

**PANDEMIA DE COVID-19:
MUDANÇAS E DESAFIOS NA GESTÃO DA ATENÇÃO HOSPITALAR**

**SÃO LUÍS, MA
MAIO – 2023**

JHENNYFER BARBOSA DE OLIVEIRA MANTESSO

**PANDEMIA DE COVID-19:
MUDANÇAS E DESAFIOS NA GESTÃO DA ATENÇÃO HOSPITALAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Maranhão como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Profa. Dra. Zeni Carvalho Lamy

Coorientador: Profa. Dra. Ruth Helena de Souza Britto Ferreira de Carvalho

SÃO LUÍS, MA

MAIO – 2023

M292p

Mantesso, Jhennyfer Barbosa de Oliveira

Pandemia de covid-19: mudanças e desafios na gestão da atenção hospitalar/ Jhennyfer Barbosa de Oliveira Mantesso. – São Luís, 2023.
101 f. il.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2023.

Orientador: Zeni Carvalho Lamy

Coorientador: Ruth Helena de Souza Britto Ferreira de Carvalho

1. Covid-19. 2. Gestão de Pessoal em Saúde. 3. Pessoal de Saúde. 4. Assistência Hospitalar. I. Título. II. Lamy, Zeni Carvalho.

CDU 614.2

**PANDEMIA DE COVID-19:
MUDANÇAS E DESAFIOS NA GESTÃO DA ATENÇÃO HOSPITALAR**

Jhenyfer Barbosa de Oliveira Mantesso

Dissertação aprovada em _____ de _____ de _____ pela banca
examinadora constituída dos seguintes membros:

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Zeni Carvalho Lamy
Orientadora
Universidade Federal do Maranhão

Profa. Dra. Ruth Helena de Souza Britto Ferreira de Carvalho
Coorientadora
Universidade Federal do Maranhão

Profa. Dra. Adriana Sousa Rêgo
Examinadora Externