3. Participantes da pesquisa

Os participantes da pesquisa foram 20 profissionais de enfermagem que adoeceram pela COVID-19.

3.4. Critério de inclusão

Foram incluídos profissionais de enfermagem que adoeceram pela COVID-19 (casos confirmados) que residiam no estado de Alagoas.

Segundo a última atualização do guia de vigilância epidemiológica, a confirmação pela COVID-19 pode ser classificada por critério clínico, clínico-epidemiológico, clínico-imagem e laboratorial (BRASIL, 2021).

3.5. Critério de exclusão

Foram excluídos profissionais de enfermagem que tivessem dificuldade de verbalização, com dificuldade de se expressar e/ou que estivessem hospitalizados na etapa de coleta de dados.

3. 6. Aproximação dos participantes

Após aprovação da Plataforma Brasil, foi realizado o recrutamento dos participantes da pesquisa com a técnica metodológica *snowball* também chamada *snowball sampling*. Técnica, esta, conhecida no Brasil como “amostragem em Bola de Neve”, ou “Bola de Neve” ou, ainda, como “cadeia de informantes” (ALBUQUERQUE, 2009).

Nesta pesquisa, o processo de aproximação dos participantes iniciou a partir do contato com 03 profissionais de enfermagem que adoeceram por COVID-19 de conhecimento das pesquisadoras. Assim, cada um desses 03 profissionais de enfermagem foi convidado a participar do estudo e depois de sua contribuição cada um deles fez a indicação inicial de mais um profissional da enfermagem para também participar da pesquisa. *A priori* foi estabelecido um número de 20 participantes, conforme indicado na folha de rosto, considerando ser um número relativamente adequado em pesquisas qualitativas em saúde que se debruçam sobre áreas, temas ou problemas que ainda não são bem conhecidos.

Deste modo, a “Bola de Neve” é uma técnica de amostragem que utiliza cadeias de referência, uma espécie de rede, onde os participantes iniciais de um estudo indicam novos participantes, que por sua vez indicam outros novos participantes e assim sucessivamente, até que seja alcançado o objetivo proposto do estudo.

Com os nomes e contatos indicados pelos 03 profissionais de enfermagem que adoeceram por COVID-19 de conhecimento das pesquisadoras, foi realizado um primeiro contato com cada novo possível entrevistado, por meio telefônico, via *Whatsapp* ou por e-mail (de acordo com o contato disponibilizado), feito a apresentação dos pesquisadores, explanação da pesquisa e sua importância, menção do interesse, justificativa da escolha do entrevistado, bem como, um convite formal e um possível consentimento em participar da pesquisa.

Para Minayo(2007), a conversa inicial visa quebrar o gelo, perceber se o possível entrevistado/participante tem disponibilidade para dar informações e criar um clima de conversa o mais descontraído possível.

No caso de consentimento, foi agendado o dia da entrevista, e no ato foi entregue e lido com o profissional o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), contendo todas as informações e esclarecimentos pertinentes a pesquisa, bem como seus benefícios, deixando claro, possíveis riscos e a assistência do pesquisador em qualquer momento caso fosse necessário.

3.7. Produção das informações (coleta de dados)

3.7.1 Instrumento de produção das informações

Para produção das informações foi realizada uma entrevista com roteiro semiestruturado, aplicado mediante aceite em participar da pesquisa. Este instrumento possibilitou alcançar os objetivos propostos, adequado ao percurso metodológico estabelecido. Nesta modalidade de entrevista, o roteiro que é utilizado pelo pesquisador visa ter um apoio na sequência das questões, facilitando a abordagem, e assegurando que seus pressupostos sejam abordados ou cobertos na conversa (MINAYO, 2010).

O roteiro semiestruturado para entrevista foi dividido em três partes. Na primeira constam informações sobre a caracterização dos participantes. A segunda contém as perguntas norteadoras que abordaram diretamente o objeto da pesquisa, e a terceira destina-se ao

encerramento do encontro, com os agradecimentos pela disponibilidade em participar da pesquisa.

Marconi & Lakatos (2013) discorrem que a entrevista é uma conversação efetuada face a face, de maneira metódica, a qual proporciona ao entrevistador as informações necessárias. Para Poupart (2012), às condutas sociais não podem ser compreendidas, nem explicadas, fora da perspectiva dos atores sociais, afirmando que a entrevista, é indispensável, não somente como método para apreender a experiência dos outros, mas, igualmente como instrumento que permite elucidar suas condutas, na medida em que estas só podem ser interpretadas, considerando-se a própria perspectiva dos atores, ou seja, sentido que eles mesmos conferem às suas ações.

Nesta perspectiva, a entrevista realizada com os profissionais de enfermagem foi importante pois permitiu que estes participassem da pesquisa como protagonistas, de forma que os conteúdos descritos explorassem o sentido, a conduta e a maneira como constroem sua realidade, de acordo com suas vivências. Para isto, os participantes foram entrevistados em momentos agendados, de acordo com a sua disponibilidade e conveniência, em ambiente confortável, com as medidas de biossegurança que o momento de pandemia pelo novo coronavírus requer. Para tanto, foi entregue a cada entrevistado uma máscara e um sachê de álcool em gel e a escolha de um espaço arejado para realização da entrevista, com privacidade, garantindo sigilo de suas falas.

As falas foram gravadas, com dispositivo digital de áudio, para apreender melhor as informações desejadas, e posteriormente transcritas para serem analisadas. As informações obtidas na entrevista semiestruturada foram transcritas na íntegra. O gravador somente foi utilizado após a autorização dos participantes. Cada um dos participantes da pesquisa recebeu uma numeração, de acordo com a ordem da entrevista, para preservar o anonimato. Para a categoria profissional do participante foi utilizada uma codificação abreviada sendo: ENF para enfermeiros, TEC ENF para técnicos de enfermagem e AUX ENF para auxiliares de enfermagem. Assim a codificação alfanumérica obedeceu a categoria profissional adicionado da ordem da entrevista, sendo designados com ENF 1, TEC ENF 2, AUX ENF 3 e assim sucessivamente.

O processo de produção das informações foi finalizado com a saturação teórica, um recurso utilizado em pesquisas qualitativas que considera saturada a coleta de dados quando nenhum novo elemento é encontrado e o acréscimo de novas informações deixa de ser necessário, pois não interfere mais no fenômeno estudado, além de permitir o estabelecimento da validade de um conjunto de dados (THIRY-CHERQUES, 2009)

3.7.2 Análise das informações

Para análise e interpretação dos achados, foi utilizado a análise de conteúdo que se desdobra nas fases de pré-análise, exploração dos dados e organização sistemática dos dados em unidades temáticas. Ou seja, foram transcritas todas as falas e foi realizada uma leitura exaustiva e detalhada das entrevistas em busca dos temas que emergiram das informações obtidas com o instrumento. Em seguida ocorreu a organização sistemática dos dados em unidades temáticas, com descrição detalhada das características pertinentes. Foi feita uma síntese dos temas encontrados para a formação de núcleos temáticos/núcleos de sentido.

Em resumo a análise temática contempla três etapas a saber: 1) pré-análise, a partir de leitura flutuante, constituição do corpus e (re)formulação de hipóteses e objetivos; 2) exploração do material; e 3) tratamento dos resultados obtidos e interpretação. A análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado (MINAYO,2010).

3.8. Referencial teórico

Os fenômenos verificados na experiência prática dos profissionais da enfermagem precisam ser estudados em pesquisas, para que seus atributos sejam reconhecidos. Neste sentido, a prática de enfermagem orientada por uma teoria atribui consistência científica aos cuidados de enfermagem, implicando diretamente na construção do conhecimento para o cuidado, a fim do reconhecimento das melhores bases teóricas e filosóficas de produção de conhecimento(CARMEN, 2015).

Para que o enfermeiro possa examinar em profundidade um fenômeno, o modo mais lógico e efetivo de começar é definindo o conceito de interesse. Isso possibilita o embasamento e produção de conhecimento consistente para o direcionamento da prática clínica. Para tanto, faz-se necessário definir o fenômeno ou o conceito, para posteriormente examiná-lo em profundidade a luz deste arcabouço teórico, que no campo da enfermagem são as teorias de enfermagem (BOUSSO et al., 2014).

As teorias de enfermagem são sugeridas para descrever, explicar ou prever fenômenos, como estrutura teórica de pesquisa. São abertas para a aplicabilidade prática e conduzem a produção do conhecimento científico de enfermagem. Podem ser classificadas de três formas: de acordo com seu propósito, seu alcance ou grau de abstração e também conforme seu foco.

Para esta reflexão é relevante discorrer sobre a segunda classificação (alcance ou abrangência), a qual subdivide-se em: filosofias, modelos conceituais e grandes teorias, teorias e teorias médias. Esta última também, comumente, chamada de Teoria de Médio Alcance (SILVA; BRAGA, 2016).

As teorias de Enfermagem de Médio Alcance possuem grande potencial de aplicação quando se refere ao desenvolvimento do conhecimento para apoiar a prática, pois proporcionam uma base para geração de hipóteses testáveis. No campo científico já vêm sendo utilizadas como estrutura para investigação a partir da compreensão de que abordam fenômenos relativamente concretos e específicos, declarando o que eles são, porque ocorrem e como ocorrem (WILLS; EWEN, 2016).

Algumas teorias de Médio Alcance são estudadas na disciplina “Bases teórico-filosóficas do cuidado em saúde e em enfermagem”, do Programa de pós-graduação *stricto sensu* - mestrado em enfermagem, da UFAL, quais sejam: Teoria das Transições de Afaf Meleis, Teoria de *Los Cuidados* de Kristen Swanson, Teoria da Incerteza da Doença de Merle Mishel, Teoria da Maré de Phil Backer, Teoria Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, Teoria da Consecução do Papel Maternal de Ramona Mercer, Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba e Teoria do Fim de Vida Pacífico de Cordélia Ruland e Shirley Moore.

A partir do estudo destas teorias nas pesquisas de enfermagem é possível compreender seus pilares, conceitos, pressupostos e postulados, a fim de encontrar a que melhor favorece a explicação dos fenômenos observados no contexto estudado, seja na prática administrativa, no ensino ou na clínica.

Neste sentido, em um contexto de pandemia por uma doença desconhecida, nova, com repercussões mundiais, partindo da observação do fenômeno do adoecimento dos profissionais da enfermagem pela COVID-19, foi possível identificar na Teoria de Enfermagem de Médio Alcance proposta por Merle Mishel a possibilidade de analisar as incertezas geradas por uma doença com alta transmissibilidade e comportamento incerto, pois o medo do desconhecido provoca propensão à busca por estratégias de controle e avaliação do perigo antes mesmo do adoecimento.

Com este entendimento, nos debruçamos no aprofundamento desta teoria, enquanto campo de conhecimento, como base teórica de enfermagem para análise das incertezas vivenciadas pelos profissionais de enfermagem durante o seu processo de adoecimento pela COVID-19, entendendo que as teorias alcançam a estruturação da interpretação de comportamento, situações e eventos. Para tanto, foi utilizado como referencial teórico para esta pesquisa a Teoria Reconceptualizada da Incerteza da Doença de Merle Mishel (1990).

3.8.1 Teoria Reconceptualizada da Incerteza da doença de Merle Helaine Mishel

A Teoria da Incerteza da Doença teve a americana Merle Helaine Mishel (1939-2020) como pioneira. Nascida em Boston, Massachussets, formou-se em enfermagem em 1961 e em 1966, concluiu seu primeiro mestrado em Atenção Psiquiátrica na Universidade da Califórnia. No decurso do seu doutorado em Psicologia Social na Califórnia, deu início aos estudos relacionados à incerteza da doença, onde, em 1980 defendeu a tese acerca da escala de ambiguidade no enfrentamento à doença, que *a posteriori* ficou conhecida como “A escala da Incerteza na Doença” (TID). Além disso, Mishel participou de diferentes organizações profissionais, tendo a *American Academy of Nursing* como relevante (BAILEY JÚNIOR; STEWART, 2011; MISHEL, 1981).

Mais tarde, essa escala deu origem a outras três: uma direcionada para a comunidade e aos indivíduos portadores de enfermidades crônicas, outra focada nos pais com filhos doentes e a última, destinada aos parentes de doentes graves. No decorrer da publicação da escala desenvolvida para os pacientes com doenças crônicas e hospitalizados, Mishel aplicou dados qualitativos e quantitativos de sua tese de doutorado, observando a incerteza em doentes adultos (BAILEY JÚNIOR; STEWART, 2011; MISHEL, 1981; TOMEY; ALLIGOOD, 2002).

Mishel (1988) evidencia sua teoria na combinação do estado de incerteza com o enfrentamento da enfermidade. Ela ainda fortalece sua teoria baseando-a em modelos teóricos existentes na psicologia, que retrata a incerteza como estado cognitivo decorrente de uma série de impulsos insuficientes para o entendimento conforme o esquema cognitivo de uma situação ou desfecho, assim como o modelo de processamento de informação de Warburton (1979) e o estudo da personalidade de Budner (1962).

Considerada uma teoria de enfermagem de médio alcance, a TID tem como objetivo descrever, esclarecer e antecipar fenômenos por sua aplicabilidade prática. Estas foram criadas para preencher o espaço deixado entre as teorias abstratas (grandes) e as concretas (práticas), sendo representada pela quantidade menor de conceitos, quando confrontados com as grandes teorias, pela especificidade a que atendem. Tais teorias fundamentam as decisões relacionadas aos profissionais, quanto ao julgamento prático dos acontecimentos, visto que “a teoria orienta a prática, e a prática fundamenta a teoria”. Com isso, é possível testar estas para

seu aprimoramento pela simplicidade apresentada nas proposições. (McEWEN; WILLS, 2009).

Nessa teoria, Tomey e Alligood (2002) consideram a pessoa com um sistema aberto que realiza trocas energéticas com o meio. Apesar de apresentar certa complexidade, é uma teoria de fácil entendimento, onde o enfrentamento do processo de adoecimento resulta da forma como este enfrenta a situação, respaldada nos fatores internos, externos e em sua rede de apoio.

Com a “reconceitualização”, Mishel tornou a teoria testável, colocando em estudos quantitativos e qualitativos, permitindo sua aplicabilidade na prática clínica. Pelo contato direto com o paciente, a enfermagem pode observar esse fenômeno relacionado à incerteza do adoecimento vivenciado pelo próprio paciente, como por sua família, tendo escalas distintas para estudo (MISHEL, 1981; MISHEL, 1988; TOMEY; ALLIGOOD, 2002).

Tomey e Alligood (2002) declaram ainda que em 1990 Mishel precisou reformular sua teoria, após compreensão desta sobre o paciente “de forma mecânica, controlada e previsível”. A Teoria do Caos serviu de base para essas mudanças, onde o adoecimento se caracteriza pelo desequilíbrio, cheio de incertezas, almejando vislumbrar uma percepção mais positiva no enfrentamento da enfermidade.

Marietto, Sanches & Meireles (2011) explicam que a Teoria do Caos é entendida como um sistema aberto, ainda em desenvolvimento, que traz em sua conformidade um dinamismo que se manifesta em três características: sistemas, complexidade e não-linearidade. Sendo inspiração para a TID e de grande relevância na construção do conceito da Incerteza, a Teoria do Caos traz a definição de “Efeito Borboleta” para incitar que importantes desfechos advém de singelas transformações ao longo dos processos.

Tomey e Alligood (2002) acreditam que Mishel baseou-se paralelamente, para a construção de sua teoria, na experiência de adoecimento vivenciada durante o tratamento de câncer de seu pai, por observar que através de suas indagações e percepções espelhavam fundamentalmente acerca do comportamento deles frente à doença, contemplando particularidades despercebidas até aquele momento.

Deste modo, compreendeu-se que as incertezas fazem parte não só do processo de adoecimento, mas de todo o envolvimento do ser, o que inferiu para a ampliação do conceito da teoria, adicionado a novas percepções. Sendo assim, essa amplitude dos fundamentos, possibilitou à incerteza não se restringir apenas a um julgamento negativo, mas a um vislumbrar de oportunidades nas vivências, a fim de se alcançar o equilíbrio (TOMEY; ALLIGOOD, 2002; OLIVEIRA, 2018).

3.8.2 Principais conceitos da Teoria da Incerteza de Merle Mishel

O conceito da Incerteza na TRID de Mishel é:

“A incerteza é definida pela incapacidade de determinar significados/eventos relacionados ao adoecimento. É o estado cognitivo criado quando a pessoa não consegue estruturar adequadamente ou categorizar um acontecimento relacionado ao adoecimento, ocorrendo em uma situação em que o responsável pela tomada de decisões é inábil para atribuir valores definidos a objetos e eventos e/ou é incapaz de prever resultados com precisão (MISHEL, 1988)”.

Mishel (1981) afirma ainda que a TRID discorre que as incertezas não são vivenciadas apenas pelo paciente, pois seus familiares compartilham do mesmo processo de dúvidas e insegurança no decorrer da vivência da enfermidade, da fase aguda à crônica, podendo influenciar, em qualquer tempo, na vulnerabilidade psicossociológica de todos os envolvidos.

Além dos prejuízos biológicos que uma patologia acarreta, a incerteza, manifestada através do medo do desconhecido e das possíveis faltas de consolidação nas abordagens terapêuticas, pode representar uma ameaça ao bem-estar do paciente e dos envolvidos no seu contexto. Neste sentido, quando se trata de uma doença em que o prognóstico não é favorável, uma compreensão mais aprofundada provocará um declínio, ainda maior, do seu estado emocional, onde “não saber” seria um cenário mais vantajoso (AMORIM et al., 2018).

Por outro lado, apesar de não ser muito aceita, a incerteza na doença pode ser vista como fonte de oportunidade, visto que estimula a busca por novas estratégias de enfrentamento com a finalidade de reduzi-la. Portanto, a incerteza, a depender da ótica do ser que a experiencia, pode ser compreendida como positiva ou negativa, fonte de perigo ou oportunidades (MISHEL, 1981; MISHEL, 1988).

A Teoria da Incerteza tem em sua estrutura conceitual três pilares:

- 1) Os antecedentes que influenciam a incerteza;**
- 2) A avaliação cognitiva da incerteza; e**
- 3) As estratégias de “Coping” para enfrentá-la.**

Estes componentes subsidiam a compreensão do adoecimento a partir do aporte de situações antecedentes a vivência da doença (incerteza); após o adoecimento, o julgamento que o indivíduo faz, enquanto, ameaça ou oportunidade e a produção de um estado de lida (enfrentamento) e adaptação à situação, sendo a última, a condição esperada (AMORIM et al., 2018).

A princípio, para Mishel (1990), a incerteza é classificada como imparcial, sem discernimento se positivo ou negativo, até o momento em que o indivíduo passe a contemplá-

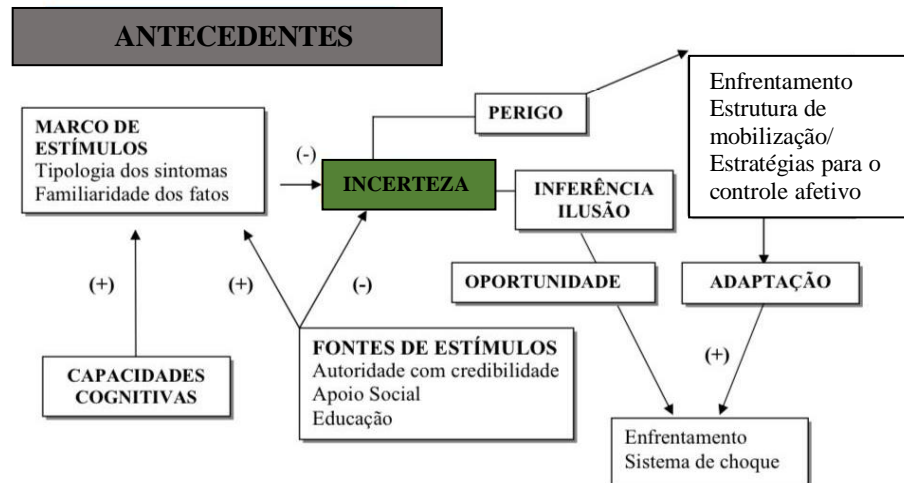
la e deposite suas experiências prévias nessa apreciação cognitiva. Para nortear a construção desse julgamento podem ser empregados dois fenômenos, a inferência e a ilusão, sendo a primeira referente às crenças que o paciente já possui e a segunda surge diretamente a partir da incerteza para a formulação das estratégias de enfrentamento. Através dessa apreciação pode-se interpretar a incerteza como ameaça ou oportunidade.

Como fruto da ilusão, a incerteza passa a ser vislumbrada como oportunidade, deste modo, o indivíduo se fortalece numa perspectiva esperançosa. Do contrário, se o indivíduo percebe a sua experiência numa perspectiva negativa, a incerteza se apresentará como ameaça (MISHEL, 1990).

A Teoria de Mishel descreve ainda três variáveis que são antecedentes da incerteza, e explica a relação entre a avaliação de incerteza e de enfrentamento (Figura 1).

“As três variáveis de antecedentes correspondem a: fontes de estímulos, que trata de eventos de ocorrência imprevisível ou quando há uma deficiência na percepção da ocorrência daquele evento; capacidades cognitivas, que se refere à capacidade de reconhecimento e compreensão das estratégias de enfrentamento; e os fornecedores de estrutura que envolvem experiências anteriores com determinadas situações ou o apoio recebido pela equipe multiprofissional (BARBOSA, 2012)”.

Figura 1: Modelo de percepção da incerteza da doença, de Mishel e Braden (1988)



Fonte: Mishel e Braden, 1988.

Portanto, para o entendimento pleno da teoria, além dos pilares já referenciados, se faz necessário compreender demais conceitos que são inerentes à mesma. São estes que subsidiam a compreensão do fenômeno em sua totalidade e estabelece relação tangível com o evento experienciado. Sendo assim, os conceitos mais pertinentes na teoria da incerteza da doença estão expostos adiante:

O **esquema cognitivo** é definido como a interpretação pessoal ou subjetiva do paciente a respeito de sua enfermidade, tratamento e hospitalização, ou seja, é a forma como este se vê diante do problema que está enfrentando (MISHEL, 1988, 1990; TOMEY; ALLIGOOD, 2002);

O **quadro ou marco de estímulos** constitui a forma, a composição e a estrutura dos estímulos que recebe uma pessoa. Esses estímulos se estruturam dentro de um sistema cognitivo, e se subdividem no padrão de sintomas, que representa o grau em que os sintomas se apresentam suficientes para formularem padrões ou configurações, para isso os sintomas devem ser avaliados quanto à quantidade, intensidade, frequência, duração e localização. Trata-se também da familiaridade dos eventos e está relacionada ao grau em que a situação se torna habitual e repetitiva, na qual passa a ser facilmente reconhecida (BARBOSA, 2012; OLIVEIRA, 2018).

A **familiaridade dos fatos** está relacionada ao grau em que uma situação se torna habitual e repetitiva, a qual passa a ser facilmente reconhecida. A **coerência dos fatos** se refere ao nexos entre o esperado e o experimentado no contexto da enfermidade (MISHEL, 1988, 1990; TOMEY, ALLIGOOD, 2002);

Os **fornecedores/fontes de estrutura** representam os recursos existentes para atender à pessoa na interpretação do quadro de estímulos. Subdividem-se na **Autoridade credível, apoio social e educação**. **Autoridade com credibilidade** representa o grau de confiabilidade que o paciente deposita nos profissionais de saúde que o atendem, e está associada diretamente e indiretamente à incerteza, que pode ser amenizada com o fornecimento de informações sobre as causas e consequências de seus sintomas. Indiretamente está associado ao quadro de estímulos. O **apoio social** é a confiança que as pessoas depositam nos profissionais de saúde que os atendem. O apoio social que trata do amparo fornecido pelos profissionais que prestam serviço ou pode vir de outros pacientes que estão passando pela mesma situação (MISHEL, 1988, 1990; TOMEY, ALLIGOOD, 2002);

A **educação** está ligada ao quadro de estímulos, pois está positivamente associada a ele, uma vez que amplia a base de conhecimentos do paciente, possibilitando uma melhor interpretação dos sintomas com um largo repertório de referências. (MISHEL, 1988, 1990; TOMEY, ALLIGOOD, 2002);

As **capacidades cognitivas** são as habilidades da pessoa de processar informações, relacionadas às habilidades inatas do paciente e suas repostas situacionais, refletindo o ambiente. É a maneira de como a pessoa se vê diante do problema. Refere-se à capacidade de

processamento de informação do membro familiar (MISHEL, 1988, 1990; TOMEY, ALLIGOOD, 2002);

A **inferência** se refere à avaliação da incerteza refletindo exemplos relacionados às experiências individuais, experiência geral e o que mais estiver relacionado. (MISHEL, 1988, 1990; TOMEY, ALLIGOOD, 2002);

A **ilusão** são as crenças derivadas a partir da incerteza que tem uma probabilidade positiva (MISHEL, 1988, 1990; TOMEY, ALLIGOOD, 2002);

A **adaptação** reflete um comportamento biopsicossocial mostrado na variedade de comportamentos comuns da pessoa, definidos de maneira individual. O indivíduo pode apresentar respostas adaptativas ou ineficazes aos estímulos (MISHEL, 1988, 1990; TOMEY, ALLIGOOD, 2002);

Nova perspectiva de vida representa a formulação de um novo sentido de ordem das coisas, que reflete à adaptação, no sentido de encarar a incerteza como uma integrante natural da vida. (MISHEL, 1990). A TRID propõe a influência de quatro fatores sobre a formação dessa nova perspectiva de vida: **1) experiência prévia de vida; 2) estado fisiológico da pessoa; 3) os recursos sociais disponíveis e 4) a intervenção e influência dos prestadores de cuidados de saúde** (CARMEN, 2015).

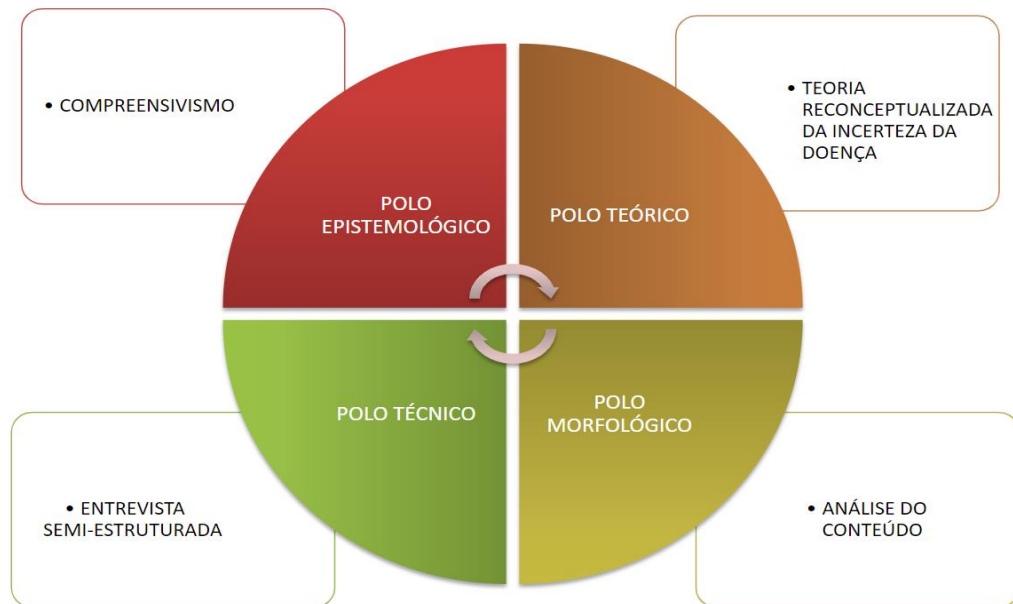
O **pensamento probabilístico** reflete a crença em um mundo condicional em deixar de lado o desejo de um estado contínuo de certeza e previsibilidade. (MISHEL, 1990).

Diante do exposto, esta teoria subsidiou o presente estudo ao avaliarmos a incerteza da doença em profissionais acometidos pela COVID-19 durante a pandemia que vivenciamos.

3.9. Representação do espaço quadripolar da pesquisa

No sentido de obter uma coerência metodológica, foi elaborado o espaço quadripolar da pesquisa sugerido por Bruyne, Herman e Schoutheete (1977), o qual propõe quatro polos metodológicos para a prática científica nas investigações tanto quantitativas como qualitativas. Definidos os polos epistemológico, morfológico, técnico e teórico em compreensivismo, análise de conteúdo, entrevista, Teoria Reconceptualizada da Incerteza da Doença, respectivamente. Para uma melhor visualização da coerência metodológica da presente pesquisa, segue uma figura 2 representativa do espaço quadripolar proposto.

Figura 2: Espaço quadripolar da pesquisa “O adoecimento dos Profissionais de Enfermagem por Covid-19: uma análise a partir da teoria da incerteza da Doença”. Maceió, 2021.



Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

3.10– Aspectos éticos

3.10.1 – Submissão no comitê de ética:

A pesquisa foi submetida à apreciação do comitê de ética na Plataforma Brasil e, para tanto, foram observadas as recomendações a Resolução nº 466/12, que trata dos critérios mínimos que devem ser observados para realização de pesquisa envolvendo seres humanos. O estudo respeitou as diretrizes e normas éticas previstas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas que envolvem seres humanos, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas com CAEE: 33631820.1.0000.5013.

3.10.2 – Termo de consentimento livre e esclarecido:

Após consentimento de participação, os profissionais que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. O participante pode optar por desistir da participação em qualquer fase da pesquisa, sem que lhe ocorresse nenhum ônus de acordo a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Caracterização dos participantes

Para melhor visualização da caracterização dos participantes, foi construído um quadro com o perfil dos profissionais de enfermagem que contribuíram com a pesquisa (quadro 1) e um quadro do perfil desses profissionais participantes quanto a categoria e exercício profissional, jornada de trabalho, atuação e capacitação para enfrentamento a COVID-19 (quadro 2), conforme podem ser visualizados nos resultados e discussões.

Quadro 1: Perfil dos profissionais de enfermagem que foram participantes da pesquisa. Maceió, 2021.

Código da pesquisa	Idade	Sexo	Estado civil	Escolaridade	Cor referida
ENF 01	28	F	Casada	ES – PÓS	Parda
ENF 02	38	F	Casada	ES	Branca
ENF 03	53	F	Casada	ES	Branca
TEC ENF 04	40	M	Casado	EM	Pardo
TEC ENF 05	32	F	Casada	EM	Parda
ENF 06	38	F	Casada	ES -PÓS	Branca
TÉC ENF 07	35	F	Casada	EM	Parda
ENF 08	52	F	Casada	ES	Parda
ENF 09	45	M	Casado	ES	Branco
ENF 10	27	F	Viúva	ES -PÓS	Preta
ENF 11	36	F	Casada	ES	Parda
ENF 12	42	F	Casada	ES	Parda
ENF 13	33	F	Casada	ES	Parda
ENF 14	35	F	Divorciada	ES	Preta
TÉC ENF 15	36	F	Casada	EM	Branca
ENF 16	41	F	Casada	ES	Parda
ENF 17	29	F	Casada	ES-PÓS	Parda
ENF 18	32	F	Casada	ES	Parda
ENF 19	33	F	Divorciada	ES-PÓS	Parda
ENF 20	46	F	Divorciada	ES	Parda
ENF 01	28	F	Casada	ES – PÓS	Parda

F: feminino; M: masculino; EM: Ensino Médio; ES: Ensino Superior; Pós: Pós-graduação. **Fonte:** Dados da pesquisa, 2021.

Dentre os participantes do estudo surgiram as seguintes categorias profissionais: (16) enfermeiros e (4) técnicos de enfermagem. Do total de enfermeiros, (6) possuem Pós graduação. As faixas etárias variam de 27 a 46 anos de idade. Do universo de 20 participantes, apenas 02 profissionais são do sexo masculino. Quanto ao estado civil, a maior parte dos participantes apontaram serem casados, (3) divorciadas e (1) viúva. A cor prevalente referida foi a cor parda, seguida de (5) brancos e (1) preto.

Quadro 2: Perfil dos profissionais de enfermagem que foram participantes da pesquisa quanto a categoria e exercício profissional, jornada de trabalho, atuação e capacitação para enfrentamento a Covid-19. Maceió, 2021.

Código da pesquisa	Categoria profissional	Jornada de trabalho semanal	Em exercício profissional:	Trabalha na linha de frente de combate a Covid-19?	Realizou capacitação para atuação de combate a Covid-19?
ENF01	Enfermeira e Técnica de Enfermagem	76h	Assistência hospitalar e Gestão URSG	Sim	Sim
ENF 02	Enfermeira	64 h	UBS e Emergência	Sim	Sim
ENF 03	Enfermeira	64 h	UBS e Emergência	Sim	Não
TEC ENF 04	Técnico de Enfermagem	100 h	Hospitalar e UBS	Sim	Sim
TEC ENF 05	Técnico de Enfermagem	60 h	Hospitalar	Sim	Sim
ENF 06	Enfermeira	84 h	Gestão	Sim	Sim
TÉC ENF 07	Técnico de Enfermagem	94 H	Hospitalar	Sim	Sim
ENF 08	Enfermeira	100 h	Hospitalar e Gestão	Sim	Sim
ENF 09	Enfermeira	_____	Não atua na área	Não	Não
ENF 10	Enfermeira	30 h	UBS	Sim	Sim
ENF 11	Enfermeira	60 h	Hospitalar	Sim	Sim
ENF 12	Enfermeira	70 h	Gestão e Hospitalar	Sim	Sim
ENF 13	Enfermeira	70 h	Hospitalar	Sim	Sim
ENF 14	Enfermeira	_____	Não atua na área	Não	Não
TÉC ENF 15	Técnica de enfermagem	60 h	UBS e vacina	Sim	Sim
ENF 16	Enfermeira	66 h	Hospitalar e UBS	Sim	Sim
ENF 17	Enfermeira	20 h	Serviço de Atendimento Domiciliar	Sim	Sim
ENF 18	Enfermeira	40 h	Hospitalar e Campanha vacina	Sim	Sim
ENF 19	Enfermeira	84 h	Gestão AB e Campanha vacina	Sim	Sim
ENF 20	Enfermeira e Auxiliar de Enfermagem	40 h	UBS e Campanha vacina	Sim	Não

UBS: Unidade Básica de Saúde; AB: Atenção Básica; URSG: Unidades de Referência em Síndromes Gripais; RAS: Rede de Atenção à Saúde.

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Assim como pontuado na literatura, a respeito da sobrecarga de trabalho da enfermagem, é possível observar no estudo, que os participantes possuem alta carga-horária de trabalho, com profissionais que chegam a atingir 100 horas/semana.

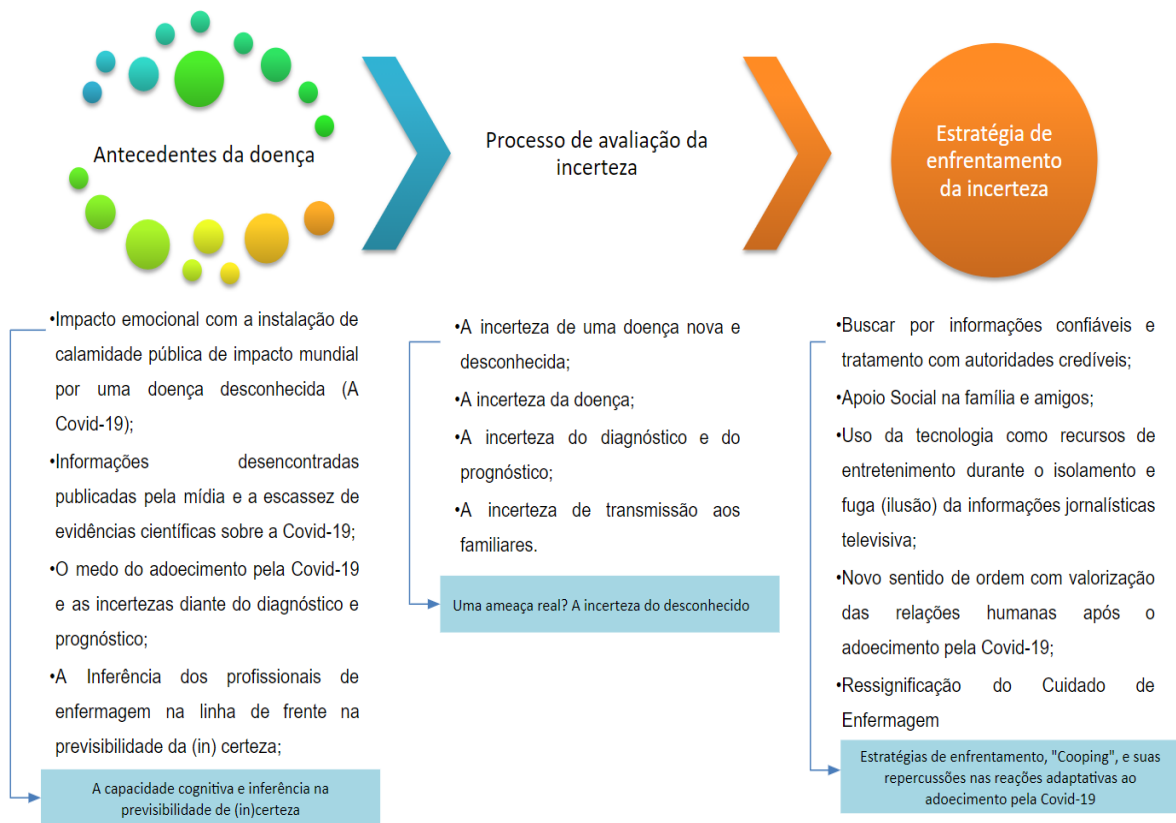
Mais da metade dos participantes (11) possuem mais de um vínculo de trabalho e os profissionais que se encontram sem atuação profissional no momento da pesquisa (2) referiram estarem incluídos no grupo de risco para agravamento da COVID-19, sendo os mesmos que relatam não terem atuado na linha de frente de combate a pandemia e não terem realizado capacitação, acrescido de apenas mais um participante quanto a esta última, totalizando 3 participantes que não realizaram capacitação. Sobre o município de residência, 15 residem na Capital de Maceió, 2 em Marechal Deodoro, 1 em Arapiraca, 1 em Novo Lino e 1 em Joaquim Gomes.

4.2 O desvelar do fenômeno

A partir da exploração das entrevistas foi possível identificar três categorias de análise, assim distribuídas: ***Categoria 1*** - A capacidade cognitiva e a inferência na previsibilidade de (in)certeza da doença; ***Categoria 2*** - Uma ameaça real? A incerteza do desconhecido; ***Categoria 3*** - Estratégias de enfrentamento – "*Coping*" – e suas repercussões nas reações adaptativas à COVID-19.

Cabe mencionar que estas categorias foram construídas a partir de um exercício analítico e aglutinador com o referencial teórico da TRID, situando-os no diagrama conceitual apresentado abaixo. Foi realizada uma esquematização dos núcleos temáticos que emergiram a partir das entrevistas, articulado aos Pilares da TRID (Antecedentes da doença, processo de avaliação da incerteza e estratégias de enfrentamento da incerteza) para o desvelar do fenômeno e construção das categorias de análise.

Figura 3: Diagrama conceitual de articulação dos pilares da TRID a partir do desvelar do fenômeno pelos núcleos temáticos para construção das categorias de análise. Maceió, 2021.



Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

A seguir, apresentaremos os resultados obtidos e discutiremos cada categoria.

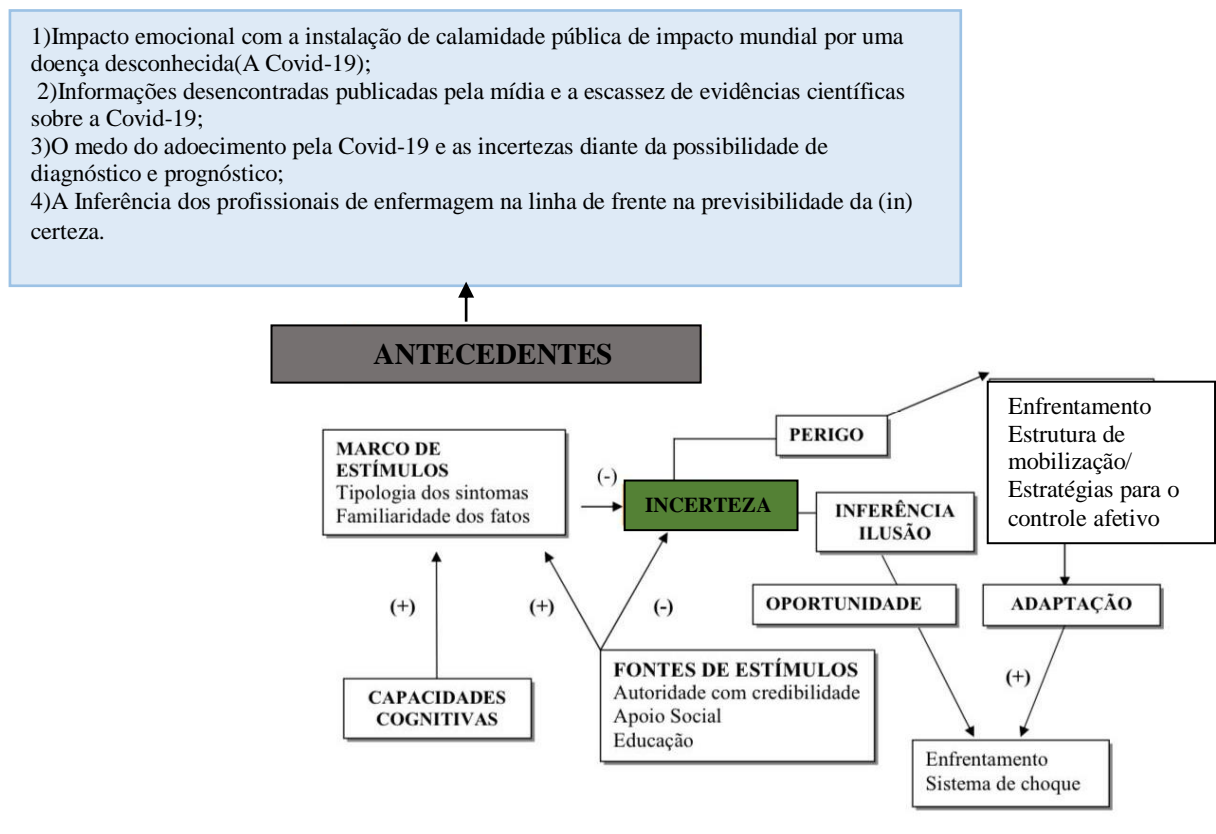
4.2.1 A capacidade cognitiva e a inferência na previsibilidade de (in) certeza da doença

“*Todos em Perigo* [...] (TÉC ENF 04).

Esta categoria apresenta os antecedentes da incerteza no adoecimento de profissionais da enfermagem pela COVID-19, evidenciados a partir do impacto emocional com a instalação da situação de calamidade pública de impacto mundial por uma doença desconhecida. Evidencia a influência da mídia, com a publicização de grande quantidade de informações desencontradas e a escassez de evidências científicas sobre a COVID-19, principalmente no início da pandemia. Estas, são apontadas como fontes de estímulo para o medo prévio do adoecimento e trazem consigo incertezas diante de um possível diagnóstico. Trata ainda das

inferências dos profissionais de enfermagem na linha de frente na previsibilidade do prognóstico.

Figura 4: Reconhecimento dos antecedentes da doença dos profissionais de enfermagem que adoeceram pela Covid-19 no modelo de percepção da incerteza da doença, de Mishel e Braden (1988), 2021.



Fonte: Adaptado de Merle Mishel e Braden (1988), 2021.

Cabe apontar que, o contexto da pandemia da Covid-19, como foi elucidado na revisão de literatura, traz algumas peculiaridades quanto ao processo de adoecimento visto que é esperada a contaminação em massa da população. Entre os adoecidos, estão os profissionais de saúde, em especial os da enfermagem. Assim como, as demais partes da população, também carregam uma história de vida e uma percepção do mundo que o cerca, que é muito singular de cada indivíduo.

Como seres sociais, somos carregados de conceitos, do modo como se percebe a vida, julgamentos, juízo de comportamentos e atitudes que atribuímos de acordo com nossa interação com as pessoas que estão em nossocotidiano e das experiências vivenciadas. Sendo assim, experiências novas, passam pelo crivo de avaliação associada às experiências prévias,

tentando fazer associações a experiências anteriores e sendo submetidas a interpretações a partir da compreensão de mundo que o sujeito possui.

Neste sentido, o componente Antecedente da Doença, como apresentado por Merle Mishel em sua TRID, pode ser discutido elucidando o que cada pessoa trás para a vivência da incerteza, face ao processo de transição saúde-doença, que influencia no modo como a pessoa acolhe a incerteza e lida com ela. Nos antecedentes da doença encontramos a motivação, as capacidades cognitivas e os mecanismos que funcionam como estímulo para a incerteza (MISHEL,1990; MENDES, 2020).

Os antecedentes são fundamentais para a compreensão das experiências individuais nas situações de doença, já que esta pode afetar a compreensão sobre o processo de adoecimento, resultados da evolução da doença, bem como as respostas adaptativas (MISHEL,1990; ZANCHETTA, 2005). Nesta perspectiva, como uma doença nova, a COVID-19 tem se apresentado como um dos maiores desafios sanitários em escala global deste século. Esta não deixou apenas a população em geral em situação de extrema vulnerabilidade, mas também os profissionais de enfermagem, inclusive apresentando com impactos emocionais e psicológicos antes mesmo do adoecimento, como verifica-se nas falas dos participantes:

Logo no início da pandemia, na nossa realidade, enquanto Brasil, foi um pouco assustadora. A população ficou assustada além da conta. A gente ficou assustado porque via a realidade de outros países. Nós vimos países europeus que estavam sofrendo da Covid de um jeito como há muito tempo não existia. Não havia acontecido na história do mundo. Não foi fácil ver as pessoas no Equador serem carregadas por caminhões. Corpos sendo carregados e em alguns lugares não se tinha mais onde enterrar. (ENF 01)

O cenário já estava estourando em alguns países e não imaginava que chegaria tão devastador no Brasil. Mas foi um momento de tudo novo. Tudo vago (ENF 03)

O início da Pandemia em março de 2020 trouxe uma série de incertezas para todos de uma forma geral. Não sabíamos o que iríamos enfrentar (ENF 09)

Foi possível visualizar que o cenário é complexo e com diversas nuances em cada canto do planeta. O vírus é o mesmo, mas as manifestações nas questões ambientais, culturais, demográficas, econômicas, regime político, hábitos, estruturais e organizativas das cidades, políticas públicas e serviços de saúde modificam para ajuste de cada realidade. Não há como não considerar que estas mudanças causam grande impacto e implicam em um grande desafio pelo arcabouço gigantesco de incertezas pelo desconhecimento sobre a doença. Para alguns participantes a atual pandemia era algo impalpável, de difícil visualização em contexto próximo. Afinal já se fazia mais de 100 anos que havia acontecido uma pandemia com efeitos sanitários tão avassaladores - a Gripe espanhola.

Na verdade, quando as pessoas começaram a falar sobre a Covid, eu não me interessei muito porque achava que ela não chegaria até aqui no Brasil (ENF 10).

Embora já se falasse em Covid, eu não acreditava que aquilo ia acontecer aqui. (ENF 20).

Quando eu estava vendo na televisão parecia que não é real, quando vem para perto de você, que é dentro do seu trabalho, aí você olha assim [...] meu Deus é real. Entendeu? Eu só comecei a perceber a situação quando chegou aqui. Mas até chegar, era irreal (ENF 02).

A mídia se desvela como importante influência no grau de incerteza gerada no contexto da pandemia, como fonte de estímulo da incerteza antecedente ao fenômeno, com desfecho de efeito negativo de ameaça diante do adoecimento pelo alto impacto das informações noticiadas. Por sua vez, analisando o contexto geral, a Covid-19 é um fenômeno de importante magnitude e relevância.

Seu impacto tem afetado vários domínios sociais, incluindo as mídias e o jornalismo. Desde o início desta crise sanitária, as notícias se tornaram um recurso de informação para a sociedade, que buscam no jornalismo televisivo o consumo de notícias imediatas, e muitas vezes estas são contestáveis pelo crescente número de “*Fake News*” (CASERO-RIPOLLÉS, 2020). O que ficou evidente nas falas dos participantes:

Fiquei bastante preocupado por ter visto nos veículos de comunicação a gravidade da doença no organismo do ser humano e isso me abalou muito (ENF 09).

Antes de chegar essa doença aqui no Brasil, eu assistia muito jornais. Quando eu via as notícias na televisão, eu ficava nervoso. Eu via na Itália, Espanha, nos países ricos morrendo muita gente. Aí eu fiquei um pouco temeroso e tudo. Aí eu vinha sempre pesquisando: como se preparar, vestindo roupas, essas coisas, tudo, para quando chegasse no Brasil. Quando chegou no Brasil mudou tudo. Porque os hospitais normais viraram tudo pró Covid (TEC ENF 04).

Eu ficava horrorizada em ver a televisão, as pessoas morrendo, aquela situação toda (ENF 02).

Então eu evitei muito ver reportagens. Essa parte assim: "Ah, todo dia morre alguém" (ENF 03).

Não é uma coisa onde muitas vezes a gente está tendo as informações pela mídia e tem coisas, a maioria das coisas, não condizem com a verdade (ENF 13).

A gente ouviu, muitas informações, é “Ah! Todo mundo vai ter!” (ENF 14).

Em tais situações, como as assinaladas acima, em que as pessoas lidam com o pouco conhecimento ou a falta de entendimento sobre o que vivenciam, faz com que os indivíduos se manifestem em um comportamento de busca de informação que por vezes são instáveis e/ou inconsistentes (MISHEL, 1990; ZANCHETTA, 2005). Este fato evidencia-se

intensamente com o cenário de falta de informações confiáveis a respeito do vírus e da doença, visto que as evidências científicas de manejo clínico e afins ainda se encontram em processo de construção/consolidação.

Os participantes apontam que no início da pandemia existia uma escassez de informações e de protocolos padronizados para manejo clínico, de práticas creditadas baseadas em evidências científicas por ser uma doença nova. Somando-se a isso o desencontro de informações publicadas nos veículos midiáticos gerou uma falta de conhecimento sobre a doença, não sendo possível fazer julgamentos claros, conforme as afirmativas abaixo:

Como era uma doença muito nova, tinha muita informação desconhecida (ENF 14).

Naquela época, havia pouco conhecimento sobre Covid-19, ou seja, era uma coisa nova (ENF 20).

Não sabíamos se o vírus era letal ou não, por não existir na época vacinas e remédios que estavam sendo usados para combater o vírus estavam sendo criticados pela área médica e pelos pesquisadores. [...] O meu conhecimento sobre a Covid-19 deu-se a princípio pelos veículos de imprensa, quando eu literalmente consumi programas de rádio, entrevistas em canais de televisão e muita leitura na internet a respeito da nova doença (ENF 09).

Porque é uma doença muito nova. E por ser uma doença muito nova aí você fica: Essa imunidade existe? Como a gente está vendo os pesquisadores dizendo aí, não é? E você tem que ir acompanhando tudo isso, e vendo tudo isso e continuar (ENF 02).

Então eu acho que a primeira coisa que a gente parou pra ler de fato são os jornais. Era um conhecimento muito frágil (ENF 01).

E eu só sabia as informações de fora. Sabia que muitas coisas estavam fechando e com relação ao tratamento deveria manter sempre o isolamento. Foi um período bem no início mesmo (ENF 03).

O meu conhecimento sobre a Covid-19 deu-se a princípio pelos veículos de imprensa, quando eu literalmente consumi programas de rádio, entrevistas em canais de televisão e muita leitura na internet a respeito da nova doença (ENF 09).

Depois veio o bum, veio o uso das máscaras porque era uma doença transmitida pelo ar, então naquele momento que adoei meu conhecimento era esse (ENF 11).

É importante destacar que a informação em saúde se faz necessária para a construção de significados sobre a origem e a evolução da doença. O progresso terapêutico e os aspectos práticos de como lidar com as demandas diárias e contínuas do cuidado de si, são possíveis com a apreciação da condição de saúde e as vulnerabilidades associadas (MISHEL, 1990; ZANCHETTA, 2005). No entanto, no início da pandemia, como as informações em saúde ainda estavam sendo processadas/construídas, enquanto produção do conhecimento, os entrevistados apontaram que as mudanças constantes nas informações não permitiam o processamento destas e expunham a uma fragilidade no conhecimento:

Eu acho que não consigo trazer como conhecimento o que estava passando nos jornais naquele momento porque as informações que estavam acontecendo ao redor do mundo eram coisas muito pontuais e ainda não se tinha definido o que era. Sabia que era uma virose que estava correndo o mundo todo e tudo mais, vindo de alguns lugares específicos (ENF 01)

Chegou para gente como muita coisa na cabeça da gente, que a gente não sabia até onde ia, até onde não ia, como era. Eu sei que chegou no exagero (ENF 02)

No começo por ser uma doença nova, existiam muitas informações desencontradas (ENF 09).

Conforme explicitado nas falas dos entrevistados, o contexto de insegurança por uma doença nova, com tantos desencontros de informações, fomentou o espanto e amedrontamento diante da cogitação e possibilidade de adoecimento, gerando incertezas antes mesmo do acometimento por esta. A “*Coronofobia*”, foi um termo criado no fim de 2020, para traduzir uma ansiedade grave diante do vírus e da pandemia. Ela é classificada como um medo extremo de contrair a infecção e tem sintomas de ordem física, psicológica e comportamental (ALMANSA, 2020).

Nestas circunstâncias, enfatiza-se também que o fato de ser profissional da área de saúde, não tira deste trabalhador a essência do “*Ser humano*”, “*Ser sujeito*”, *relacionada* ao não adoecimento por deter o conhecimento sobre os processos de saúde, não irão impedi-lo de adoecer e de ter receios com relação a este adoecimento:

O que a TV mostrava eram os casos graves, eu fiquei com muito medo de adquirir uma Síndrome Respiratória aguda grave. É mais o medo em torno da doença. (ENF 10)

A verdade era essa né, você só via os casos aumentando, você só via as pessoas piorando, você só via todo mundo pegando. Espera com receio de chegar a sua vez (ENF 16)

Você não podia pegar em nada, você não podia pegar em dinheiro, você não podia pegar em mesa, não podia pegar em bancada, em todo canto você podia adquirir a doença. (ENF 03)

Sabemos que esse mal ainda é novo, e existe um longo caminho a se percorrer para garantir que um fármaco possa auxiliar e combater o vírus no organismo do ser humano (ENF 09).

Na perspectiva da TRID, incertezas geradas nas experiências de doença englobam ideias de fragilidade na informação, dúvidas, probabilidades, incapacidades, desconforto e insegurança nas resoluções, sensações difíceis e sentimentos de controle e autoconfiança. Assim, explica-se a singularidade das respostas dos indivíduos de experiências e vivências anteriores, definindo futuras possibilidades de existência (MISHEL, 2013).

Em consonância a este pensamento os profissionais de enfermagem que adoeceram pela Covid-19 no início da pandemia, apresentam falta de clareza quanto a doença pela escassez de informações: As incertezas repercutem como inadequação no estado cognitivo, prejudicando a interpretação e avaliação dos acontecimentos da vivência da doença e comprometendo a adaptação da pessoa adoecida:

O que eu entendia por Covid era que era uma doença muito contagiosa, respiratória, que os sintomas iniciais eram febre, uma fraqueza e até então só (ENF 11)

Até o momento eu sabia que era grave, mas não era algo que eu tivesse tanto conhecimento até pela falta de informações no geral (TÉC ENF 07).

O que é que leva um vírus a ter um agravamento tão forte com uma sintomatologia inicial tão pequena, tão desprezível até e ter uma gravidade tão grande, o que é que leva isso a acontecer de pessoa para pessoa? Nós sabemos que tem pessoas que se comportam muito bem e tem outras que não se comportam tão bem e tem outras que chegam à morte. (ENF 08)

Só o problema é que... são surpresas, porque eu tive muita... eu acho que eu fui a sorteada, né? De ter tantas...tantos problemas, e outra... não sou fortinha, não tenho diabetes, não sou hipertensa, não tenho problemas de saúde e veio dessa forma (ENF 12)

Mesmo com o curso da pandemia evoluindo com informações mais confiáveis, ainda existem incertezas relacionadas à produção do conhecimento a respeito da doença. Para Mishel (1990), a falta de informação ocorre quando o compartilhamento destas informações sobre a doença é ausente ou insuficiente, necessitando de adição de instrução a respeito para a construção de um conhecimento fundamentado. Ainda com relação a este aspecto podemos verificar os seguintes discursos:

No começo, por ser uma doença nova, existiam muitas informações desconhecidas. Com um ano de pandemia, as informações foram se aperfeiçoando. Ainda há muito a saber, mas estamos evoluindo (ENF 09)

Na verdade, até hoje ainda não se sabe 100%. Mas de saber como a doença se comportava, como me prevenir, apesar de já estar adoecida, mas neste momento entra como prevenir o outro (ENF 01)

“Você tem conhecimento de tudo?” Não! Não tenho, porque cada dia muda! Ontem mesmo eu assisti uma *live*, com um cardiologista e um infectologista, dizendo coisas que me deixou mais perdida do que antes! E cada coisa, assim, cada dia uma novidade! ENF 12)

Quanto aos aspectos relacionados às lacunas do conhecimento ocorreram mudanças constantes nas informações. À medida que as informações iam sendo validadas, estas eram atualizadas e publicadas de forma dinâmica em curto intervalo de tempo. Para Araújo et al., (2021), as inseguranças, nesse sentido, podem ser amenizadas com o fornecimento de informações sobre as causas e consequências de seus sintomas. Nesse momento, a produção

científica foi crucial para melhor aproximação da compreensão sobre a doença, seus efeitos e busca por soluções, como podemos observar a seguir:

Eu lembro que muitos manuais eles foram feitos várias versões, então a gente estava sempre acompanhando este processo que foi bem dinâmico, mas eu acredito que absorver esse conhecimento do Ministério da Saúde foi em conjunto com o processo que era construído na secretaria de saúde. Foi por isso. Depois vieram cursos. A gente vai tentando buscar conhecimento a mais, né! (ENF 01)

De certa forma, os pesquisadores estão aprimorando a cada dia as evidências científicas sobre a doença, melhorando a informação para os profissionais de saúde e a população no geral(ENF 09).

Foi muito importante o grau de conhecimento, de informações e tratamento que a gente conseguiu evoluir de 2020 pra cá. Não com tantas, mas aos poucos o conhecimento está ficando mais consolidado. O fato de ter tido Covid em 2021 e não ter tido Covid em 2020, quando surgiu, pode ter me deixado mais tranquila. Porque as informações já eram outras. Já tinha uma evolução na ciência, assim entre aspas [...] da sintomatologia, das medicações, dos tratamentos. (ENF 14).

Na conjuntura da COVID-19 os profissionais não tinham conhecimento de causa e os cuidados na atenção da pessoa adoecida ainda não faziam parte da rotina de trabalho havendo a necessidade de os serviços realizarem capacitações para aproximação dos trabalhadores à nova realidade (TEIXEIRA et al., 2020)

Outros entrevistados relataram que a participação em capacitações lhe conferia segurança quanto ao conhecimento e ao cuidado. A capacitação profissional, seja ela por educação permanente ou continuada, possibilita ao profissional o aprimoramento do conhecimento técnico e científico, mas para além impulsiona para que o trabalho seja realizado com segurança. Conforme citado por eles:

Mas algo palpável de conhecimento científico mesmo, bem estabelecido, veio dos manuais do Ministério da Saúde. Eu trabalho em uma Secretaria de Saúde então eu lembro de logo no início da pandemia nós organizamos treinamentos para as equipes de profissionais das unidades básicas, das unidades de saúde Maceió (ENF 01).

Deu condições. Deram os materiais todos para o tratamento e tudo. O doutor deu aula a gente lá no manequim do laboratório e mostrou tudo (TÉC ENF 04).

Como estou trabalhando desde o início da pandemia na gestão e fiz parte da equipe que implementou as unidades de triagem para Síndromes Gripais do município que resido, sempre participei de capacitações sobre o tema, além de buscar informações contínuas sobre o vírus e suas repercussões mundiais (ENF 06).

A gente da UPA a gente sempre tinha treinamento em relação a isso, eles deixaram a gente bem capacitado, entendeu? Embora fosse um vírus novo, todo cuidado era o máximo possível (TÉC ENF 15).

Outros apontam que mesmo sem capacitação a vivência no cotidiano do cuidado conferiu-lhe experiência e aprendizado a respeito à doença:

Quando você vai vivenciando, vai lendo um pouco mais sobre o assunto, vai aprendendo como lidar com a situação. Então assim, o período do início não ter sido capacitada e precisar no momento que tantos profissionais, porque muitos estavam adoecendo, foi um momento de enfrentar os medos e os receios e começar a estudar e aprender, então o conhecimento veio com a vivência mesmo, tanto do adoecimento como da assistência direta ao paciente com Covid. Assim eu fui aprendendo (ENF 03).

As capacidades cognitivas são atributos que o indivíduo possui para averiguação de determinados dados e informações. Esta capacidade se desvela tanto por respostas inatas como por respostas específicas a determinadas situações. A inferência, por sua vez, refere-se à avaliação da incerteza, utilizando as experiências prévias para o processamento da vivência atual, estabelecendo familiaridade aos fatos. É o julgamento que o indivíduo conclui diante dos fatos vivenciados (MISHEL, 1990; GODIM, 2009).

Cabe destacar que pela atipicidade do contexto da pandemia os antecedentes da doença já se apresentam cercados de incertezas e já fazem parte do processo de adoecimento pelo receio do acometimento. Este, quando somado a vulnerabilidade do pertencimento ao grupo de risco, com maior propensão ao agravamento do quadro de saúde, acentua o temor. Para os participantes que pertencem à faixa de maior vulnerabilidade às complicações causadas pela covid-19, a sensação de ansiedade tende a ser maior como apontados nas falas a seguir:

Mesmo não sabendo tanto, mas a gente já sabe que as pessoas que estão no grupo de risco são as pessoas mais propensas a se agravar (ENF 19).

A minha principal incerteza e que me fez ficar muito preocupado foi por ser diabético e hipertenso. Fatores que contribuem para o agravamento da doença em meu organismo. Esse foi o meu pior medo. De estar contaminado e não saber como meu organismo iria reagir. (ENF 09).

No entanto, com o aparecimento de casos que fugiam do perfil das pessoas do grupo de risco acentua o medo. Para Mishel (1990), o impedimento do controle frente à situação gera dificuldade de ordenamento sobre o que se conhece sobre a doença favorecendo o sentimento de insegurança. conforme podemos destacar nas falas de alguns entrevistados:

A realidade de hoje nos mostra que não existe grupo de risco não, porque desde o RN até o idoso está havendo mortalidade, então acabou, tirou por terra essa história que tem doença grave, comorbidades. Isso aí caiu por terra, não adianta (ENF 01).

Nós sabemos que pessoas com muito conhecimento que estão tendo todos os cuidados, que tenha uma vida boa, relativamente assim em termos de alimentos, em termos de cuidados pessoais e tudo mais, que não são sedentários etc,etc. e que estão desenvolvendo casos gravíssimos e até falecendo, contradizendo tudo que inicialmente foi dito, que teria o grupo de risco, as pessoas que não faziam atividade física, as pessoas que não tomavam banho de sol, que não tinha vitamina C, D, boas,

que não tinha alimentação boa que se expunham, que isso, e isso, e isso... E tá contradizendo tudo isso que foi estudado antes.(ENF 08)

Em cada pessoa ela reage de uma forma diferente. Porque é uma questão de organismo de cada pessoa. Tem pessoas que por exemplo, que vai verificar uma saturação de oxigênio está em 97%, de repente cai para 93%. Tem pessoas que satura 97, 98 e sente dispneia e sente falta de ar, fadiga, que é um sono, um sono que dá muito grande (ENF 13)

Eu perdi muitos entes queridos, perdi agora, tem umas duas semanas, perdi um primo de 48 anos que não tinha nenhuma comorbidade, era até ciclista, era uma pessoa que era bem saudável mesmo, mas infelizmente não teve a mesma sorte que eu. A gente nunca vai esquecer essa parte aí que é bem complicada também né, perder os entes queridos, mas é assim mesmo (TÉC ENF 15)

Outros apontaram inseguranças nos protocolos de enfrentamento com distanciamento social apenas das pessoas que estavam inseridas no grupo de risco, questionando a população em geral quanto à exposição ao vírus. Para Ferguson et al., (2020), este tipo de estratégia, denominada como isolamento vertical, tem como estratégia o aumento da imunidade das pessoas, isolando apenas os grupos de risco da COVID-19. Porém, recebe muitas críticas, como observamos na fala de alguns participantes:

No começo a gente dizia muito assim, quem mais vai ficar em situação grave são aquelas pessoas: idosos, hipertensos, obesos, não era assim que a gente dizia? Como se qualquer pessoa não pudesse morrer pela Covid. Porque as primeiras situações foram essas, vamos afastar essas pessoas, os outros o risco não existe (ENF 02).

Assim, a gente já sabia que era uma doença grave, todo mundo estava com risco (TÉC ENF 05).

Mishel (1990) discorre que a insuficiência em conferir valor no processo de adoecimento está diretamente relacionada à incerteza. Estudos trazem que a instalação da incerteza frente ao adoecimento acarreta numa desordem nos sentimentos e atitudes, levando a um afastamento do indivíduo do seu núcleo social, gerando desesperança, falta de auto reconhecimento e descaracterização da personalidade. Portanto, a teoria evidencia que é imprescindível a reorganização e reestruturação das estratégias de enfrentamento a partir da manifestação da incerteza. Também foi relatado pelos participantes o medo do adoecimento pela COVID-19, apontando insegurança diante de um possível diagnóstico pela doença:

Olhe, na verdade o grande desconforto é que a gente não sabe o que é que vai acontecer. Então a insegurança. A gente sente uma insegurança porque nada é fechado, não existe uma fala fechada, né?! (ENF 08).

Hoje, mesmo com a vacinação e mesmo estando vacinado e já ter adoecido, o medo em mim é latente porque passado um ano, quem faz parte do grupo de risco são os que mais adoecem, são os que mais perdem a vida e com estas cepas novas... com estas cepas novas, não tem como garantir que não vá mais pegar a doença (ENF 09).

Sabemos que esse mal ainda é novo, e existe um longo caminho a se percorrer para garantir que um fármaco possa auxiliar e combater o vírus no organismo do ser humano (ENF 09).

De acordo com Merle Mishel (1990), o surgimento de sintomas de uma doença com a possibilidade da morte está relacionado à incerteza. Nesse contexto, o medo de morrer pela COVID-19 atinge alguns participantes, conforme explicitado nas falas:

O conhecimento que a gente tinha era um conhecimento que até todo mundo achava que não sabia se estava certo, se estava errado, porque era uma doença que no final mesmo você pensava assim “ah todo mundo vai pegar e todo mundo vai morrer, não vai sobrar ninguém no mundo” (ENF 16).

Eu, como estava na linha de frente, fiquei muito tempo cuidando de pacientes com comprometimento pulmonar de cinquenta, setenta e cinco, oitenta por cento, então eu fiquei com medo. Foi a primeira vez que eu fiquei com medo de morrer na vida (ENF 13).

Não ansiedade... o medo, porque eu já tinha infartado, então eu tinha medo de morrer (ENF 12).

O medo de contaminação fez com que iniciasse os cuidados preventivos de higiene, proteção individual e rotina de limpeza em congruência com as orientações feitas pela Organização Mundial de Saúde (2020). Esta, recomendava as medidas de higiene para evitar a transmissão do vírus, tais como lavagem das mãos, etiqueta respiratória, cozimento adequado dos alimentos, distanciamento social e isolamento dos sintomáticos. Baseados nessas orientações, os entrevistados apontam busca por estratégias de enfrentamento antes mesmo do adoecimento:

Meu conhecimento a respeito da Covid-19 até o meu adoecimento, era sobre a etiologia dela, da doença. Era saber de onde ela veio. Era saber a forma do contágio. É saber como se proteger. Saber que a gente tem de melhorar os nossos hábitos de higiene, a nossa etiqueta respiratória, que a gente falou tanto de etiqueta respiratória esse ano, né! (ENF 01).

Utilizei as armas que eu tinha contra o Coronavírus. Desde o começo da pandemia fiz o isolamento social, o uso das máscaras, uso do álcool em gel com frequência para tentar de alguma forma afastar essa doença da minha pessoa (ENF 09).

Então foi mais ou menos isso, essa precaução, lavar muito a mão, passar álcool, evitar está apoiada nos móveis (TEC ENF 05).

Qualquer coisa, tocar numa maçaneta, dividir o mesmo espaço, compartilhar objetos pessoais, isso aí foi assustador (TEC ENF 07).

Mas assim, a importância da muda de roupa quando chega em casa, de evitar a entrada pela porta principal de ter uma entrada alternativa, eu acho que é alguns cuidados que a gente foi tendo, foi aprendendo para lidar com esta doença específica (ENF 02).

O que é que a gente poderia fazer!? Que foi manter o distanciamento social, não receber visitas em casa. Foi uma opção da gente, quando os bebês nasceram, não tá recebendo essas visitas de familiares, parentes e tudo (ENF 14).

Os trabalhadores da enfermagem envolvidos no cuidado aos pacientes com COVID-19 se expõem também ao risco do adoecimento, sendo que “a heterogeneidade que caracteriza este contingente da força de trabalho determina formas diferentes de exposição, tanto ao risco de contaminação quanto aos fatores associados às condições de trabalho” (TEIXEIRA et al., 2020). Apesar dos profissionais de saúde estarem acostumados a lidar com situações de tensão psicológica no trabalho, a pandemia de Covid-19 traz uma situação diferente, pois precisam lidar com o medo de se contaminar e expor seus familiares ao risco.

Neste contexto, reforça-se o pensamento que a influência dos antecedentes da doença, como a atuação na linha de frente no enfrentamento a COVID-19, adoecimento de familiares, amigos e pessoas próximas bem como adoecimentos anteriores, condiciona a incerteza ao pensamento probabilístico e a busca pela previsibilidade dos acontecimentos:

Então, eu fui diagnosticada com Covid em junho de 2021. Mas, eu comecei a apresentar alguns sintomas no início de maio, que é até estranho o intervalo de tempo para dizer que eu adoeci em maio por Covid (ENF 19).

Rapaz, assim, como você já sabe todos os sintomas que pode acontecer, acho que quando a gente é da parte da saúde acho que você já espera o que vai acontecer com a gente (TÉC ENF 05).

Calcado em uma experiência prévia, os antecedentes da doença permitem uma análise probabilística do adoecimento quanto ao julgamento enquanto ameaça ou oportunidade. Condicionam o grau de adaptação à familiaridade dos fatos e as vivências prévias, sendo estas evidenciadas mais claramente nas falas de profissionais que atuaram na linha de frente da assistência à saúde da pessoa acometida pela COVID-19.

Um belo dia a minha mãe disse para mim, minha mãe tinha 83 anos... ela disse para mim: minha garganta está arranhando. Eu disse como a garganta está arranhando? Aí a gente já ficou preocupado. Tudo poderia ser Covid, né!? Aí eu disse, mas não teve nenhum caso por aqui é o único caso suspeito que tinha tido no domicílio tinha sido descartado (ENF 20).

Eu acho que a gente piora mais ainda porque a gente não só sabe, mas a gente tem a vivência do dia a dia dos pacientes que pegaram e que realmente ficaram graves (ENF 16).

Os profissionais envolvidos no enfrentamento da pandemia experienciaram as mais diversas evoluções de casos (leves, moderados e graves) e prognósticos, tomando para si o significado do adoecimento a partir de suas vivências. Para tanto, as associações entre os sinais e sintomas dos pacientes, na prática clínica, durante o exercício de sua atuação

profissional, foi realizada no sentido de estabelecer similaridade e familiaridade às condições de saúde em busca de suporte palpável e certeza para consolidar o conhecimento a respeito da doença.

A gente que está na linha de frente vê que a Covid evolui muito rápido (ENF 19).

Segundo Merle Mishel (1990), a redução da incerteza ocorre diretamente ligada aos provedores de estrutura. Estes ajudam o indivíduo a determinar o padrão de sintomas, a relação dos eventos e a congruência das experiências. Conforme aumentam o padrão de sintomas, a familiaridade e a congruência do evento, a tendência ao desenvolvimento por estratégias e enfrentamento da incerteza também aumentam.

O apoio social da família está entre os provedores de estrutura que auxiliam o indivíduo na apreciação da incerteza. No entanto, visto as múltiplas exposições do vírus, alguns profissionais optam em afastar-se dos familiares por atuarem na linha de frente contra a COVID-19 como forma de proteção dos seus:

Então a partir do momento que eu decidi trabalhar com Covid eu saí da minha casa e evitei a minha família por alguns meses (ENF 19).

Quando eu iniciei, comecei a trabalhar diretamente com Covid eu decidi sair de casa, para prevenir a minha família já que eles estavam cumprindo todo o distanciamento social. Então eu preferi sair e manter eles protegidos, que foi um benefício (ENF 03).

É questão pessoal, eu tenho pessoas idosas na família, então tive cuidado de não estar visitando, não estar aglomerando. Porque a gente sabia que poderia, estando em ambiente hospitalar, passar para alguma pessoa da família que estivesse mais vulnerável. Então eu tive este cuidado e até hoje tenho. Mas assim, não é fácil (ENF 13).

De acordo com o COFEn (2020), a preocupação com a família tem sido uma constante na fala dos profissionais que procuraram atendimento pelo conselho. Este é disponibilizado por um canal de atendimento 24 horas, que conta com a participação voluntária de mais de 150 enfermeiros especialistas, mestres e doutores em saúde mental.

As mudanças nas relações interpessoais cotidianas, após o surgimento da COVID-19, foram apresentadas com fala marcante na condicionalidade das relações por recursos digitais e de telecomunicação, fragilizando os vínculos familiares e de amizade:

Passei mais de cinco meses sem poder visitar minha mãe, minha sobrinha, meu irmão e meu cachorro. Essa sensação traz um sentimento de impotência de como nós seres humanos dependemos de carinho, afeto, e amor dos nossos familiares [...] falar via telefone, nunca vai ser a mesma coisa que pessoalmente. Mandar uma foto por telefone, nunca vai ser a mesma coisa que um abraço ou beijo no rosto, ou um carinho do seu cachorro, ou encontrar com seus amigos de infância no local em que você cresceu (ENF 09).

As experiências prévias de adoecimentos por outras doenças que levaram a um agravamento de quadro, também foram apresentadas como antecedentes da doença, que despertam incertezas antes mesmo do adoecimento por associação ao quadro de exacerbação anterior:

Ficar internado, isso faz com que os fantasmas da minha infância venham à tona, até porque meu irmão ficou mais de 25 dias internado em um leito hospitalar para tratar a Covid-19, tendo mais de 50% dos pulmões comprometidos (ENF 09).

Ainda sobre as experiências de vida dos participantes, os eventos de memória ligados a parentes e amigos próximos, foram citados fomentando a familiaridade dos fatos. É notório que mudanças sociais e culturais, em função da morte e do adoecimento de pessoas ligadas afetivamente, deflagram a necessidade de reestruturação de posicionamentos, desempenho de papéis e de funções no núcleo familiar (SCORSOLINI-COMIN, 2020). Relatos de lembranças e acontecimentos de adoecimento pela Covid-19 por familiares e pessoas próximas estão presentes nas entrevistas como referenciado abaixo:

Eu lembro que nessa Pandemia a mãe de um amigo meu faleceu e assim não foi fácil pra ele e assim eu lembro de um momento de a gente ter ficado muito pensativo sobre isso pelo fato da gente se imaginar nessas situações. De se imaginar na situação de adoecer quem a gente ama e perder quem a gente ama. De ser o vetor da doença acredito (ENF 01).

No dia seguinte meu irmão estava piorando e ele foi encaminhado para ser internado. Ele se recuperou... e mesmo no leito do hospital, ele me pediu para me cuidar ainda mais porque a doença não é fácil. Tive sentimento de impotência quando meu irmão e minha prima estiveram internados, foi o mesmo sentimento quando meu pai também ficou internado e veio a falecer meses depois(ENF 09).

Graças a Deus, os meus foram leves, mas, por exemplo, eu tive uma tia que ficou internada quatorze dias, né? Não precisou ser entubada, nem nada, mas estava lá no oxigênio. Então, a gente tenta passar essa orientação pra família, para os amigos mais próximos, que estão sempre procurando saber, né, como fazer (ENF 14).

Desta forma, o profissional de enfermagem faz uso da experiência do núcleo social como recurso para interpretação dos estímulos de incerteza. Para Mishel (1990), este recurso faz parte dos antecedentes da doença, associado aos estímulos relativos à doença e relacionados a questões fisiológicas, tais como a frequência, intensidade, quantidade, localização e duração; e a capacidade cognitiva relacionada às habilidades pessoais de processamento de informações (ZANCHETTA, 2005). Os eventos de memória com colegas de trabalho também foram apontados durante as entrevistas:

Mas quando chegou aqui, olhando, vendo as pessoas, ouvindo: “Fulano vai morrer!”, então está na sua frente [...] o cenário se agravando. Os colegas ficaram na UTI. Colegas que não conseguiram sair ainda, que está no SARA tentando se reerguer, caminhar, falar direito. Tudo isso mexe com a gente. Então é complicado (ENF 02).

Sei que assim, mesmo tendo visto tudo isso, nos dois serviços eu lembro bem que eu não surtei. Mas eu tive amigas que ficaram internadas, eu tive amigas que perderam familiares e a gente, quer queira quer não fica assim, mas eu não surtei ao ponto de dizer assim. Deu para trabalhar com equilíbrio (ENF 03).

Tive colegas de trabalho, fisioterapeuta, médico, enfermeiro, técnico, ficar grave mesmo e a gente ficava naquela loucura “meu Deus, meu Deus, tem que sair, tem que sair, tem que ficar bem” e era uma luta diária e assim... piora muito mais, eu acho que a gente ficava mais angustiada, mais nervosa, mais pensativa, no fato de você ter a vivência do dia a dia (ENF 16).

Problemas psicológicos antecedentes são elencados como fatores que intensificam a condição de fragilidade apresentada pelos profissionais. Pois, quando associado ao adoecimento pela Covid-19, que já traz muitas incertezas, potencializam a angústia, desesperança na cura e conferem bloqueio nas estratégias de enfrentamento para otimização das respostas adaptativas:

Antes do Covid mesmo eu tive problemas pessoais que eu fiquei ruim. Precisei de ajuda. Precisei me afastar. Precisei ficar cinco meses afastada e eu precisei me ajudar. E foram outras situações, que interessante eu podia ter tido uma recaída neste momento atual quando adoeci e eu não tive. Porquê? Porque os meus outros problemas, pra mim, foram bem mais graves (ENF 02).

Eu acho que era mais psicológico, devido o infarto. Mas eu tive síndrome do pânico (END 12).

Os profissionais de saúde constituem “um grupo de risco para a COVID-19 por estarem expostos diretamente aos pacientes infectados, o que faz com que recebam uma alta carga viral” (TEIXEIRA et al, 2020). Além disso, estes profissionais passaram por situações de pressão, risco de infecção, excesso de trabalho, frustração, discriminação, isolamento, assistência a pacientes com emoções negativas, falta de contato com a família e exaustão.

Estas situações causam problemas de saúde mental, como estresse, ansiedade, ocorrência de sintomas depressivos, insônia, negação, raiva e medo. Problemas que afetam a atuação dos profissionais e também corroboram para as incertezas quando acometidos pelo adoecimento pela COVID-19. Os eventos que causam a incerteza podem ser a maior fonte de estresse, provocando reações fisiológicas e aumentando as emoções (MISHEL, 2010; CARMO, 2015).

Na linha de frente no combate ao novo coronavírus, os profissionais de enfermagem, assim como os médicos e tantos outros profissionais, convivem diariamente em um cenário de duplicidade de incertezas, tanto na execução do cuidado como no adoecimento, com o medo de adoecer, a morte, a ansiedade e ainda a transmissão para os familiares. Isso causa estresse e preocupação para a rotina dos profissionais de saúde:

Eu trabalho em UTI, então é um momento que você precisa ter sangue no olho. Precisa ter um pouco de sangue frio. Porque? Porque você precisa ter técnica para agir, para trabalhar e você precisa ser rápido. E nem todo mundo tem essas características. Então o que muitas vezes eu vi acontecer, diversas e diversas vezes, foi o fato de alguém se sujar com secreção ou sangue, ou secreção traqueal, seja qual for, e achar que tinha se contaminado e achar que ia adoecer, e não! A gente precisa ter calma (ENF 01).

Começou que os pacientes, com muita rapidez, descompensavam. Pacientes entrando em parada cardiorrespiratória. Pacientes indo a óbito em uma fração de tempo. Por exemplo, paciente dava entrada em uma unidade hospitalar hoje, daqui a três, quatro dias estava intubado. Daqui a pouco o paciente começava a usar todas as drogas que estão ao alcance em termo de vasoativas para manter aquele paciente. De repente teria uma complicação. Paciente teria que dialisar. E de repente o paciente vem a óbito. Uma semana, às vezes menos. Muito rápido (ENF 13).

Porque assim, eu tenho uma amiga no trabalho, que não é aqui, eu fico olhando e respeito, mas ela chega, ela coloca um plástico na cama onde ela descansa, ela joga Lysoform [produto de limpeza bactericida] na cama, e dorme em um saco. Ela descansa em um saco. Toda embrulhadinha em um saco. Assim, você vê que chegou no limite do estresse. Esse é o limite do estresse (ENF 02).

Medo da discriminação por parte dos colegas durante expediente de trabalho quando apresentam sintomas similares aos da COVID-19:

Você como profissional você sentia isso na pele, se você ficasse com uma tosse no hospital, você via que não era uma tosse de adoecimento, mas você tinha vergonha. Você guardava a tosse, você não podia tossir, numa alergia que você já tem desde sempre, que você conhece como é a tosse de sua alergia (ENF 16).

Mesmo com atuação na linha de frente enquanto profissionais de enfermagem, alguns participantes relatam que o nível de atenção de onde realiza o trabalho aumenta a chances de contaminação:

Porque assim todas nós, a grande maioria, 70% teve. Porque o contato aqui é grande, mas lá chega até dez vezes mais do que aqui. Lá no SAMU. Porque lá você trabalha com paciente Covid dentro de uma viatura e o espaço é mínimo. Então você está sentada e centímetros de distância seu paciente está do seu lado. Mesmo com todos os cuidados que você venha a ter, com a roupa adequada, com os EPIS adequados, mas se tem o risco de intubação daquele paciente junto de você e que tá praticamente na sua cabeça. Paciente entubado ou que não está intubado. Mas você está lá, tudo bem, com todo equipamento de proteção individual, mas os riscos são muito maiores que aqui (ENF 02).

Enquanto profissional da enfermagem, pela própria essência do saber e do fazer, para além de aguçar a curiosidade para a compreensão da nova realidade com a pandemia, também desperta a busca por informações voltadas ao direcionamento da prática. Para estes trabalhadores, os antecedentes da incerteza destes, também estão relacionados no trabalho e no cuidado de enfermagem. É intrínseco ao processo de produção do cuidado ao paciente adoecido pela Covid-19 com um alto grau de incerteza das nuances que o envolve.

Dentre elas está a paramentação e desparamentação dos equipamentos individuais de proteção (EPIs), considerado um dos elementos importantes na prevenção da propagação do vírus. Em locais de circulação restrita pela criticidade dos pacientes e maior risco de exposição ao vírus, como as Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), é exigido aos profissionais a paramentação contínua e completa, sendo pontuado pelos participantes como mais uma forma de pressão psicológica sobre o risco de contaminação:

A relação é exatamente essa de você atuar, aí você precisa está vestido como um astronauta. Eu digo enquanto técnica de enfermagem, trabalhando na linha de frente mesmo. No hospital. E você precisa ter cuidado na paramentação, você precisa lavar as mãos constantemente, você precisa se cuidar mentalmente pra isso não virar uma coisa muito maior do que é (ENF 01).

Porque assim, eu ficava pensando para você ir levar você precisa se paramentar toda com EPI, e eu ficava pensando assim, quando eu voltar, como é que eu vou tirar a paramentação? Que é aí que tem o risco da contaminação. O risco é maior. Desparamentar (ENF 02).

Como profissional, eu utilizei todos os mecanismos necessários de paramentação, a parte de tudo que estava ao meu alcance como estratégia para o enfrentamento dessa doença (ENF 13).

A assistência à saúde dos primeiros pacientes com Covid-19 também foirelatada, relacionando as primeiras experiências de cuidado:

Eu lembro bem uma coisa, o primeiro paciente que eu fiz transporte lá, eu fiquei assim, parecia que eu não ia me conter de descontrole emocional. Parecia a minha primeira ocorrência do SAMU, a sensação. Primeira ocorrência de atendimento pré-hospitalar (ENF 02).

A mudança na rotina de trabalho passou por adaptações para recebimento de pacientes com COVID-19, onde os profissionais tiveram que adequar seu processo de trabalho. A partir dessa mudança na rotina de enfermagem, o contexto exigia treinamentos constantes, por ser um momento novo, com conhecimento ineficiente e também pelas mais diversas problemáticas institucionais. Ademais, exigia o planejamento e reorganização do funcionamento da estrutura física das instituições de saúde, gestão de recursos humanos e construção de protocolos (CESÁRIO et al., 2020). Como podemos observar nas seguintes exposições:

O hospital que eu trabalho mesmo, teve mês que ficou 90% Covid e só 10% normal. Aí eu fiquei assim: não vai acabar isso não? Preocupado, não é!? Só que a gente está na linha de frente. Tinha um chefe lá na UTI que eu trabalho, que ele chamou os funcionários e perguntou quem era que queria sair da UTI Covid para ir para outra UTI sem ser Covid. A prioridade era esse pessoal do grupo de risco, sessenta anos e tudo, mas só que ele perguntou e eu fui sincero: “Não doutor, não!”. A gente não pode abandonar o barco na linha de frente (TÉC ENF 04).

Eu trabalha em um hospital e tinha uma bebezinha traqueostomizada, covid positivo, bebezinha de 1 mês e assim muito nervosa, angustiada, angustiada, ela não conseguia segurar o tubo, então assim, carga viral topada né porque ela não ficava com a traqueo, então o respirador era o tempo todo fora e a gente tinha que ficar ajeitando a menina, ajeitando, ajeitando, ajeitando e não teve pra onde não, não ia escapar não, só se realmente tivesse com a imunidade muito boa, mas na correria que a gente estava trabalhando não tinha imunidade que segurasse não (ENF 16).

Ressalta-se ainda que a força de trabalho na enfermagem não é homogênea, porquanto apresenta diferença quanto as questões de “gênero, raça e classe social, estruturantes do acesso aos diversos níveis e cursos de formação profissional, bem como das oportunidades de inserção no mercado de trabalho” reproduzindo-se no âmbito das relações dos serviços de saúde (TEIXEIRA et al., 2020). Com o aumento dos casos, percebeu-se o adoecimento e/ou afastamento de profissionais, desfalcando a equipe pelo afastamento de colaboradores, sobrecarregando a equipe, prejudicando assim as relações interpessoais no trabalho, entre outros aspectos, conforme apontado:

Cansaço que estava trabalhando muitas horas, não parava de trabalhar, quando a gente não estava de plantão a gente tinha que ir porque tinha muito pessoal da equipe afastado, então o setor estava totalmente desfalcado (ENF 16).

Cabe discutir no presente, entre outros aspectos voltados ao cotidiano, as questões relacionadas ao conceito de infecção no ambiente hospitalar. Esta, inclui todo e qualquer processo infeccioso, não identificado na admissão do paciente que se manifeste durante sua permanência e, em alguns casos, até mesmo depois de sua alta do hospital (MICHELIN; FONSECA, 2018). É evidente que os profissionais buscaram por estratégias de redução desta incerteza no cuidado. Os discursos mostram receio destes em serem vetores de contaminação, pelo exercício profissional exercido e ligação direta à exposição ao vírus. Desse modo, tornou-se imprescindível a reformulação das práticas nos serviços de saúde, na tentativa de mudar a cultura prevalente:

E com a sua função vem o peso. Vem o peso de você ter na roupa, ter na mão. Ser assintomático e de você não tá no momento que está desenvolvendo os sintomas, mas de repente começa a desenvolver os sintomas. Contaminar alguém e não percebeu que estava transmitindo. Que já estava com a doença estabelecida em você. Eu digo neste sentido mesmo. Por carregar a doença. Seja na roupa ou seja dentro do organismo [...] a gente precisa pensar exatamente como você se contamina. Então, é limpar a secreção com papel toalha, com seja lá o que for, lavar a mão, lavar o local e manter a calma e saber que você não se contamina porque não era esse o modo de contágio. Né!? Da Covid (ENF 01).

Eu acho que saber que o enfermeiro tem esse papel. Eu não sei explicar. Acho que a gente não poderia abandonar. Porque agora é a Covid, mas amanhã pode ser outra coisa. Faz parte do trabalho. Eu vejo assim. Agora lógico, a gente é ser humano, no momento em que você se sente pressionada dá uma desestabilizada (ENF 02).

Entendi que isso assusta. Assim, tipo, eu sou profissional contaminado e como eu vou agir diante dessa doença. Foi importante para eu poder, como eu posso dizer? Não sei nem como explicar, eu dobrava os cuidados, dobrava os cuidados, porque eu sabia que tem que usar a máscara, porque a gente ainda não sabia ainda se era no espirro, se era o contato, era uma coisa muito nova, então o pouco que a gente já tinha da experiência de técnico, da vivência de precauções com doenças contagiosas, então a gente foi usando também para a covid (TÉC ENF 07).

Durante prática de atividades laborais, os profissionais vivenciaram experiências relacionadas ao agravamento de pacientes, desestabilizando-o emocionalmente:

Aí a UTI que eu trabalho mudou para [UTI] Covid. Vieram os materiais, os insumos e tudo. Linha de frente, tudo que era paciente chegava. Paciente muito grave que mexia com o psicológico de todo mundo (TÉC ENF 04).

Porque a gente via pessoas, casos de pacientes novos, idosos, pessoas que chegava falando e saíam... melhor, não saíam (ENF 13).

you via gente nova, gente velha, família inteira toda ali doente, entubado, morrendo, passando só poucos dias e você estava com a mesma doença que você estava cuidando das pessoas bem graves, porque eu trabalho em UTI né, então os pacientes que chegavam lá são os pacientes graves mesmo e aí a gente dava aquela angústia, você perdia o chão ENF 16).

Um diferencial no estudo em questão é a presença marcante de relatos associados aos antecedentes vividos antes do adoecimento do profissional de enfermagem pela COVID-19. Observa-se que estes possuem influência direta na apreciação da incerteza quanto acometidos pela mesma. Conforme é desvelado na pesquisa, nos antecedentes da incerteza, encontramos o incentivo, encorajamento, estímulo, impulso, instigação entre outros tantos adjetivos que propulsionam as capacidades cognitivas e os mecanismos que funcionam como fontes de estímulo para a incerteza.

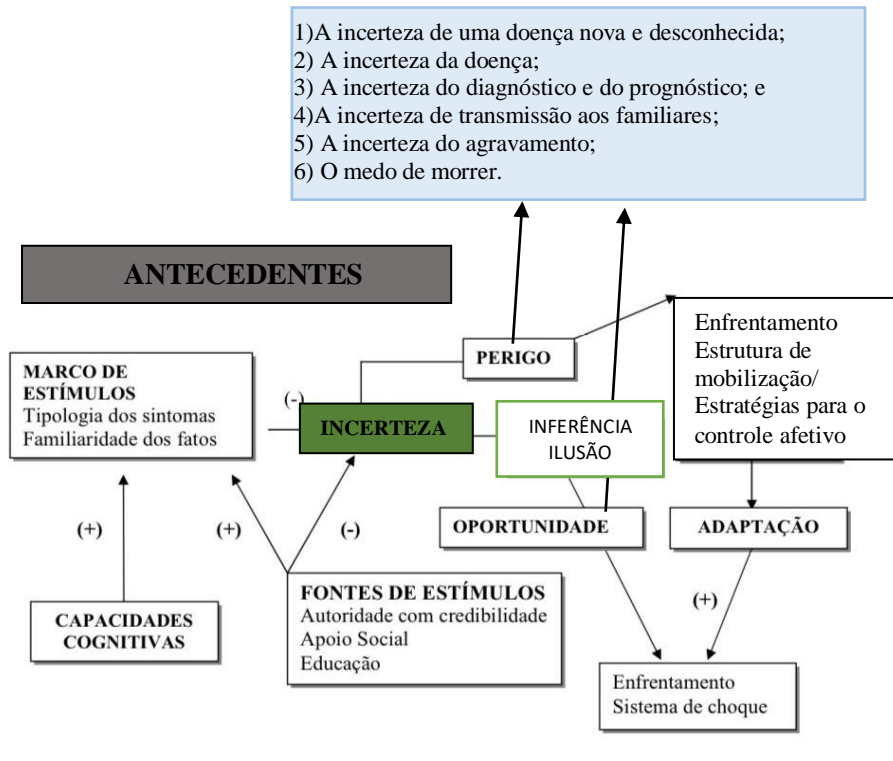
Para Mishel, os antecedentes da doença, conferem ou possibilitam à pessoa, a capacidade para desencadear o processo de apreciação à tomada de decisão. Na vivência de COVID-19, o ponto de partida fragiliza essa experiência, uma vez que a fragilidade experimentada condiciona a capacidade cognitiva, e conseqüentemente o processamento da informação.

4.2.2 Uma ameaça real? A incerteza do desconhecido

Uma coisa é saber, outra coisa é passar pelo adoecimento de uma doença com tantas inseguranças (ENF 09).

Esta categoria apresenta as vivências dos profissionais de enfermagem diante do adoecimento pela COVID-19, no atual contexto de pandemia. Onde o surgimento de uma doença nova, desconhecida até então, culmina na apreciação como ameaça ou oportunidade, diante da imensidão de incertezas, como pode ser visualizada na figura abaixo:

Figura 5: Reconhecimento da avaliação da incerteza como ameaça ou oportunidade dos profissionais de enfermagem que adoeceram pela Covid-19 no modelo de percepção da incerteza da doença, de Mishel e Braden (1988)



Fonte: Adaptado de Merle Mishel e Braden (1988), 2021.

Cabe pontuar que, a falta de informação sobre a doença interfere diretamente na compreensão e na aceitação da mesma, durante o processo de adoecimento. E, a chegada da COVID-19, em um contexto de doença emergente, com alta e rápida transmissibilidade, influenciou no desconhecimento sobre a doença:

Por que eu adquiri a doença no início da pandemia, então tudo era muito novo, não tinha, assim, uma certeza ainda do que era, do que não era, o conhecimento era pouco, sabia que era grave. (TEC ENF 07)

No início da pandemia, ninguém sabia de nada, só sabia que era um vírus, que tinha alta transmissibilidade, e que as pessoas pegavam pelo ar, que tinha que usar máscara e tal (ENF 19)

Porque assim, já foi logo no início que eu adoeci, então era tudo novo. Por ter sido uma doença nova, com todo processo novo, eu no início me senti insegura e incapaz de muita coisa (ENF 03).

Por ser uma questão nova, pandemia, um vírus que ninguém conhecia que ninguém sabia que poderia acontecer (ENF 18).

Desta forma, o adoecimento surge como incerteza, no cenário onde a falta de informação é predominante e um fator angustiante frente aos sintomas apresentados pelos

profissionais, motivando a insegurança quanto ao acometimento pela COVID-19 e comportando-se como ameaça. De todo modo, o conhecimento da doença ainda é apontado como insuficiente e produz processos fragmentados no reconhecimento, percepção e na aceitação da doença, haja vista que pouco se consegue discernir a respeito do estar ou não doente por COVID-19:

Mais ou menos em abril [de 2020], os primeiros sintomas foram aqui no posto. Eu estava aqui na unidade básica. Foi quando eu comecei a sentir algumas coisas, que nem eu desconfiei. Foi inclusive a enfermeira responsável pelo distrito daqui que me despertou a possibilidade de ser Covid depois de uma conversa de como eu estava me sentindo (ENF 02).

Foi assustador, bem assustador e a incerteza de você não poder realmente saber com o que você está lidando e sem certeza de que é possível ou não acabar, por que a princípio a gente não sabia quanto tempo ia passar doente, se era como uma virose ou não, então acho que foi a parte mais crítica da doença (TÉC ENF 07).

Um sentimento angustiante... Saber de certa forma que a doença esteve próxima da minha família, de mim e sabendo todos os males que ela causa (ENF 09).

Para Mishel (1990), o processo de adoecimento em que gera situações de desconhecimento, revela a incerteza, interpretada como ameaça. Esta, atemorizada pois a pessoa adoecida não realiza juízo de valor aos acontecimentos. A falha e a ausência de comunicação são fatores importantes a serem considerados, haja vista que são entendidos como agentes perturbadores e frustrantes, configurando perigo para as representações, condição de saúde e o enfrentamento da doença.

Frente às inquietações da incerteza da doença, muitos participantes relatam que diante de um possível adoecimento, quando iniciaram os sintomas, sentiram dificuldade na interpretação, fazendo associação dos mesmos com outras doenças de transmissibilidade por vias respiratórias, impedindo um caráter ambíguo a sintomatologia. A ambiguidade faz parte dos domínios da TRID e está relacionada à apreciação da situação instalada em que é possível a interpretação a partir de mais de uma leitura dos acontecimentos.

A ambiguidade, característica mais geral da incerteza, é caracterizada como a falta de habilidade para se realizar uma atividade previamente planejada de cuidados. Sendo assim, quando os estímulos são julgados como ambíguos, surge a incerteza. Neste sentido, a semelhança dos sintomas da COVID-19 com outras doenças respiratórias leva à incerteza pela ambiguidade da sintomatologia. Esta dificulta a sua apreciação, culminando na dificuldade para determinar o diagnóstico, tanto da COVID-19 como para as demais doenças (MISHEL, 1990).

A incerteza do diagnóstico por ambiguidade pode ser evidenciada nos discursos abaixo:

O grande problema dessa doença é que ela confunde você, você acha que poderia ser um processo alérgico e que depois não é o processo alérgico, que era uma coisa que você poderia sair normalmente, você espirrar um dia, dá duas tossezinhas hoje e no outro dia você está ótimo, maravilhoso e que essa doença ela engana você. então vê como é uma doença que ela é traiçoeira porque em qualquer outro estado gripal você tosse três, quatro dias, tomou a medicação, você já vai melhorar. (ENF 08).

Como meus sintomas eram leves, teve um momento que nem eu mesmo acreditei que eu estava com Covid (ENF 02).

Realmente como os meus sintomas eram leves eu pensava que iria dar negativo. Sendo bem sincera. Então na hora eu achava: Que nada! Eu acho que nem estou. Eu tive alguns sintomas inespecíficos no começo até adquirir os sintomas gripais em si: tosse, coriza. Eu contrái o vírus em abril de 2020. Tive apenas dois dias de sintomas e fiquei em isolamento porque eu estava em dúvida se era uma gripe ou se era realmente Covid. (ENF 10)

Não fiquei com medo. Mas também eu não esperava. Quando a médica começou a investigar, imaginar que poderia ser Covid de novo, como eu relatei basicamente os mesmos sintomas, fiz os exames, que deu alterado o PCR, foi fechado como o quadro gripal no momento. Foi tranquilo (ENF 03).

Eu fiz uma viagem e imaginei que estava cansada devido a viagem, mas na verdade, não foi. Ai, senti muitas dores no corpo, e tive que voltar pra Maceió rápido. Quando eu cheguei no hospital que fiz o teste, é não saiu no primeiro momento, mas o médico já desconfiou que era Covid (ENF 12).

Eu conhecia que era doença, onde esta doença poderia as pessoas ficarem infectadas, porque passariam de organismo para organismo, para as pessoas se infectarem de uma forma tola, como seria uma gripe, virose, que até o momento, no tempo que eu adoeci, o pessoal dizia que poderia ser uma virose (ENF 13).

Então a gente pensou que fosse uma gripe, né? Porque meu cunhado também é bem alérgico, então, como a gente estava fazendo a limpeza da casa várias vezes por semana, então a gente achou que estava todo mundo com uma gripe! Uma rinite! Poeira, né, do tempo mesmo, do clima (ENF 14).

A dificuldade de atribuir diagnóstico da COVID-19 por manifestações de sintomas por ambiguidade, também é percebida com confusão com os sintomas de exaustão física e psicológica das condições de trabalho. É importante destacar que esses múltiplos significados podem causar dificuldades de interpretações errôneas e equivocadas dos acontecimentos:

Eu por exemplo, eu comecei a sentir cefaleia, muita dor de cabeça, dor no corpo, e febre. Primeiro sintoma foi dor na garganta. Até aí, como a minha jornada de trabalho é muito longa, muito extensa, eu achei que poderia ser uma situação de estresse. Um cansaço decorrente da minha jornada de trabalho (ENF 13).

No dia que eu passei mal eu estava de plantão na UTI de um hospital daqui que era UTI covid, então a gente estava com uns 10 leitos, dos 10 leitos 9 pacientes foram intubados, só tinha 1 paciente que não era intubado e aí eu já tinha vindo de outro emprego, ia fazer 24h [...] a gente estava trabalhando um plantão em cima do outro e aí isso foi uma, foram duas vezes, três que eu passei mal, quando foi na terceira vez eu passei mal mesmo, assim de se eu não sentasse, levantasse as pernas ia desmaiar (ENF 16).

Assim, durante a trajetória de uma doença, existe a imprevisibilidade no reconhecimento do começo, no tempo e na intensidade dos sintomas e está frequentemente associada com a incerteza instaurada. Pela natureza ambígua dos sintomas da doença, conseqüentemente existe dificuldade em determinar o significado dos sintomas físicos (MISHEL, 1990; COSTA, 2017).

Os tipos e a testagem, propriamente dita, para confirmação do diagnóstico de COVID-19, são exemplos das representações da ambigüidade, pois muitas vezes os profissionais adoecidos, mesmo sendo do campo de atuação da saúde (principalmente no início da pandemia), não possuem a habilidade em distinguir entre um e outro teste oferecido, no sentido da escolha entre o mais confiável. Desta forma, os participantes apresentaram incertezas quanto ao diagnóstico, recorrendo a realização constante de testagem, na busca de certeza quanto ao acometimento:

O meu primeiro exame deu negativo, depois o médico pediu pra repetir, deu negativo também. No meu terceiro teste foi que eu testei positivo. Quando algumas pessoas que conviviam comigo também testaram positivo (ENF 03).

Eu tive uma crise muito forte de sinusite, que inchou meu rosto, meus seios paranasais ficaram super edemaciados, muita dor de cabeça, dor no corpo, coriza. Então eu corri para poder fazer o teste, o swab, em uma das unidades de referência para Síndrome Gripal. Quando o resultado saiu, deu negativo, no entanto, eu não melhorei. Eu fiquei cada dia pior. Aí, eu acho que se passou em torno de uns vinte dias, mais ou menos, e eu comecei a perder o olfato e o paladar. Eu disse: “não, tem alguma coisa estranha!” Aí foi quando eu voltei novamente, para procurar assistência médica e lá foi feito o teste rápido de antígeno e para minha surpresa, apesar da quantidade de dias que eu já estava doente, eu testei positivo (ENF 19).

Até porque, eu não sei se é porque eu passei pela situação do teste, um deu negativo, o outro deu positivo, e isso deixa você assim: Será? (ENF 12).

Primeiro eu fiz uma tomografia deu 25%, mais de 25% de comprometimento e aí depois foi quando eu fiz o teste, mas demorou pra vir o resultado, aí quando veio deu positivo (ENF 16).

No momento que é confirmado o diagnóstico de COVID-19, os profissionais de enfermagem podem ficar fragilizados, necessitando de um suporte dos profissionais de saúde que o assistem para oportunizar o apoio adequado para que consigam compreender não somente o diagnóstico ou a doença, mas os porquês envolvidos no processo saúde-doença.

Mishel (1983), reportando-se ao momento do diagnóstico, assegura que, quando se recebe um diagnóstico desconhecido, o impacto acaba sendo tão forte que o adoecido tende a distorcer informações dadas, elevando, em seu entendimento, a severidade da doença. Desta

forma, o momento do diagnóstico apresenta-se como ameaça, conforme podemos visualizar nas falas por participantes:

O diagnóstico foi um choque. Até o momento, a ficha não caía. Só começou a cair quando eu fui direcionada para fazer a tomografia. E aí, o técnico em radiologia, o pessoal da tomografia, o técnico que fica trabalhando lá perguntou: “É Covid? É suspeita de Covid? Aí eu balancei a cabeça, aí a ficha veio cair. Quando eu me deitei na maca da tomografia, que foi pra fazer o procedimento, o exame, eu pensei: Meu Deus, será que o meu pulmão está com algum comprometimento? Porque no início era isso (ENF 13).

No momento do diagnóstico eu fiquei apavorada, porque eu não sabia o que é que eu ia fazer com minha mãe, não sabia se eu tinha contaminado ela, até porque ela só tinha tomado a primeira dose da vacina, e fazia uma semana só que ela tinha tomado a primeira dose. Então, meu Deus, eu fiquei apavorada. Você já pensou, a minha mãe, hipertensa, diabética, pegando Covid agora. Como é que iria ser isso? Como é que ela iria responder? A gente sabe que as pessoas que têm comorbidades, são as pessoas que estão dentro do grupo de risco para agravar para Covid. E naquele momento a gente ainda não tinha baixa de casos, como a gente já tem hoje. E como é que seria isso? Onde é que iria? Como é que seria esse cuidado? (ENF 19).

Enquanto profissional de saúde, os participantes referem vantagens a respeito da capacidade cognitiva na interpretação dos sintomas:

Como temos um pouquinho mais de conhecimento, começamos a fazer um balanceamento entre a sua sintomatologia inicial, a expectativa que você tem da sua vivência diante daqueles sintomas, da sua condição de saúde também, dos seus cuidados normais que você já tem na vida, né?! (ENF 08)

Então, ter um conhecimento mais consolidado sobre a Covid por estar atuando na linha de frente e estando no meio dessas discussões o tempo todo, me deixou mais tranquila. Então, foi muito importante para mim o conhecimento da Covid na vivência. Me fez vivenciar a doença de forma positiva (ENF 19).

Neste sentido, o adoecimento vivido pelo profissional de enfermagem, pode situá-lo num evento comum à sua realidade, mas que também envolve o medo, insegurança e ansiedade, delimitado pelo conhecimento que possibilita identificar riscos, agravamentos, consequências e melhoras.

Desse modo, o profissional doente consegue realizar a análise das informações recebidas durante a atenção à sua saúde e compará-las ao atual estado clínico (MISHEL et al., 2003; AMORIM, et al., 2018). Com a escassez da testagem para confirmação do diagnóstico de Covid-19, a incerteza frente a demora no resultado de exames faz com que o profissional utilize o arcabouço da inferência para previsibilidade de certeza frente ao diagnóstico da doença:

Na época que eu fiz o exame demorava demais para sair o resultado, então você já sabia que estava só pelos sintomas, porque quando você perde o olfato é certeza de que é a covid (TÉC ENF 05).

O momento do diagnóstico ele só veio quando eu estava no décimo quarto dia da infecção. Mas eu já sabia que era Covid. Não tinha pra onde. Pelo conhecimento científico mesmo, como profissional, eu já sabia que era Covid. Eu tinha todos os

sintomas muito característicos, principalmente a anosmia, quando aconteceu (ENF 01).

Foi com muita tontura, mal estar geral, corpo doendo. Tosse quase nenhuma. Desconforto respiratório não. Fiquei em casa e só tive um dia que tive muita tosse. Mas nenhum desconforto respiratório. A cefaleia foi o que mais me incomodou e sem vontade de comer. Comendo porque tinha de comer. Mas não tinha vontade de estar comendo. Então, no transcorrer da doença em si para mim, foi muito tranquilo (ENF 02).

E aí quando eu recebi o exame eu já estava medicada e eu não voltei para o hospital, né?! (ENF 08).

Assim... demorou mais de 10 dias pra chegar. Porque pelo que me relataram, o exame vai para fora do estado para poder ser analisado. Mas pelo quadro do meu irmão, e no hospital confirmaram Covid para ele, sabia que também estava positivo (ENF 09).

Eu preferi não sair de casa. Eu fiz o tratamento e tomei as medicações em casa e depois eu fiz a sorologia. Aí foi quando positivou o IgG (ENF 10).

Como nós tivemos os sintomas muito leves... né? Foi o que nos deixou um pouco mais tranquilos (ENF 14).

A avaliação Cognitiva como dimensão conceitual da TRID é definida como a capacidade de processamento de informação de um indivíduo. Ansiedade, fadiga, diagnósticos de doença e alguns tratamentos, por exemplo, podem reduzir a cognição, dificultar o discernimento e a percepção do padrão de sintomas, exacerbando incertezas. A doença nesta dimensão é interpretada como perigo e também ficou evidente a incerteza do tratamento e as informações instáveis sobre vários recursos:

Minha experiência que eu tive é que não é uma doença que é brincadeira (ENF 13).

Foi um susto, não é?(ENF 14).

Ninguém sabia como tratar direito. Me senti impotente por passar por alguns especialistas que não sabiam como tratar. Da primeira vez eu nem cheguei a tomar antibiótico (ENF 03).

Uns diziam que era Azitromicina e vinha a cloroquina e vinha a Ivermectina e eram aquelas brigas de ideologia, que até hoje existem, mas acho que hoje é um pouco menos. E que isso acaba trazendo muito medo de você ser tratado de forma errada, com uma terapia medicamentosa errada. (ENF 19)

Na verdade, eu adoeci logo no começo, em maio. Então, assim, até os médicos, os próprios médicos também, até hoje não tem esse conhecimento o que é né? Porque cada dia modifica, então eu não tenho conhecimento de nada. E cada um que dissesse alguma coisa, o seu medo era maior. O meu medo era maior, porque cada um que dissesse alguma coisa. (ENF 12)

E logo no começo que não tinha nada definido, tudo que falavam ninguém sabia se era verdade, se não era, tratamento, você ficava totalmente indecisa no que ia fazer, os cuidados. (ENF 16)

Pessoas que um determinado tratamento dá certo e com outro tratamento não dá. (ENF 19)

Na sintomatologia, a fadiga é um sintoma que fragiliza o doente, sendo a indisposição um dos componentes que intensifica a apreciação da doença como ameaça, colaborando para potencializar a incerteza e postergando o processo de respostas adaptativas ao adoecimento:

Porque assim, no meu isolamento, se eu não me levantasse, ele puxa muito da pessoa. Ele deixa você deitado. E você não consegue dormir. Não consegue dormir durante o dia, mas também não tem forças para fazer as coisas (TÉC ENF 04).

Porque uma das coisas terríveis dessa doença, ela desidrata muito rápido, os eletrólitos baixam muito e aí você sente essa fadiga completa, você está sentada na frente de uma televisão, você diz “eu vou assistir esse filme”, daqui a pouco você está dormindo, sabe?! essa questão de como ele desidrata tão rápido você, mesmo se você apresentar diarreia, ele cai tanto que você termina ficando sem nenhuma força, sem nenhuma energia (ENF 08).

A notícia gera novas notícias que, simultaneamente, geram mais incertezas e mais sofrimento pelo que se sabe e pelo que não se deseja saber, numa imprevisibilidade constante. Nessa nova realidade, a pessoa constrói uma proximidade com as possíveis fontes de informação, que sustentam o conhecimento clínico (MENDES, 2020). Desta forma, os profissionais fazem uso inclusive da inferência na previsibilidade dos fatos, na reinfecção:

Porque eu acho que na segunda vez eu já me mediquei logo no início, rápido. Tive a oportunidade de me cuidar na minha residência, no meu cantinho. O meu sentimento foi que eu já sabia lidar com aquela situação (ENF 03).

Nesse sentido, na tentativa de previsibilidade, o profissional da enfermagem busca interpretar o diagnóstico e a sequência de acontecimentos desde então. Com a inadequação do estado cognitivo, a tendência dos fatos é perpetuar o entendimento da situação como ameaçadora, visto que a comparação com circunstâncias similares implica em um caráter negativo já que, quando há incerteza, existe medo.

Eventos tidos como neutros em situações normais podem ser mal interpretados como uma potencialidade de sinais tenebrosos, resultando numa má percepção de todo o contexto do tratamento, inclusive com incertezas quanto ao agravamento (MISHEL, 1983):

Um dia você não tem nada no pulmão, no outro dia você já tem 50% [do pulmão] comprometido, no outro 75%, no outro dia você morre. Então eu fiquei assim meia apavorada com relação a isso. Mesmo sabendo que a ciência já evolui bastante no conhecimento com relação a Covid, mas a gente ainda tem essas incertezas pelo prognóstico da doença (ENF 19).

Quando a gente conhece, eu não sei explicar se é a aceitação, mesmo você sabendo, não é fácil de aceitar. Mesmo a gente conhecendo, a gente não quer passar por esta situação. Não sabe o que vai acontecer. Porque quem me garante que ia acontecer desse jeito [*sintomas leves*]? (ENF 12).

Só o que você pensa é o medo de você precisar ir para um tubo, quando você fica com a falta de ar aí você já fica, meu Deus, com medo de piorar aquilo. Você tem que se controlar para respirar direito. Acho que o pior é o desespero, você fica logo

pensando, e acho que quando a gente conhece ainda é pior, porque já fica pensando nas consequências que pode ter (TÉC ENF 05).

isso é angustiante para o paciente, deixa o paciente com uma insegurança muito grande porque você está liberado no décimo dia para fazer suas atividades, porém existem relatos, de uma queda, de um retorno, a essa doença, um agravamento da doença no período que já não era para ter, então isso tudo nos traz muita insegurança (ENF 08).

A minha família ficou muito preocupada e abalada com a notícia da contaminação. À medida que os pulmões iam se agravando, sentia falta de ar, aí que batia o desespero (ENF 09).

Porque se eu fosse internada, eu tenho algumas comorbidades, eu obesa em grau 2, eu não tenho problema de hipertensão, mas depois do Covid eu comecei a ter uns picos hipertensivos. O medo de ficar internada. O medo de ser entubada. O medo que se chegasse a ser entubada não voltasse mais para os meus, para a minha família (ENF 13).

Desta forma, percebe-se a necessidade e a importância do saber e do conhecimento da doença para apreciação da incerteza:

Meu conhecimento veio a partir do que eu lia, porque, imagine, é uma doença nova, a gente precisava conhecer. Precisava correr atrás (ENF 01)

O que é que eu sinto realmente diante dessa patologia é a insegurança. De conhecimento científico, de que ninguém sabe o que é que pode acontecer (ENF 08).

Também são referidos pelos participantes a incerteza quanto ao prognóstico, retratada na insegurança acerca da duração e da evolução da doença quanto ao seu quadro clínico. Para Mishel & Clayton (2003), a incerteza permeia todo o processo relacionado ao adoecimento, indo de encontro às incertezas apresentadas no estudo.

Cabe assinalar que, quando esta não é resolvida, o processo de adoecimento é marcado por alteração de cunho emocional (MISHEL, 1983). Vejamos algumas entrevistas que nos apresentam as essas incertezas:

A COVID faz com que você se sinta insegura diante do que vai acontecer. Porque você vê tantas pessoas que estão bem e no outro dia morrem. Você vê tantas pessoas que estão bem e no outro dia está entubado, e pessoas que saem, pessoas que não saem (ENF 19).

Vinha aquela ansiedade, medo. De qualquer coisa (TÉC ENF 04).

E outra, não é uma coisa assim “eu estou cansada do pulmão, eu não estou sentindo cansaço”, porém a saturação pode baixar é uma saturação que baixa silenciosa e aí esse é o grande perigo [...] Visivelmente você está com uma doença leve e que ela pode se agravar numa rapidez enorme, então o maior desafio nessa história toda é a insegurança que você sente(ENF 08).

Tinha medo [irmão] que eu precisasse de internação também. Essa foi uma das angústias que eu não quero trazer pra minha família e que eu não gostaria de ter passado (ENF 09).

Será que eu vou conseguir vencer a doença? Essa foi uma das indagações após o diagnóstico (TÉC ENF 07).

Foi apontado pelos profissionais da enfermagem a exposição e a condicionalidade do adoecimento pelo trabalho na linha de frente. Nestas condições o profissional sai do papel de cuidador e passa a precisar de cuidados. Sendo assim, o fato de adoecer divide o profissional em dois sentidos: o emocional - sobre estar doente - e o racional - ser um profissional da saúde.

Por vezes a emoção prevalece em detrimento da razão subsequente à emergência de sentimentos de vulnerabilidade e fragilidade frente ao processo de adoecimento. Pode-se evidenciar perda do papel de profissional, sobrepondo-se a condição de adoecimento, uma vez que a autoproteção é mais forte e importante do que as habilidades técnicas e os conhecimentos científicos (AMORIM et al., 2018).

Eu já esperava porque eu trabalho na linha de frente, já imaginava que ia acontecer, mas de qualquer jeito sempre na hora que você descobre que você está é um susto (TÉC ENF 05).

O fato de você ser da saúde fez com que eu passasse por esse momento com mais preocupação. Porque o leigo ele vai entender o que a pessoa disser, então qualquer coisa que se diga ele vai entender ali e vai aceitar (ENF 08).

O medo do desconhecido, a falha e ausência de comunicação, a não informação e demais fatores manifestados na doença, em especial no tratamento e/ou na hospitalização, são estressores e nestes casos, a incerteza representa um perigo para o estado de saúde do doente e pessoas de seu convívio. Desta forma, alguns profissionais relataram que diante da incerteza frente ao adoecimento, optaram pela esquiva de atuação na linha de frente como proteção ao adoecimento e relatam que diante da estratégia de autoproteção a notícia da confirmação do diagnóstico de Covid-19 ocasionou espanto diante da infecção:

Já não trabalho na assistência direta ao paciente com Covid por ser do grupo de risco. Tinha tomado todas as precauções. Não esperava ser contaminado (ENF 09).

Eu estou de licença maternidade, a gente foi afastada pelo decreto, desde maio, do ano passado, de 2020, que eu estou afastada, mas já estava afastada porque estava gestante. E a gente não podia participar dessa linha de frente, aí...(ENF 14).

O afastamento da família durante o isolamento domiciliar fragiliza emotivamente o profissional de enfermagem. Cabe apontar que, em conformidade com a linha de entendimento apresentada por Mishel na TRID, o apoio social exerce efeito direto sobre a incerteza, uma vez que reduz a percepção da complexidade do problema, por parte de quem sofre:

A parte de você ter que se afastar, porque eu sempre tive contato com a minha mãe direto e você não poder estar com ela sempre, de não poder estar abraçando meus

filhos, mesmo estando com eles dentro de casa tem que estar afastada, você não poder tocar neles, você está com eles e você não poder tocar, é horrível (TÉC ENF 05).

Aí eu queria abraçar tudo sem poder, aí eu não fiquei bem (TÉC ENF 04).

Durante todo o tratamento a parte difícil era ficar mais isolada e distante do meu esposo. Me manter afastada de tudo, principalmente do trabalho, visto que sou muito ativa e dinâmica, também foi complicado. Parar de forma brusca tudo que estava envolvida foi bem difícil (ENF 06).

Relatam ainda, incertezas relacionadas ao cuidado de si pelas condições físicas de fadiga e indisposição, além da necessidade do apoio social da família, por hora afastados pelo isolamento domiciliar, conforme apontado pelos entrevistados:

Eu me senti muito fraca no período que eu adoeci. Fiquei muito tonta. Chegou um dia que eu praticamente não consegui me levantar da cama porque minha cabeça estava muito tonta, enjoada. E não poder ter ajuda de ninguém... aí foi bem complicado neste sentido, neste período. Você se sente só. E isso é muito ruim. Por isso o isolamento foi o período mais chatinho que eu tive por não ter ninguém do meu lado, perto! (ENF 03).

Mas, ao tempo que precisava da ajuda deles, também tinha medo de ser vetor para o adoecimento deles. As pessoas que amamos é a questão da complicação. Foram os principais pontos de incertezas de todo o processo (ENF 06).

Aí eu queria abraçar tudo sem poder, aí eu não fiquei bem (TÉC ENF 04).

E também não conseguia que ninguém entrasse no meu quarto, não ia colocar ninguém em risco, é... pra poder tomar um banho. Então, teve dias de não tomar banho, que eu não conseguia levantar da cama. Tonturas, dores, e assim, eu fiquei muito impotente, em não ter um acompanhamento, nem ter como me internar (ENF 12).

O confinamento para o isolamento domiciliar - proposto para os casos confirmados de COVID-19 como estratégia de contenção da transmissibilidade do coronavírus - é elencado pelos participantes como ameaça. Os relatos demonstram que no cumprimento deste, os profissionais da enfermagem experimentaram o ócio relativo à clausura. Neste sentido, o confinamento, que leva a redução das interações sociais, juntamente com a restrição de circulação, pode desencadear um alto nível de estresse, comprometendo a saúde física e mental.

A manutenção das relações sociais ajuda na sensação de pertencimento do indivíduo. O afastamento da família e dos amigos de convívio rotineiro, conotam uma ideia de crise e de comprometimento de sua saúde mental (MORAES, 2020). A impossibilidade de circulação e de interação com os familiares domiciliados são as principais dificuldades assinadas:

Só quando sentia dores que a coisa incomodava mais. E a chatice também de não poder sair de casa é fogo, nem para respirar um ar puro fora das 4 paredes do quarto (ENF 06).

A covid distancia da família. O ser humano não está preparado para de forma abrupta deixar de se relacionar com seus familiares e amigos por causa de uma doença (ENF 09).

Mas aí quando veio aquela certeza já fiquei sem saber como agir em casa: Como é que eu vou proteger a minha família? (TÉC ENF 07)

[...] não só o problema do Covid, mas em si o isolamento, que é muito difícil. E assim, você ficar isolada, eu fiquei isolada doze dias sem ter contato com ninguém, então, é muito difícil isso. Além do vírus, que você tem medo de passar pra alguém, mais o seu isolamento, que é terrível (ENF 12)

Foi possível identificar nas falas, que os profissionais da enfermagem que conseguiram fazer uma autoavaliação do seu estado de saúde, durante o período do adoecimento - embasados em seu conhecimento prévio ao evento e sua capacidade cognitiva - conseguiram fazer a apreciação da incerteza de forma mais clara e coesa:

Mas aí chegou o momento de eu, enquanto profissional, ter me infectado e assim quando eu me infectei (isso a gente tá em outubro, eu acho que deve fazer uns três meses [...]) Quando eu me infectei pela Covid, eu não fiquei tão preocupada quanto eu achei que ficaria porque eu sou uma mulher jovem, saudável e teoricamente eu não fazia parte do grupo de risco para ter um adoecimento tão severo quanto o que a gente estava vendo no jornal. (ENF 01).

Você vai precisar ficar fazendo monitoramento, observando qualquer dificuldade que venha a aparecer no seu padrão de vida, né?! E você fica nesse período de alerta (ENF 08).

O conhecimento foi importante no momento em que eu estava enfrentando a doença para saber a minha conduta, para saber o tempo de isolamento e qual o tratamento que eu deveria fazer foi o que me ajudou muito assim (ENF 10).

As orientações eu tive que implementar na minha cabeça, que eu precisava passar pelas aquelas fases com todo o cuidado do mundo para que não chegasse nas vias de fato da intubação, internação. Tanto que teve um dia, eu estando em processo de adoecimento, fiquei saturando 96, e quando eu fiquei saturando 96 eu fiquei desesperada [...] Você tem a sensação que está faltando o ar realmente. Porque eu tive essa sensação. Então cada etapa que eu passava, eu ficava observando o meu organismo como ele reagia (ENF 13).

Mas contrapõem-se também, como fonte de incerteza, pelas inseguranças geradas dos questionamentos a partir do seu conhecimento sobre a condição de saúde em associação ao acometimento da doença:

O conhecimento ele é sempre bom na vida de qualquer pessoa, porém quando isso se acomete a você, vem os outros questionamentos e que talvez, justamente por você já ter um conhecimento, esses questionamentos que passam a ter, eles levam a uma condição de insegurança (TÉC ENF 07).

Para Amorim et al., (2018), o adoecimento vivenciado pelo profissional da saúde, parece situá-lo num evento surpreendente que envolve por um lado medo, insegurança e ansiedade, mas que por outro, é delimitado pelo conhecimento que possibilita identificar riscos, agravamentos, consequências e melhoras. Desse modo, o profissional de saúde doente, dotado de conhecimento de sua expertise, consegue analisar as informações recebidas da equipe de saúde e compará-las ao atual estado clínico.

Na perspectiva de Mishel (1990), quando os estímulos são percebidos de forma precária, a pessoa é incapaz de avaliar os eventos que a rodeiam, como o tratamento, a hospitalização e até mesmo as situações de incerteza. A falta de estrutura cognitiva da doença e a ocorrência de eventos que impedem a pessoa de avaliar adequadamente a situação tem influência sobre as decisões.

Dentre as inúmeras estratégias preventivas de enfrentamento a COVID-19 está o distanciamento social para diminuir sua transmissão, minimizando o contato entre indivíduos potencialmente infectados e saudáveis (CARVALHO, 2021). Fato vivenciado por muitos participantes. Vale ressaltar que as preocupações com entes queridos foram aspectos também relatados como a incerteza de transmissão aos familiares:

As incertezas de transmitir para as pessoas que a gente ama e não saber como é que ela vai responder(ENF 19).

Assustada. Pensando assim que eu poderia ter contaminado alguém (ENF 10).

Como eu moro vizinho a minha mãe, eu avisei a minha mãe, a minha mãe idosa e eu sempre vou lá verificar a pressão dela e tudo, modificou a rotina da minha vida o isolamento. Não podia sair e tal (TÉC ENF 04).

Mas o desespero é como eu te falei, não é que a partir dali eu podia me agravar. O meu desespero era porque, era como se fosse assim, agora caiu a ficha que alguém em casa vai ficar doente. Então a minha agonia era essa. E agora? Vão ficar doentes. entendeu?(ENF 02).

Acho que as incertezas mais evidenciadas foi o seguinte: de eu passar pra minha família (ENF 01).

Por causa dos seus familiares em casa, você pensa logo em mãe, em filho, esposo que está em casa, mas graças a Deus os meus sintomas não foram tão graves (TÉC ENF 05).

O afastamento, ter que ficar afastada da minha família e o medo de que eu pudesse contaminá-los (TÉC ENF 07).

A gente só ficou um pouco mais assustada porque tinham bebês dentro de casa, eu amamentando, né? Minha irmã com bebê recém-nascido, não tinha nem dez dias que ela estava lá em casa, com a gente, ea gente ficou bem assustadas mesmo (ENF 14).

Outros profissionais apontaram o medo de transmissão aos familiares pertencentes ao grupo de risco:

A família, principalmente meu esposo, pela questão das características. Ele é hipertenso e é obeso. Então até as minhas filhas ficaram assustadas com a possibilidade dele adoecer. Elas ficaram assustadas, mas não imaginando a possibilidade delas adoecerem. Elas diziam: “Não mainha a gente é jovem. Tá tudo bem com a gente, mas o painho...” Entendeu!? Eu acho que as incertezas eram maiores desse jeito (ENF 02).

Então, o meu maior medo era que minha mãe adoecesse, que meu filho também adoecesse, porque ele também tem asma. Mesmo sendo criança, a gente já vê a síndrome que acomete as crianças, e ele ainda tinha o fator de risco (ENF 19).

O afastamento da família até hoje me machuca muito, pois sou uma pessoa muito ligada a eles e sinto falta no meu dia-a-dia. Minha avó se sente muito solitária, não estamos mais indo na casa dela, para não colocá-la em risco (ENF 06).

Eu já podia ir na casa da minha mãe. Só que eu ficava com aquele medo dela pegar, pela idade (TÉC ENF 04).

Assim, eu tenho uma filha que é cardiopata, tenho um esposo que é obeso. Então assim, eu sentia. [...] Você não conseguir levantar para comer, uma pessoa vir e jogar o seu prato no chão para você comer, com medo que as outras pessoas pegassem (ENF 12).

Sensação de culpa da transmissão pelo sentimento de sentir-se responsável quando estes foram contaminados foi relatado:

Fui ao laboratório, trouxe alguém para fazer a coleta de sangue dela [mãe da entrevistada], aproveitei para coletar do meu pai que tinha 91 anos. Coletou dos dois. Assim que saiu o resultado da coleta, vieram informar: o da sua mãe deu positivo para Covid. Aí eu enlouqueci e disse: Como? De onde veio esse Covid? Então já veio aquele sentimento de culpa (ENF 20).

Então o que acontece, neste momento, eu fiquei muito pensativa em pra quem eu poderia levar a doença. Se eu pudesse levar pro meu esposo. Que levei. Ele adoeceu. Eu não sei se de fato foi por mim, mas que eu pudesse de repente tá levando pra minha mãe que tem hipertensão, já tem cinquenta e poucos anos, então eu imaginei que de fato era a minha incerteza levar para as pessoa que eu amo (ENF 01).

Alguns profissionais vivenciaram momentos difíceis durante o adoecimento por este acontecer concomitante ao dos familiares. Para Amorim et al., (2018) A família usualmente elege o familiar profissional da saúde como referência para a família, ele é qualificado para reconhecer riscos, entender e discutir com outros profissionais diagnósticos/prognósticos e atuar na resolução de problemas.

Dessa maneira, o profissional reconhece a própria capacidade e impõe a si a sua presença constante, pois acredita ser o único capacitado para intervir quando necessário. Por vezes, ele se culpa quando o resultado é indesejado. Estas demandas desembocam em desgaste nos mais diversos aspectos, principalmente físico e emocional acarretando

sobrecarga de responsabilidades. Pontua-se que os profissionais da saúde, em especial da enfermagem, geralmente são pontos de apoio da família no processo de adoecimento. Superar a doença e cuidar dos familiares pode gerar sentimento de impotência/fragilidade:

Na mesma época, o meu irmão também adoeceu pela covid. As coisas pareciam ficar mais complicadas porque ele precisou ficar internado (ENF 09).

Então montamos lá no quarto uma semi-intensiva para o meu pai e ele passou oito dias sendo cuidado com tudo que há de bom e de melhor. Nisso, meu corpo já começou a ficar debilitado, a minha filha de 20 anos também começou a ficar debilitada e uma outra irmã minha que morava perto da nossa casa foi para lá, que teve que ficar lá com o esposo que também já estava doente. Ou seja, 05 pessoas, dentro de casa doentes. (ENF 20)

Minha mãe já tinha ido. Com 8 dias o meu pai. Quando terminou todo mundo com Covid. (ENF 20)

Você ter que explicar para uma menina de cinco anos, na época ela tinha quatro, explicar a ela que ela não podia estar abraçada comigo, não podia estar em contato, na hora que eu ia dar banho nela ela dizia: “Mainha, você não pode tocar em mim, você está com covid?” [...] Fora o contato que você está com a família, porque eu não afastei os meus filhos por já estar comigo dentro de casa. Afastei a minha mãe, os demais, mas quem já estava em casa comigo não, mas aí era o tempo todo de máscara dentro de casa, você procura um canto para você poder respirar de verdade e você não consegue (TÉC ENF 05).

Medo era adoecer quem eu amo e eventualmente perder porque a doença passou a ser muito mais passível quando a gente começou a perceber quando ela estava próxima ao ponto de levar pessoas do nosso convívio (ENF 01)

Fizemos eu e meu cunhado [RT-PCR] e alguns dias depois eu levei a minha filha também. Ela fez o teste, porque ela só começou a apresentar os sintomas um pouco depois, porque ela estava na casa dos avós. E quando ela voltou pra casa, estava com a garganta irritada. Ficou uns dias assim e só isso. Não perdeu olfato nem paladar, mas o técnico da unidade onde fomos assistidos, disse que era melhor ela ir fazer o teste também para confirmação (ENF 14).

Para Mishel, a doença também pode ser compreendida como oportunidade. A incerteza vista como oportunidade é, ao contrário da ameaça, fruto da ilusão. Assim, o indivíduo continua alimentando esperanças motivadas pela incerteza. Os indivíduos orientados pela certeza são guiados por aquilo que lhes seja familiar ou conveniente, tendendo, assim, a evitar a incerteza ou a confusão, eludindo a autoavaliação, que poderia revelar uma informação nova ou contraditória sobre si mesmos (GODIM, 2009).

A pessoa com o tempo vai vendo que os sintomas não são só aqueles, todo mundo que estava gripado era Covid e na verdade não era só assim até porque você quando fazia teste, teve gente que fez vários testes, mais de quatro ou cinco testes dentro de tempos e meses e nunca deu positivo para Covid (ENF 16).

Uma doença nova onde o mundo não tinha ideia de como lidar com a doença, mas a gente foi dia a dia aprendendo sobre a doença (ENF 18).

O fato de estar praticando o distanciamento social e as medidas profiláticas de

proteção contra a contaminação pelo SARS-CoV-2, não impediram que estes adoecessem. Alguns participantes referiram espanto na confirmação do diagnóstico pela Covid-19. Cabe salientar que, a evitação da doença faz com que os participantes apontem negação ao diagnóstico no sentido de ilusão/amortização.

Para Mishel (1990) a incerteza gerada a partir da ilusão é interpretada como oportunidade, de modo que se fortalece um desfecho de esperança. Esperança esta gerada a partir da amortização da incerteza a fim de evitar o confronto com os medos e situações que possam desestabilizar a capacidade de instituir juízo e de controle da situação vivenciada:

Tinha todos os cuidados em casa, então eu dizia: “eu acho que nem estou positiva” (ENF 02)

Na aceitação do diagnóstico eu não tive problema, eu já sabia, já fiquei tranquila a respeito do diagnóstico, a família toda ainda achava que não era (TÉC ENF 05).

Você age como se fosse uma coisa tola, normal, e quando você vai se atentar que aquilo Deu positivo é que você realmente, poxa, é sério. Então é que você diz assim “foi verdade, eu estou com covid”, você não acredita, né?! você não acredita (ENF 08).

Mas eu fiquei assim pensando onde foi que eu peguei. Porque eu não estava saindo de casa (ENF 10).

A gente fica um pouco assustada né? Porque, como eu estava em casa, né? Imaginar que eu ia pegar Covid dentro de casa, é... foi bem... foi bem atípico, né? (ENF 14).

Foi uma surpresa, embora eu já soubesse, mas assim, a gente vai naquela incerteza de: “Não, eu acho que é só coisa da minha cabeça” (TÉC ENF 07).

Dessa forma, eles tendem ainda a não se envolverem em situações potencialmente ameaçadoras, em razão da baixa tolerância à ambiguidade, ignorando as necessidades de mudança ou de atualização de suas ideias prévias. A intenção de autoproteção se torna um motivo para evitar a busca de informações (ZANCHETTA, 2005).

Mas assim, como eu me sentia, a minha experiência do adoecimento, quanto ao psicológico, foi essa, eu fiquei tranquila, porque eu realmente não me enquadrar neste grupo (ENF 01).

Apesar de conhecer e ter visto tantas situações complicadas no meu dia a dia, no trabalho. Mas não foi uma experiência de muita angústia. Um pouco de medo (ENF 02).

Com base nos relatos, ainda discorrendo sobre a apreciação da incerteza durante o processo de adoecimento, alguns profissionais da enfermagem corroboraram com o direcionamento do juízo baseado no pensamento probabilístico e condicionalidade a familiaridade dos fatos. Estes fazem menção ao julgamento do adoecer pela COVID-19 em associação a sua capacidade cognitiva do ser enfermeiro, do ser técnico de enfermagem e sua inferência, da bagagem do cotidiano como conforto e presunção:

Muito insegura mesmo! A gente que é da área de saúde, a gente está assim, imagina os leigos?! Às vezes é melhor você ser leigo, porque você não entende e não vai ficar preocupada. E quando a gente é da área de saúde, que a gente entende um pouco, a gente fica preocupada (ENF 12).

Eu acho assim que na verdade pra mim, como eu disse no início, eu fiquei muito tranquila porque eu não iria adoecer e ir pra um hospital. Claro, isso poderia acontecer como pode acontecer com qualquer doença. Mas eu não achava que isso ia acontecer comigo (ENF 01).

Mas é como eu falei, eu acho que é porque em momento algum eu tive nenhum sintoma grave. A mínima coisa, o mínimo desconforto respiratório eu acho que eu tinha me desesperado. Porque eu sabia até onde eu poderia chegar (ENF 02).

Fiquei tranquila pelos sintomas que estava sentindo, por não ter sido tão forte, porque a gente sabe que teve gente, pessoas que precisaram ser hospitalizadas e o meu Graças a Deus não foi, foi uma coisa mais leve (TÉC ENF 05).

Abalou porque eu achava que poderia ficar grave como aconteceu com meu irmão (ENF 09).

Agora, eu acredito, que se tivesse sido uma coisa mais grave, eu tivesse visto sinais e sintomas de gravidade, aí acho que teria sido mais assustador, justamente por estar na área e saber da gravidade da doença (ENF 17).

Dessa forma, analisando o adoecimento dos profissionais da enfermagem, à luz da avaliação cognitiva da incerteza, apresentada por Merle Mishel, é possível discorrer que aquele é interpretado como ameaça/perigo quando relacionado ao desconhecimento sobre as nuances que envolvem a Covid-19. O impacto da ausência/insuficiência da informação, entrelaça-se ao processamento do diagnóstico com apresentação da incerteza em todas as fases que envolvem o adoecer. A apreciação da incerteza voltada ao medo de transmissão do vírus aos familiares tem espaço privilegiado nos discursos.

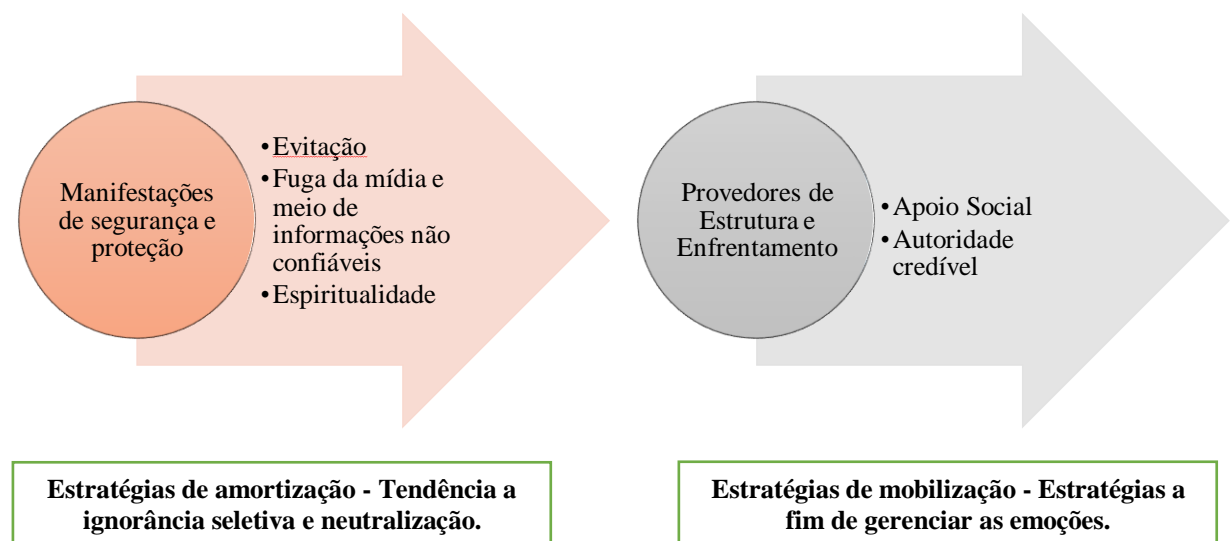
Fortemente ancorado no saber-fazer e na expertise do exercício da profissão, os profissionais da enfermagem tendem a fazer associações do seu estado de saúde com vivências de seu cotidiano e a partir da autoavaliação de sua condição de saúde. Mishel (1990) discorre sobre o pensamento probabilístico, arraigado em uma condicionalidade dos fatos, sendo o processo de adoecimento um estado dinâmico de imprecisão e ausência de certeza.

4.2.3 Estratégias de enfrentamento – "Coping" – e suas repercussões nas reações adaptativas.

“Hoje eu preciso ter, me organizar para fazer uma coisa de cada vez[...]" (ENF 13).

Esta categoria aborda as estratégias de “Coping” que os profissionais da enfermagem, quando adoecidos pela Covid-19, utilizaram para enfrentamento das incertezas e suas repercussões nas reações adaptativas ao adoecimento. Tais estratégias são primordiais como suporte para redução da incerteza. Neste sentido, estas estratégias são apresentadas como manifestações de segurança e proteção à luz dos provedores de estrutura, autoridades de credibilidade, espiritualidade e apoio social, de acordo com o desvelar da incerteza como perigo ou ameaça, conforme representado na figura abaixo:

Figura 6: Manifestações de segurança e proteção *versus* provedores de estrutura e enfrentamento a luz da TRID, 2021.



FONTE: Dados da pesquisa, 2021.

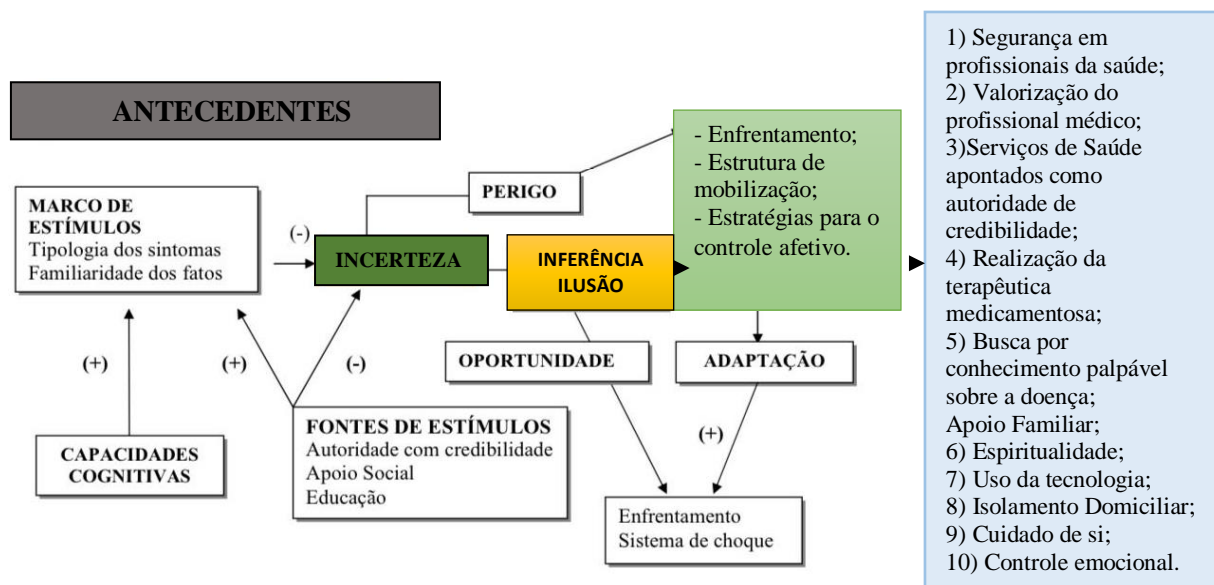
O enfrentamento com vistas à adaptação é o resultado final esperado e se manifesta de duas formas (estratégias de mobilização e estratégias a fim de gerenciar as emoções). Se, ao contrário, a incerteza é vista como oportunidade, estratégias de amortização são utilizadas, o que inclui a evitação, a ignorância seletiva e a neutralização.

O medo do desconhecido provoca propensão à busca por estratégias de controle e avaliação do perigo. A teoria enfatiza que com o surgimento da incerteza na doença, se faz necessário haver a reorganização e procura por estratégias de enfrentamento tal como a adaptação (MISHEL, 2010). No contexto da COVID-19, as medidas de enfrentamento são

desencadeadas no adoecimento na busca da cura, da vivência ao isolamento e evitação do agravamento.

Dentre as estratégias de enfrentamento da incerteza citadas pela TRID, estão a observação dos acontecimentos, a busca de informações, o controle dos medos por meio do apoio social e da fé. Esses recursos são utilizados pelo indivíduo quando a incerteza é avaliada como perigo. Assim, a pessoa lançará mão destes para enfrentar suas incertezas (MISHEL; CLAYTON, 2003; BAILEY Jr.; STEWART, 2003). Abaixo apresentamos uma figura 6 que representa das estratégias de “Coping” dos profissionais de enfermagem que adoeceram pela Covid-19 no modelo de percepção da incerteza da doença, de Mishel e Braden (1988):

Figura 7: Reconhecimento das estratégias de “Coping” dos profissionais de enfermagem que adoeceram pela Covid-19 no modelo de percepção da incerteza da doença, de Mishel e Braden (1988), 2021.



Fonte: Adaptado de Merle Mishel e Braden (1988), 2021.

Nesta perspectiva, as estratégias de enfrentamento estão fortemente ligadas aos provedores de estrutura, tais como as autoridades credíveis, que por hora, no momento de início da pandemia encontravam-se fragilizados pela ausência/déficit de conhecimento sobre a doença:

Quando eu terminei este ciclo todinho de medicação, mas a Clexane, no último dia que eu fiz uso, eu senti uma dor muito extensa na perna esquerda, onde eu precisei ir para a emergência. [...] foi detectado, o que a médica não tinha resposta para mim, porque o que ela disse era que poderia ser um trombo, mas o meu organismo automaticamente tratou de absorver. Foi uma coisa muito rápida (ENF 13).

Mas quando é com você e um vírus novo, você não sabia de nada! O que dissesse: “Faça”, eu fazia! “Toma!”, eu tomo! (ENF 12)

Eu acredito na ciência, eu acredito nos médicos, eu acredito nos pesquisadores (ENF 09)

Eu... eu procurei com os amigos informações de onde poderia ser melhor assistido. Aí me indicaram uma unidade de síndrome gripal de referência para Covid-19 (ENF 09).

Cabe pontuar que o apoio profissional tem influência na aceitação da doença. Estes são citados pelos participantes como provedores de estrutura durante o processo de adoecimento, apontando busca a profissionais médicos para tratamento e melhora após conduta terapêutica. Sendo assim, é visível que existe uma busca por segurança quanto a aptidão dos profissionais que assiste a saúde da pessoa adoecida em estabelecer no diagnóstico de maneira que seja fornecida as informações necessárias para a compreensão da mesma e certeza dos sintomas e do tratamento adequado, estando estas estreitamente relacionada à diminuição das incertezas. Ainda é possível destacar que na percepção do adoecimento do profissional de enfermagem, ainda existe uma supervalorização do domínio biologicista:

Primeiramente eu segui as prescrições médicas, de Azitromicina e Ivermectina (ENF 11).

Teve uma época que não estava descendo nada. Comia nada. Nada, nada, nada. Aí eu conversei com a doutora, ela passou umas vitaminas. Essa vitamina que ela passou foi que voltou o apetite mesmo (TÉC ENF 04).

Aí tem que alguém estar lá “a hora de tomar líquido”, porque você tem que ingerir líquido, pelo menos de hora em hora você ingerir líquido, um copo de líquido, 300 ml de líquido, pelo menos (ENF 08).

Tomei certinho os remédios que o médico prescreveu, fiz os exames necessários (ENF 09).

Tentei seguir o tratamento medicamentoso direitinho (ENF 10)

Fazendo o passo-a-passo medicamentoso (TÉC ENF 07).

Fui fazer todos os exames laboratoriais, dentre eles o D-dímero, onde o meu D-dímero deu 940. A infectologista automaticamente além de fazer o protocolo de Azitromicina e Ivermectina, como eu perdi paladar e olfato ela passou um anticongestionante nasal para eu poder estar hidratando as narinas e consequentemente depois que eu fiz os exames laboratoriais ela pediu para estar utilizando Clexane por 10 dias (ENF 13).

Fomos orientados a fazer o teste rápido, procuramos uma unidade da prefeitura, referência para Síndromes Gripais, e lá eu fiz o teste do swab, RT- PCR (ENF 14).

O serviço de atenção à saúde também é elencado como autoridade de credibilidade, sendo pontuado no interesse da continuidade do cuidado visto que as sequelas são imprevisíveis e muitas vezes duradouras. O manejo clínico da Covid-19 no contexto da

Atenção Primária à Saúde (APS), difere frente a gravidade dos casos. Para casos leves, inclui medidas de suporte e conforto, isolamento domiciliar e monitoramento até alta do isolamento (BRASIL, 2021). Neste sentido, o monitoramento ganha espaço como fonte de segurança diante da incerteza:

No local onde eu fui atendida eles tiveram, assim, um atendimento muito bom e eles fazem um acompanhamento, um monitoramento. Eles me ligaram três vezes para perguntar como eu estava e a última vez eu cheguei a falar com a médica (ENF 08).

Nós fomos bem atendidos pela equipe médica, pelas enfermeiras... pela diretora, pela equipe. Lá fizemos o PCR e fomos medicados (ENF 09).

[...] agora, eu tive muito acompanhamento médico, cardiologista, é... eu era monitorada constantemente, o infectologista, um clínico, o geriatra, eles falavam comigo constantemente, então assim, eu tive esse apoio em casa... em casa eu tive muito apoio mesmo dos médicos (ENF 12).

A médica fez a orientação de acordo com o que ela estava vendo nas pessoas que chegavam no serviço com Covid. Orientou que é que a gente deveria fazer em casa, e que esses cuidados a gente deveria continuar tendo (ENF 14)

Quando o serviço de saúde não confere segurança na atenção à saúde do profissional adoecido, as reações adaptativas de enfrentamento são comprometidas, aumentando a incerteza, como apontado na fala da participante abaixo:

A pessoa se sente impotente, porque nem no particular, nem assim, não é porque você tem o vírus, que você pode, que tenha o dinheiro ou um plano de saúde, é.... realmente, não venha com isso, ah! Eu posso ter porque vou ter um plano de saúde, vou ter como me acolher. Não, de forma alguma. Me senti impotente (ENF 12).

Para Mishel, a confiança que as pessoas depositam nos profissionais de saúde que as atendem conferem a credibilidade das autoridades. Tendo os profissionais de saúde, expertise na condução clínica da pessoa adoecida incita confiabilidade. Nesta perspectiva, os profissionais devem não apenas ter competência em suas áreas, mas também um vínculo com quem se cuida (MISHEL, 1990; GODIN, 2009). A associação da aproximação afetiva e a credibilidade, são afirmadas na pesquisa como grande valia na apreciação da incerteza, sendo o profissional médico citado como profissional que emite esta credibilidade:

ele [amigo da entrevistada] esteve próximo a mim, é meu vizinho e é médico. Ele teve próximo a mim, isso foi muito satisfatório, não é?! (ENF 08).

Esforços de enfrentamento revelam-se peculiarmente ancorados nos apoios sociais da família e amigos, nas autoridades credíveis como profissionais de saúde, principalmente os ligados afetivamente para busca de informações sobre a doença. O apoio social das pessoas que interagem na cadeia de relações interpessoais cotidiana como a família, os amigos e colegas de trabalho, possui efeito direto por sua influência na tipologia dos sintomas, ou seja, quando há familiaridade com o problema, coerência das circunstâncias e o conhecimento

sobre os sintomas aumentam, a incerteza quanto ao problema diminui. Dessa forma, a orientação leva à certeza:

Foi meu cunhado que era médico que a tratou. Nós ligamos para o meu cunhado, que era médico, de imediato e ele entrou em contato com a filha dele, que é médica aqui em Maceió também. Aí começaram a proceder da forma que deveria com a medicação. (ENF 20)

As amigas Enfermeiras também que, que trabalham e que estão na linha de frente também fizeram, continuaram com as orientações também, procuraram saber como a gente estava e tudo, se estava precisando de algum auxílio, alguma coisa, né? Então, isso ajudou muito para que a gente não entrasse em pânico, né? (ENF 14)

Bom, a primeira [estratégia] foi confiar na fala de um profissional que é amigo, que me deu segurança, isso foi muito bom. Tomei a medicação, fiquei o máximo de repouso possível em casa, me restringi em casa, não saía realmente, ele é quem vinha me examinar em casa (ENF 08).

Porque a gente fica mais interessado em buscar informações, né? E, acho que a gente sempre tá disposto a aprender, e com tanta tecnologia, tantas informações desconhecidas, buscar canais seguros é bem importante para que a gente fique respaldada também, para que a gente oriente outras pessoas (ENF 13).

A Capacidade Cognitiva foi assinalada pelos entrevistados como estratégia de enfrentamento. O conhecimento permite julgamento das situações que circunscrevem o adoecimento com um olhar crítico e probabilístico, que permitem juízo de valor na previsibilidade e identificação de situações de potencializam ou fragilizam o adoecido:

Eu acho que o que teve de diferente que me fez vivenciar o processo tranquilamente, foi o conhecimento (ENF 01).

Existia o medo de contaminar os familiares e os amigos, mas a gente também conhece as formas da gente se proteger (ENF 01).

Eu acho que a gente precisa, na verdade, ter sangue frio neste sentido, usar o conhecimento mesmo em um momento de nervoso, ligamos assim, mas usar o conhecimento em nosso favor. Eu acho que isso é fundamental (ENF 01).

Sinceramente, o meu conhecimento me ajudou muito neste momento. Quanto mais somos instruídos a respeito de uma coisa, menos temor temos dela (ENF 06).

Então... confiar na ciência foi uma estratégia pra mim. Sempre acreditei nos pesquisadores, e foram eles que eu procurei ler e ouvir para adquirir conhecimento sobre a Covid-19. Baseado no que eu li e ouvi e o que eles falavam, meu medo se perdeu porque eu procurei seguir as evidências científicas... me precaver. (ENF 09).

As estratégias que eu utilizei e que me ajudou no enfrentamento da Covid foi a busca por informação. De conhecer um pouco mais sobre o que era a doença (ENF 14).

Alguns participantes apontaram críticas ao descaso com a doença por parte de colegas de trabalho, reduzindo a importância epidemiológica da doença e referindo respostas adaptativas de continuidade dos cuidados de forma profilática ao adoecimento pela COVID-19, relatando percepção de conhecimento ainda fragilizado e inverso:

Mas não podemos fazer como alguns colegas que dizem “Sou IgG Positivo. Estou nem aí!” É assim. Também tem disso. Mas não funciona dessa forma. Ah porque eu fui positivo, por isso não vou cuidar de mim, nem vou cuidar do outro? O que é que a gente tem de certeza da Covid? Tem tanta doença aí que a gente nem certeza tem, depois aparece tudo de novo. A Covid muito menos que é uma coisa muito nova. Um conhecimento muito incerto (ENF 02).

Hoje, mesmo com a vacinação e mesmo estando vacinado e já ter adoecido, o medo em mim é latente porque passado um ano, quem faz parte do grupo de risco são os que mais adoecem, são os que mais perdem a vida e com estas cepas novas... com estas cepas novas, não tem como garantir que não vá mais pegar a doença (ENF 09).

Canais seguros de informações como manuais e documentos de instâncias federativas, como a Organização Mundial de Saúde e o Ministério da Saúde, também despertam confiança e credibilidade na construção do esquema cognitivo a respeito da doença:

Eu lembro que muitos manuais eles foram feitos várias versões, então a gente estava sempre acompanhando este processo que foi bem dinâmico, mas eu acredito que absorver esse conhecimento do Ministério da Saúde foi em conjunto com o processo que era construído na secretaria de saúde. Foi por isso. Depois vieram cursos. A gente vai tentando buscar conhecimento a mais, né! (ENF 01).

Os participantes fazem uso da expertise da prática da enfermagem na realização do autocuidado e intervenções de manejo clínico como medidas de enfrentamento da incerteza:

Apliquei injeção em mim mesmo. Tomei as Clexanes sozinha. Tomava remédio, as injeções pra dor de cabeça, eu consegui aplicar. Então, assim, era muito... foi muito difícil pra mim (ENF 12).

Tem um procedimento que chama pronação, o paciente para que o paciente melhore a função pulmonar. E eu me sentia dessa forma e eu tive que me pronar em casa, porque eu sentia falta de ar, sentia desconforto respiratório (ENF 13)

A experiência prévia de adoecimento pela Covid-19 foi utilizada como provedor de estrutura para a vivência na reinfecção:

A primeira vez foi de incerteza e na segunda foi mais tranquilo. Eu tratei como um quadro viral. Quer dizer, como foi tratado como Covid, mas para mim foi um quadro de gripe e achei tranquilo porque eu me hidratei, tomei os remédios corretos, tudo certinho e não senti, nem medo, nem receio. Eu não me senti tão insegura como na primeira vez que adoeci. Na primeira vez eu tinha medo. E nessa segunda vez eu não senti (ENF 03).

Mishel (1990) enfatiza que o apoio social da família e dos amigos fornecem estrutura e implicam em suporte social. Podem ajudar o paciente a adquirir uma visão probabilística da incerteza sobre a doença e tratamento, como também no transcorrer da vivência no adoecimento:

Então assim, eles ficaram todos na cola, principalmente uma das minhas filhas e o meu marido. Ficava tudo atrás: “E aí? Está tudo bem?”. O tempo todo (ENF 02).

Uns colegas meus médicos, ficavam ligando para mim. A galera ligava para mim (TÉC ENF 04).

A ajuda dos familiares trazendo comida foi fundamental (ENF 06).

eu já vivo sozinha. Mesmo assim meu irmão foi lá um dia para me ajudar, ou dois dias, ficou me ajudando assim nessas questões maiores (ENF 08).

Então, meu esposo, ele colocou um colchãozinho no chão e o médico pediu pra ele segurar a minha mão pra poder eu tentar dormir, se soltasse da minha mão eu acordava já assustada [...] e ele segurava na minha mão. Segurava. Eu achava tão bonitinho, porque ele dava comida na minha boca. (ENF 12).

O isolamento domiciliar foi utilizado pelos participantes como estratégia de mitigação da contaminação do vírus para os familiares, em congruência às recomendações ofertadas pelas autoridades sanitárias:

Como eu ainda morava com a minha mãe, eu fiquei só no ambiente do meu quarto. Era quarto-banheiro, banheiro-quarto. Refeições fazia no meu quarto também e ficava sempre por lá. Não tinha contato com ninguém externo (ENF 03).

Mas como eu mantive o isolamento desde que começaram os sintomas, eu fiquei mais tranquila. Aí deixei minha filha com a minha mãe e fiquei isolada (ENF 10).

Em casa, o isolamento e proteger a família mesmo (TÉC ENF 07)

Com a necessidade de isolamento domiciliar do profissional de enfermagem adoecido e a condição de compartilhamento do domicílio com a família, os lares passaram por um processo de organização e adequações para confinamento do doente e proteção da família, o que corrobora em certa medida com os achados do estudo:

Fiquei em um quarto. Coloquei as meninas em um outro quarto. Eu tenho duas meninas. O meu marido ficou no quarto só. E eu fiquei no quarto de uma das meninas. Ficou melhor assim a arrumação. Aí a arrumação da casa ficou melhor desse jeito (ENF 02).

Eu moro com minha esposa e minhas filhas e ela [mãe] mora vizinho. Aí a minha esposa colocou uma cama na sala. Eu deixei a minha esposa no quarto com as minhas filhas (TÉC ENF 04).

Como moro em um apartamento relativamente pequeno, me manter dentro de um cômodo era quase impossível, mas ficava no quarto a maior parte do tempo, para evitar colocar meu esposo em risco. Atividades domésticas eu quase não conseguia fazer, pois não podia está fazendo muito esforço e muito menos ficar esbarrando com ele dentro de casa constantemente (ENF 06)

De passar a doença para a minha filha. Ela só tinha dois anos na época. De também ficar assintomática. Meu medo foi esse. E as minhas sobrinhas. Por isso que eu fiquei em isolamento e fiquei sem ela. Deixei ela com a minha mãe (ENF 10).

O isolamento também foi apresentado em associação a vivência solitária como rotina de vida, mas também é uma potencialidade, visto que não há necessidade de reestruturação dos fluxos nos cômodos e planejamento da rotina para outras pessoas, além da redução do risco de transmissibilidade para terceiros:

Fiquei em isolamento. Na verdade, eu já moro sozinha e aí já é praticamente um isolamento na minha vida (ENF 08).

Os entrevistados apontam busca por adequação de bem-estar espiritual e emocional. É importante destacar que o bem estar e a qualidade de vida influenciam diretamente no processo saúde-doença e a vivência do isolamento trás repercussões emocionais em função das restrições sociais. Neste sentido, o pensamento positivo é apontado com o entendimento de clareza mental, equilíbrio e direção. Permite a expansão do pensamento e cria sentido de conexão, auxiliando no enfrentamento dos medos e na proteção da saúde mental, conforme os depoimentos a seguir:

Só que você tem que reagir. Aí depois foi que eu fiquei me ocupando... Se você ficar pensando é pior ainda. Só piora as coisas (TÉC ENF 04).

Afetou a Saúde Mental. Chega sim a afetar. Não é que você vá abrir e relaxar. Não é por aí. Mas o momento que você chega a afetar a sua saúde mental você adocece de outras coisas. Então busquei ter tranquilidade (ENF 02).

Não ficar pensando tanto de forma negativa. Tentar me distrair com outras coisas (ENF 03).

Tentei me ocupar para não endoidar no isolamento. A cada momento você vai vendo que no dia a dia muita coisa você tem que ir relaxando, senão você vai morrer (ENF 10)

Mas, graças a Deus eu sobrevivi, viu?! (ENF 12)

Foi muito difícil. Mas por ser católico e ter uma família católica, começamos a rezar (ENF 09).

Foi pontuado como estratégia, a busca por profissionais que trabalham com a saúde mental e os enfrentamentos ligados a esta, como psiquiatras e psicólogos, para tratamento de inseguranças, ansiedades e dos estresses traumáticos do adoecimento pela Covid-19:

As minhas duas irmãs já tinham procurado um psiquiatra. Aí eu procurei psiquiatra. Conteí tudo para ela (TÉC ENF 04).

Percebe-se que o apelo e vocativos à espiritualidade são utilizados para enfrentamento da doença. É importante destacar que a espiritualidade pode “ser compreendida como a essência de uma pessoa, uma busca de significado e propósito na vida” (MESQUITA et al., 2013, p.1). Pessoas religiosas frequentemente apresentam maior capacidade para lidar com circunstâncias adversas da vida com a utilização do *Coping* Religioso/Espiritual (CRE) (SCORSOLINI-COMIN et al., 2020). Esta, constitui importante fonte de enfrentamento, como apresentado nas falas a seguir:

Quando foi no décimo terceiro dia eu já não aguentava, eu gritava, eu pedia socorro, pedia pra deus me deixar... me deixe pelo amor de Deus dormir, que eu não conseguia dormir. Então, aumentava a dosagem dos remédios, mesmo assim eu não dormia [...]

Eu, foi mais Deus, eu me apegava, fechava os olhos e tentava eu mesma, mas eu não conseguia usar a estratégia para poder ter aquele guia não. (ENF 12).

Eu fiquei em casa desesperada, pedindo a Deus que eu aumentasse a minha saturação (ENF 13).

Alguns recorreram ao uso da tecnologia como recurso de entretenimento durante o isolamento e fuga - evitação - de informações jornalísticas televisivas na tentativa de preservar a saúde mental e o equilíbrio emocional. Desta forma, o uso da internet e canais fechados de televisão foram os principais recursos citados pelos entrevistados como forma de passatempo:

Aí, os dias foram passando, eu fui tentando me adaptar ao isolamento e procurando alternativas para poder passar o tempo. Atualizei e fiz algumas coisas que eu não conseguia fazer há bastante tempo, como assistir alguns filmes, que eu não conseguia fazer pelo tempo (ENF 19).

Muito ruim estar isolada, isso era muito ruim. E para isso, como foi a ajuda? Eu gosto muito de assistir televisão. Sou muito dorminhoca também. Então minha filha colocou no telefone as séries que eu adoro assistir. Pronto! Ela dizia: “Mãe vou colocar aqui no celular. Você assiste tudo que é série.” Então foi o que fez passar o tempo na maioria das vezes. (ENF 02)

Muitas séries. Séries e filmes. Era o que me distraía. (ENF 03)

Para ajudar a passar mais rápido os dias solitários, eu li alguns livros e artigos e assisti alguns filmes (ENF 06).

Estudar, ler, assistir. Fazer várias coisas para não ficar com muito tempo ocioso, enquanto me recuperava (ENF 10).

Outros aproveitaram o isolamento como possibilidade de cuidado de si, para melhoria das funções mentais e físicas:

Trabalhando direto, trabalhando, quando chega em casa, você tem várias, várias atividades para fazer, as atividades domésticas, acaba que você não tem muito tempo. Então, eu aproveitei esse tempo como uma oportunidade para atualizar algumas coisas minhas e poder relaxar um pouco a cabeça quando eu já estava melhor. (ENF 19)

Eu vivia me exercitando em casa, até mesmo para me testar. Testar meu corpo para ver se eu tinha alguma sequela da Covid a nível pulmonar ou outra parte do corpo que não fosse somente o olfato e o paladar (ENF 11).

Alguns ainda vivem a incerteza após o adoecimento pelo constante aparecimento de novas cepas e reinfecção:

Hoje, mesmo com a vacinação e mesmo estando vacinado e já ter adoecido, o medo em mim é latente porque passado um ano, quem faz parte do grupo de risco são os que mais adoecem, são os que mais perdem a vida e com estas cepas novas... com estas cepas novas, não tem como garantir que não vá mais pegar a doença (ENF 09).

E aí você via seus colegas que já tiveram, que já tinham se recuperado, pegando novamente, e aí assim... a certeza que a gente tinha é que eu achava que todo mundo ia pegar e todo mundo ia morrer, ninguém ia sobrar não (ENF 16).

Como já discutido anteriormente, o adoecimento pela COVID-19 pode ser compreendido como ameaça, por ser algo desconhecido e gerar diversas incertezas, considerando que o indivíduo não reconhece o fenômeno. No entanto, para alguns profissionais, a incerteza da doença oportuniza a ressignificação do olhar para um novo sentido de ordem. De acordo com Mishel (1990) em seu postulado 10, “em condições de incerteza contínua, os indivíduos podem desenvolver uma nova perspectiva de vida probabilística que aceita a incerteza como parte natural da vida”. O adoecimento dos profissionais de enfermagem pode transcender o perigo e reinterpretar o significado da vida e do cuidado de enfermagem.

Conforme aponta Mishel (1990) o conceito de *coping* revela-se associado ao exercício de “lidar com”. Para esta, importa lidar com a incerteza no sentido da adaptação, enquanto estado final, que possibilita a realização de ordem pessoal, pela aquisição de equilíbrio. Profissionais relatam que até o adoecimento, o trabalho na linha de frente, e conhecimento sobre as formas mais graves de adoecimento são insuficientes para compreensão da doença, pois para além da tipologia dos sintomas, existem as repercussões da vida das pessoas que são acometidas por essa nova enfermidade:

Mesmo trabalhando na linha de frente, eu acho que você não conhece de fato. A Covid, a gente sabe que é uma doença respiratória aguda, que pode evoluir para uma doença de forma mais grave, que é a SRAG, mas você não vê as repercussões, você não sente as repercussões de como é você estar com a Covid. (ENF 19)

Então, assim mesmo tendo um conhecimento talvez mais consolidado sobre a Covid, sobre os sintomas, sobre o diagnóstico, a confirmação de caso, mas o conhecimento que você tem sem a vivência ainda é um conhecimento puramente de tecnologia dura mesmo, frio. (ENF 14)

A vivência faz com que a gente se preocupe mais em buscar conhecimento. Mas eu acho que ainda tenho muito a aprender. Por isso que eu estou dizendo, não vejo muito essa consolidação que eu estou querendo entender. Vivenciar é mais complicado, e olhe que eu vivenciei nada grave (ENF 02).

Aceitação da doença não tinha para onde realmente correr, tinha que aceitá-la e foi importante porque tudo que eu passei eu tinha como usar no dia a dia como experiência, o pouco conhecimento dos cuidados, a manifestação como ela agia em mim e que em outras pessoas poderia ser mais fácil ou mais complicado, que poderia levar à morte ou não, então o que eu vivi eu podia levar como experiência para aquela outra pessoa que poderia se contaminar e facilitar o processo dela (TÉC ENF 07).

Mas quando a gente passa um pouquinho pela experiência, deixa a gente um pouco mais alerta. Porque uma coisa é a gente saber, outra coisa é a gente ter a doença. A gente sentir na pele o que muitas pessoas sentiram (ENF 14).

Desta forma, apontaram um novo sentido de ordem relacionado a ressignificação do cuidado de enfermagem por ter passado pelo processo do adoecimento e sentir na pele as angústias e as intempéries da doença, como um movimento de mudança na essência da atenção à saúde com ênfase no cuidado humanizado:

Então é isso aí, eles foram embora, eu fiquei, mas toda e qualquer pessoa que passar por minha vida na área da saúde quanto enfermeira, o carinho que eu vou ter com eles é em homenagem aos meus pais e o meu cunhado [falecidos por Covid-19]. É por eles. Uma forma de gratidão a Deus. Diante de tudo. Dessa dor que eu vivi me culpei o tempo todo. (ENF 20)

Por isso que eu digo, o ser humano em si, ainda falta muito para alcançar a melhoria como pessoa, como espírito. Eu estou falando por mim. Porque a sensibilidade não é a mesma quando você vivencia e vê aquilo na pessoa que está ao seu lado, do que quando está mais distante. Porque você sente tudo, ver aquela dor, aquilo tudo que você tá vendo na televisão. Você está sentindo aquilo. Mas não é nada comparado quando está ali na sua frente (ENF 02).

Acho que foi uma doença que veio para mudar nosso estilo de vida, nosso dia a dia. Minha vivência com a Covid me fez mudar muito quem eu era e quem eu sou hoje. Dar valor às pequenas coisas hoje. Hoje eu penso mais. Eu tento viver o que posso. Dar valor as pessoas que estão ao meu lado (ENF 03).

O conhecimento que nós temos é pela fala dos pacientes, porém você só sente realmente a gravidade da doença quando você está diante dela (ENF 08).

Então, a gente fica só mais alerta, mesmo né? E mais consciente do nosso papel, na área de saúde, em relação a essa doença! (ENF 14).

Assim, é um aprendizado a mais né. É uma coisa que você vai levar pra vida. Você passou por uma doença que você tá vivo pra contar história, oh que coisa linda né? Você teve, mas não fiquei hospitalizada, graças a Deus, apesar do cansaço, vai ser uma coisa que eu vou levar pra vida, nunca vou esquecer na verdade (TÉC ENF 15).

Um novo sentido de ordem também é relatado, com prioridade para as necessidades básicas de vida, com valorização a hábitos saudáveis de alimentação, boa ingestão hídrica, realização de atividades físicas, bem como o reconhecimento da limitação da condição física e do esgotamento psíquico e emocional:

Estou voltando hoje para trabalhar e estou assim, observando os meus limites... trouxe meu lanche, trouxe minha água para tomar certinho, mas o momento que eu me sentir esgotada, vou embora, porque não vale a pena você arriscar (ENF 08).

Hoje eu preciso ter, me organizar para fazer uma coisa de cada vez, se não eu canso. Então tem, algumas coisas que ficaram, algumas sequelas que ficaram da Covid (ENF 13).

O sentimento de conquista com a cura da doença é apresentado como resposta adaptativa:

Eu sou vitoriosa, viu?! Eu me sinto uma guerreira! Então assim, eu me sinto uma privilegiada, de estar aqui ainda, contando a minha história! Chega dá uma vontade, aquela dorzinha de chorar (ENF 12).

Expectativas no futuro também são apontadas pelos entrevistados nas seguintes colocações dos entrevistados:

Espero que a população seja imunizada em massa, que cada dia tenhamos imunobiológicos mais eficazes e menos reativos quanto aos eventos adversos. Que num futuro breve possamos voltar a nossa normalidade sem a obrigatoriedade do uso de máscaras e sem colocar ninguém em risco (ENF 06).

A única certeza que temos são as vacinas (ENF 09).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o compromisso que este trabalho possui a respeito da aproximação com as questões que norteiam o objeto do estudo, aponta-se que experiência de incerteza vivenciada por profissionais de enfermagem durante o processo de adoecimento pela COVID-19 é ancorada fortemente no contexto do surgimento da patologia, enquanto doença nova, desconhecida até então, e culmina na apreciação da incerteza, como ameaça ou oportunidade, diante da imensidão de incertezas.

A falta de informação sobre a doença, foi desvelada como ordenadora da incerteza configurando-se como ameaça, comprometendo a capacidade cognitiva do profissional da enfermagem, visto a dificuldade de juízo de valor aos acontecimentos relacionados ao seu processo de adoecer pela COVID-19. Foi possível vislumbrar, que esta tem referência direta com a compreensão e a aceitação da mesma. A incerteza é apresentada diante do próprio adoecimento, no diagnóstico, do pertencimento aos grupos de risco, na possibilidade de agravamento e imprecisão quanto ao prognóstico, medo de morrer, do isolamento e da transmissão aos familiares.

A incerteza apreciada como oportunidade, esteve apoiada na condicionalidade dos fatos, apresentada através da associação da atual condição de saúde - “*ser jovem*”, “*saudável*”, “*sem comorbidades*”, “*ativo*” - às vivências prévias com distanciamento e evitação do perigo.

Os antecedentes da doença foram apresentados com forte influência na apreciação da incerteza diante do adoecimento de profissionais da enfermagem pela COVID-19, evidenciados pelo impacto emocional com a instalação da doença em um cenário de calamidade pública de impacto mundial. Com a veiculação midiática do aumento de casos pelo mundo e as exposições do colapso do sistema de saúde e grande número de mortos, a percepção da doença esteve associada ao medo e pânico diante de um possível adoecimento.

Na busca por informações precisas, aumentou-se o consumo por notícias televisivas, no entanto, os participantes apontaram que por ser uma doença nova, havia uma grande quantidade de informações desencontradas e a escassez de evidências científicas sobre a COVID-19, o que acentuou a sensação de ameaça.

As inferências dos profissionais de enfermagem na linha de frente do enfrentamento a COVID-19, foi evidenciada com recurso de previsibilidade no prognóstico por familiaridade com suas experiências de cuidado de pacientes, eventos de memória com familiares e colegas de trabalho adoecidos.

As estratégias de “*Coping*” que os profissionais da enfermagem, quando adoecidos pela COVID-19, utilizaram para enfrentamento das incertezas foram primordiais como suporte para redução da incerteza. Neste sentido, estas estratégias foram apresentadas como manifestações de segurança e proteção à luz dos provedores de estrutura, autoridades de credibilidade, espiritualidade, uso da tecnologia e apoio social da família e dos amigos próximos.

Partindo do pressuposto de que a pandemia mundial pelo novo Coronavírus surgiu com uma imensidão de incertezas e que estas repercutem como falta de clareza e inadequação no estado cognitivo, prejudicando a interpretação e avaliação dos acontecimentos da vivência da doença e comprometendo a adaptação da pessoa adoecida, entendemos que a aplicação da Teoria da Incerteza da Doença foi um referencial teórico adequado para leitura do fenômeno do adoecimento dos profissionais de enfermagem pela COVID-19.

Reforça-se o pressuposto de que a equipe de enfermagem se encontra totalmente imersa no cuidado direto às pessoas suspeitas e infectadas, trabalhando nessas circunstâncias com elevado nível de cautela e atenção no cuidado do outro e de si. Ao mesmo tempo em que realiza o cuidado da pessoa adoecida também precisa proteger-se para não contrair a doença e/ou propagá-la. E ainda na perspectiva do cuidado de si e da pessoa, no contexto social e familiar, pode-se também mencionar a pressão e estresse com repercussões em um contexto de incerteza a respeito da propagação da doença e de estigmatização, muitas vezes temendo a transmissão para seus familiares.

As evidências encontradas neste estudo revelam que no adoecimento dos profissionais da enfermagem, na vivência da doença, segundo a incerteza apresentada por Mishel (1990), os conceitos de pessoa, saúde, ambiente e enfermagem, ou seja, o metaparadigma da enfermagem é reforçado com a compreensão de que: **apessoa** é um sistema aberto que troca energia com o seu ambiente, ou seja, tudo o que a rodeia. Mais do que desejar uma condição estável, a pessoa com doença caminha no sentido de uma orientação complexa, formando um novo sentido para a sua vida, para a sua **saúde**.

A incerteza pode tornar-se numa força positiva para a vida, se for estruturada como uma visão normal em que o indivíduo desenvolve o pensamento probabilístico examinando as várias possibilidades e considerando as várias formas de as concretizar, conseguindo mudar a vida, no **ambiente** que a rodeia. A incerteza muda a perspectiva de encarar a vida, não como um processo negativo, mas como uma oportunidade de mudança, em que para tal, a pessoa deve ser capaz de adotar esta visão confiando nos recursos sociais e nos prestadores de cuidados de saúde, que aceitam eles próprios a ideia do pensamento probabilístico.

A relação entre o prestador de cuidados de saúde e cuidados de **enfermagem**, deve centrar-se no reconhecimento da incerteza contínua e na preocupação de instruir à pessoa sobre como usar a incerteza para gerar diferentes explicações para os acontecimentos.

Sugere-se o aprofundamento do estudo, visto que as questões que envolvem o adoecimento do profissional da enfermagem pela COVID-19 é imensamente maior que o desvelado neste estudo. Diante de tantas fragilidades apresentadas por estes sujeitos, de tantas incertezas e que muitas vezes, a cura da doença por si só, não ressignifica a incerteza em um novo sentido de ordem positivo, faz-se necessário a construção de um plano de cuidados para esses trabalhadores e de intervenção em seus espaços de trabalho na tentativa de apoio institucional dos serviços de saúde e minimização das incertezas diante de sua atuação profissional.

REFERÊNCIAS

- ALAGOAS. **Informe epidemiológico do Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde- Covid-19**. Maceió, AL: Secretaria Estadual de Saúde, 2021.
Disponível em: <https://www.saude.al.gov.br/wp-content/uploads/2021/08/Informe-Epidemiologico-COVID-19-no-536-24-08-2021.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2021.
- ALBUQUERQUE, E. M. **Avaliação da técnica de amostragem respondent-driven sampling na estimação de prevalências de doenças transmissíveis em populações organizadas em redes complexas**. 2009. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.
- ALMANSA, J. F. F. **Gratidão na relação com otimismo, esperança e ansiedade durante a pandemia**. 2020. Dissertação (Mestrado)-Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Saúde, Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, 2020.
- ALMEIDA, C. S. J. R. G. **Satisfação das necessidades de cuidado em fim de vida: percepção do doente e do enfermeiro**. 2017. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2017.
- AMORIM, N. M. A. *et al.* O profissional de saúde do outro lado do cuidado segundo a teoria da incerteza na doença. **CiencCuidSaude**, v. 17, n. 2, p. 1-10, abr./jun, 2018.
- AQUINO, Estela M.L. *et al.* Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 2423-2446, 2020.
- ARAÚJO DIAS, M. S. *et al.* Pesquisa em tempos de Covid-19: estratégia para o planejamento em saúde. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, Sobral, v. 20, p. 138-148, nov., 2021.
- BAILEY JR., D. E.; STEWART, J. L. Teoria da Incerteza diante da Doença In: ALLIGOOD, M. R.; TOMEY, M. A. (Ed.). **Modelos e Teorias de Enfermagem**. 7. ed. Madrid: Espanha: Elsevier Science, 2011. p. 599-617.
- BARBOSA, I. V. **Tradução, adaptação e validação da Mishel Uncertainty in Illness Scale for Family Members: aplicação em familiares de pessoas com paraplegia**. 2012. 130 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.
- BOUSSO, R. S. *et al.* Conceitos e teorias na enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 1, p. 144-148, 2014.

BRASIL. **Protocolo de Manejo Clínico para o Novo Coronavírus(Covid-19)**. 1ª edição, publicação eletrônica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. **Protocolo de manejo clínico do Coronavírus (Covid-19) na atenção primária à saúde**. 6ª edição, publicação eletrônica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. **Painel Coronavírus**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 25 ago. 2021.

BRITO, L. L.; SIMONVIL, S.; GIOTTO, A. C. Autonomia do profissional de enfermagem diante da covid-19: revisão integrativa. **Revista De Iniciação Científica E Extensão**, v. 3, n. 2, p. 420-37, 2020

BRUYNE, P.; HERMAN, J.; SCHOUTHEETE, M. **Dinâmica da pesquisa em ciências sociais: os pólos da prática metodológica**. Rio de Janeiro: Francisco Alves. 1977.

CARMO, M. C. A. **Cuidados de Enfermagem ao Cliente submetido a Traqueostomia/Traqueotomia**. 2015. (Tese de Doutorado) - Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde, Portugal, 2015.

CESÁRIO, J. M. S. *et al.* O impacto da COVID-19 na rotina da enfermagem na Unidade de terapia intensiva (UTI). **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, V. 5, n.6, p. 175-187, 2021.

CASERO-RIPOLLÉS, A. Impacto da Covid-19 nos sistemas de mídia: consequências comunicativas e democráticas do consumo de notícias durante o surto. **Comunicação & Educação**, v. 25, n. 1, p. 109-129, 2020.

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem. **Comunidade Internacional condena ataques a profissionais de saúde**. Brasília, DF: COFEN, 2021. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/comunidade-condena-o-aumento-de-ataques-contra-profissionais-de-saude_80236.html. Acesso em: 30 mai. 2021.

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem. **Levantamento revela déficit de 17 mil enfermeiros e técnicos de enfermagem**. Brasília, DF: COFEN, 2020. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/levantamento-revela-deficit-de-17-mil-enfermeiros-e-tecnicos-de-enfermagem-no-pais_80221.html. Acesso em: 30 mai. 2021.

COFEN [homepage na internet]. Observatório da Enfermagem. Disponível em: <http://observatoriodaenfermagem.cofen.gov.br/>. Acesso em 25 ago 2021.

COUTINHO, J. G.; PADILLA, M. Informação adequada, confiável e oportuna em tempos de pandemia de COVID-19. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 44, n. 1, p. 1-4, 2020.

COSTA, S. S. Pandemia e desemprego no Brasil. **Revista de Administração Pública**, v. 54, p. 969-978, 2020.

FERGUSON, Neil M. *et al.* Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID-19 mortality and healthcare demand. Imperial College COVID-19 Response Team. **Imperial College COVID-19 Response Team**, p. 1-20, mar. 2020.

FERREIRA, E.; AGNOLETTO, A. C.; SERAGLIO, M. K. T. O discurso bolsonarista sobre o viés ideológico na pandemia da COVID-19. **Revista Heterotópica**, v. 3, n. 1, p. 301-327, 2021.

FIHO, J. M. J. *et al.* A saúde do trabalhador e o enfrentamento da COVID-19. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 45, p. 1-3, 2020.

GARRIDO, R. G.; RODRIGUES, R. C. Restrição de contato social e saúde mental na pandemia: possíveis impactos das condicionantes sociais. **Journal of health & biological sciences**, v. 8, n. 1, p. 1-9, 2020.

GONÇALVES, G. S.; MOREIRA, J. P.; VERGARA, L. O. C. O Home Office e suas adequações forçadas pelo Covid. **Seminário de Tecnologia Gestão e Educação**, v. 3, n. 1, 2021.

GONDIM, K. M. **Sentimentos de mães de crianças com paralisia cerebral: estudo iluminado na teoria da incerteza na doença**. 2009. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2009.

GÓMEZ-PALENCIA, I. P.; CASTILLO-ÁVILA, I. Y.; ALVIS-ESTRADA, L.R. Incertidumbreen adultos diabéticos tipo 2 a partir de lateoría de Merle Mishel. **Aquichan**, v. 15, n. 2, p. 210-218, 2015.

GRISOTTI, M. Pandemia de Covid-19: agenda de pesquisas em contextos de incertezas e contribuições das ciências sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, p. e300202, 2020.

HELIOTERIO, M. C. *et al.* Covid-19: Por que a proteção de trabalhadores e trabalhadoras da saúde é prioritária no combate à pandemia? **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, 2020.

HENRIQUES, C; PESSANHA, M; VASCONCELOS, W. Crises dentro da crise: respostas, incertezas e desencontros no combate à pandemia da Covid-19 no Brasil. **Estudos Avançados**, v. 34, p. 25-44, 2020.

HOIRISCH, C. *et al.* **Respostas políticas, sanitárias, diplomáticas e econômicas do BRICS à COVID-19.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. E-book, n. 29, p.40, 2020.

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Desemprego.** Brasília, DF: IBGE, 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/explica/desemprego.php>. Acesso em: 18 set. 2021.

ICHIKAWA, C. R. F. **Sendo grato por estar vivo: a experiência de adolescentes que vivenciaram o câncer na infância.** Tese (Doutorado em Ciências) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.

LIMA, R. C. Distanciamento e isolamento sociais pela Covid-19 no Brasil: impactos na saúde mental. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. e300214, p. 1-10, 2020.

MENDES, D. C.; HASTENREITER FILHO, H. N.; TELLECHEA, Justina. A realidade do trabalho home office na atipicidade pandêmica. **Revista Valore.** Volta Redonda, v. 5, p. 160-191, 2020.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem.** 9 ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2011.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia do trabalho científico.** 8 ed. São Paulo: ATLAS, 2012.

MARIETTO, M. L.; SANCHES, C.; MEIRELES, M. Teoria do caos: uma contribuição para a formação de estratégias. **Revista Ibero Americana de Estratégia**, v. 10, n. 3, p. 66-93, 2011.

McEWEN, M.; WILLS, E. M. **Bases teóricas para enfermagem.** 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

MICHELIN, A. F.; FONSECA, M. R. C.C. Perfil epidemiológico das infecções hospitalares na unidade de terapia intensiva de um hospital terciário. **Nursing (São Paulo)**, v. 21, n. 236, p. 2037-2041, 2018.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 10 ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.

MISHEL, M.H. A medição na incerteza da doença. **Nurs Res**, v. 5, n. 30, p. 238, 1981. Disponível em: https://journals.lww.com/nursingresearchonline/Citation/1981/09000/The_Measurement_of_Uncertainty_in_Illness.2.aspx>. Acesso em: 25 mai. 2020.

MISHEL, M.H. Incerteza na doença. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 3, n. 20, 225-232, 1988. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1988.tb00082.x>. Acesso em: 25 mai. 2020.

OLIVEIRA, T.M.G. **Diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos à cirurgia para retirada de órgão à luz da teoria da incerteza na doença**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília. Brasília, 2018.

RHIRY-CHERQUES, R. H. Saturação em pesquisa qualitativa: estimativa empírica de dimensionamento. **Af-Revista PMKT**, v. 4, n. 8, 2009. Disponível em: http://www.revistapmkt.com.br/Portals/9/Edicoes/Revista_PMKT_003_02.pdf. Acesso em: 25 mai. 2020.

RODRIGUES, L. P. A controvérsia científica em torno da cloroquina e hidroxicloroquina no tratamento da Covid-19: a importância dos estudos sociais da ciência na sociedade complexa. **Simbiótica. Revista Eletrônica**, v. 7, n. 1, p. 147-171, 2020.

SANCHES, P. R. A Importância da Inserção de Notícias Positivas na Cobertura Jornalística à Pandemia da Covid-19. E-book: **Jornalismo em tempos da Pandemia do Novo Coronavírus**, p. 444. 2020.

SCHMIDT, B. *et al.* Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 37, n. e200063, p. 1-13, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2020000100501&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 25 mai. 2020.

SCORSOLINI-COMIN, F. *et al.* A religiosidade/espiritualidade como recurso no enfrentamento da COVID-19. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 10, 2020.

SOUZA, D. O. A pandemia de COVID-19 para além das Ciências da Saúde: reflexões sobre sua determinação social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 2469-2477, 2020.

SOUZA, C. T. V. *et al.* Cuidar em tempos da COVID-19: lições aprendidas entre a ciência e a sociedade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, 2020.

SOUZA, L. P.; SOUZA, A. G. Enfermagem brasileira na linha de frente contra o novo Coronavírus: quem cuidará de quem cuida? **Journal of Nursing and Health**, v. 10, n. 4, 2020.

TEIXEIRA, C. F. S. *et al.* A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 3465-3474, 2020.

TOMEY, A. M.; ALLIGOOD, M. R. **Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)**. 5. ed. Loures: Lusociência, 2002.

WANG, C. et al. A novel coronavirus outbreak of global health concern. **The lancet**, v. 395, february 15, 2020. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2930185-9>. Acesso em: 14 mai. 2020.

WHO - World Health Organization. **WHO Director-General's statement on IHR Emergency Committee on Novel Coronavirus (2019-nCoV)**. Disponível em: [https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihr-emergency-committee-on-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihr-emergency-committee-on-novel-coronavirus-(2019-ncov)). Acesso em: 14 mai. 2020.

Wills EM, Ewen MM. **Introdução às teorias de médio alcance**. In: Bases Teóricas de Enfermagem. 2016.

WHO - World Health Organization. **Non-pharmaceutical public health measures for mitigating the risk and impact of epidemic and pandemic influenza: annex: report of systematic literature reviews**. World Health Organization, 2019.

WHO - World Health Organization. **Painel do Coronavírus da OMS (COVID-19)**. Disponível em: <https://covid19.who.int/>. Acesso em: 25 ago 2021.

ZANCHETTA, Margareth S. A incerteza e o comportamento de busca de informação em saúde. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 4, n. 2, p. 31-38, 2005.

APÊNDICE A
ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Participantes: Profissionais de Enfermagem				
PARTE I – CARACTERIZAÇÃO				
Iniciais:	Sexo:	Idade:	Cor:	Codificação de Pesquisa:
Município que reside:		Categoria profissional:	Em exercício profissional: () Hospitalar () UBS () outro: _____	
Estado Civil:		Escolaridade:	Jornada de trabalho semanal:	
Trabalha (ou) na linha de frente do COVID-19? () Sim () Não		Realizou Capacitação no enfrentamento à Pandemia de COVID-19? () Sim () Não		
PARTE II – QUESTÕES NORTEADORAS				
<ul style="list-style-type: none"> ● Conte-me sua experiência de adoecimento pela COVID-19; ● Fale-me sobre o momento do diagnóstico? ● Quais as maiores dificuldades/incertezas vivenciadas/sentidas durante o processo de adoecimento? ● Quais estratégias você utilizou que o ajudou no enfrentamento da doença? ● Qual o seu conhecimento a respeito da COVID-19 até o seu adoecimento? ● Que importância você atribui ao seu conhecimento sobre o COVID-19 na vivência e ou aceitação da doença? 				
PARTE III –				
<ul style="list-style-type: none"> ● Agradecimento pela participação ressaltando sua importância para o estudo; ● Marcar data e horário para leitura da transcrição para validação; ● Encerrar a gravação; ● Sugestão/Indicação de um profissional de enfermagem que adoeceu pela COVID-19 (confirmado) para participação na pesquisa; ● Despedir-se. 				

APÊNDICE B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.)

(em 2 vias, firmado por cada participante-voluntário (a) da pesquisa e pelo responsável, onde 1 das vias assinada ficará com o entrevistado)

“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa.”(Resolução. nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde)

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa **“O ADOECIMENTO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM POR COVID-19: uma análise a partir da teoria da incerteza da doença”**, das pesquisadoras Cinthia Rafaela Amaro Gonçalves Andrade (mestranda do programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas -UFAL) e Prof^aDr^a. Laís de Miranda Crispim Costa (orientadora do estudo). A seguir, as informações do projeto de pesquisa com relação a sua participação neste projeto:

1. O estudo se destina a analisar as incertezas vivenciadas por profissionais de enfermagem que adoeceram pela COVID-19 no estado de Alagoas.
2. O estudo é importante pois trará à tona elementos para refletir e gerir o cuidado sobre as inseguranças vivenciadas pelos profissionais de enfermagem que adoeceram por COVID-19 no cenário do estudo.
3. O resultado que se deseja alcançar é uma análise a respeito das incertezas vivenciadas por profissionais de enfermagem que adoeceram pelo COVID-19.
4. A coleta de dados começará em setembro de 2020 e terminará em outubro de 2020.
5. O estudo será feito da seguinte maneira: a pesquisadora responsável fará uma entrevista com profissionais de enfermagem que adoeceram pela COVID-19 no estado de Alagoas por meio de um roteiro semiestruturado.
6. A sua participação será na etapa de coleta de dados, concedendo a pesquisadora uma entrevista com roteiro semiestruturado em três partes, a saber: perfil-caracterização, questões norteadoras e agradecimentos; esta será gravada em dispositivo digital de áudio, e posteriormente transcritas. O documento resultante será utilizado na pesquisa da dissertação de mestrado da pesquisadora.
7. Os incômodos e possíveis riscos à sua saúde física e/ou mental são: risco de reviver lembranças ruins e emoções relacionadas ao estresse do processo de trabalho e de adoecimento, causando desconforto emocional. Caso ocorra os riscos previstos, será disponibilizada uma assistência do pesquisador e do orientador da pesquisa. Se necessário, providenciado encaminhamento para atendimento com profissional psicólogo no NASF-AB da localidade, CEREST municipal ou no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes. O participante da pesquisa receberá a assistência integral e imediata, de forma gratuita, PELO TEMPO QUE FOR NECESSÁRIO caso ocorra danos decorrentes da sua participação pesquisa.
8. Os benefícios esperados com a sua participação no projeto de pesquisa, mesmo que não diretamente são: a identificação das incertezas vivenciadas pelos profissionais de enfermagem embasando a produção do conhecimento necessário para a construção de pesquisas de intervenção de atenção a saúde ao profissional de enfermagem adoecido por COVID-19.
10. Você será informado (a) do resultado final da pesquisa e sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.

11. A qualquer momento, você poderá se recusar a continuar participando do estudo e, também, poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo.
12. As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto para a equipe de pesquisa, e a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto após a sua autorização.
13. O estudo não prevê nenhuma despesa para você. Caso ocorra, terá o ressarcimento de todos os gastos enquanto participante desta pesquisa.
14. Você será indenizado (a) por qualquer dano que venha a sofrer com a sua participação na pesquisa (nexo causal).
15. Você receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por todos.

Eu, tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Endereço d(os,as) responsável(eis) pela pesquisa (OBRIGATÓRIO):

Nome: Cinthia Rafaela Amaro Gonçalves Andrade
Endereço: Av. Dr. Jorge Montenegro de Barros, Condomínio Jardim de La reina. Santa Amélia.
Complemento: Quadra A2, lote 10.
Cidade/CEP: Maceió-AL/ 57.063-060.
Telefone: (82) 99109-8839/98899-2837

Contato de urgência: Sr(a). Laís de Miranda Crispim Costa
Endereço: Rua Dr. Roland Simons, 575, Jatiúca,
Complemento: apto 301.
Cidade/CEP: Maceió/AL – 57.035-552
Telefone: (82) 99326-0522

ATENÇÃO: O Comitê de Ética da UFAL analisou este projeto de pesquisa. Para obter mais informações a respeito deste projeto de pesquisa, informar ocorrências irregulares ou danos durante sua participação no estudo, dirij-se ao:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas
Prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC), Térreo, Campus A. C. Simões, Cidade Universitária.
Telefone; (82) 3214-1041 – Horário de atendimento: das 8:00 às 12:00 hs.
E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

<p>Assinatura ou impressão datiloscópica do(a) voluntário(a) ou responsável legal</p>	<p>Assinatura da orientadora do estudo (Rubricar as demais páginas) LAÍS DE MIRANDA CRISPIM COSTA</p> <p>Assinatura do responsável pelo estudo (Rubricar as demais páginas) CINTHIA RAFAELA AMARO GONÇALVES ANDRADE</p>
---	---

Maceió, _____ de _____ de 2020/21.

APÊNDICE C

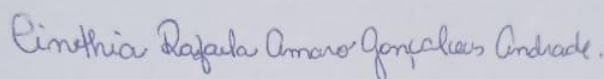
DECLARAÇÃO DE CUMPRIMENTO DAS NORMAS DA RESOLUÇÃO 466/12, DE PUBLICIZAÇÃO DOS RESULTADOS E SOBRE O USO E DESTINAÇÃO DO MATERIAL/DADOS COLETADOS

Nós, Laís de Miranda Crispim Costa (Orientadora) e Cinthia Rafaela Amaro Gonçalves Andrade (Orientanda), pesquisadoras do projeto intitulado: “**O ADOECIMENTO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM POR COVID-19: uma análise a partir da teoria da incerteza da doença**”, ao tempo em que nos comprometemos em seguir fielmente os dispositivos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS, asseguramos que os resultados da presente pesquisa serão tornados públicos sejam eles favoráveis ou não, bem como declaramos que os dados coletados para o desenvolvimento do projeto, por meio das entrevistas gravadas e sua respectiva transcrição, serão utilizados com o intuito de encontrar núcleos de sentido, por meio da leitura exaustiva dos documentos resultantes das entrevistas, dos quais serão extraídas as categorias de análise para a discussão do estudo, para que dessa forma, possa-se responder ao objetivo geral do estudo e, após conclusão da pesquisa, serão armazenados em local próprio e seguro durante 5 anos, visando o anonimato dos participantes e o não vazamento de informações, e serão destruídos após este período.

Maceió, 08 de setembro de 2020.



LAÍS DE MIRANDA CRISPIM COSTA (orientadora)



CINTHIA RAFAELA AMARO GONÇALVES ANDRADE (Orientanda)

ANEXO A - CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 4.297.899

Item 6 do Projeto de Pesquisa:

10) OMISSÃO DO ITEM RESSARCIMENTO AO PARTICIPANTE DA PESQUISA: Não foi incluído no Texto do TCLE a informação de que o participante de pesquisa tem direito a ressarcimento dos gastos decorrentes da pesquisa. Recomendo, portanto, que o pesquisador assegure no TCLE de forma clara e afirmativa o ressarcimento de todos os gastos que o participante terá ao participar da pesquisa - PENDÊNCIA ATENDIDA

Considerações Finais a critério do CEP:

Protocolo Aprovado

Prezado (a) Pesquisador (a), lembre-se que, segundo a Res. CNS 466/12 e sua complementar 510/2016:

O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber cópia do TCLE, na íntegra, assinado e rubricado pelo (a) pesquisador (a) e pelo (a) participante, a não ser em estudo com autorização de declínio;

V.S.^a deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade por este CEP, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata;

O CEP deve ser imediatamente informado de todos os fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É responsabilidade do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas a evento adverso ocorrido e enviar notificação a este CEP e, em casos pertinentes, à ANVISA;

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial;

Seus relatórios parciais e final devem ser apresentados a este CEP, inicialmente após o prazo determinado no seu cronograma e ao término do estudo. A falta de envio de, pelo menos, o relatório final da pesquisa implicará em não recebimento de um próximo protocolo de pesquisa de vossa autoria.

O cronograma previsto para a pesquisa será executado caso o projeto seja APROVADO pelo Sistema CEP/CONEP, conforme Carta Circular nº. 061/2012/CONEP/CNS/GB/MS (Brasília-DF, 04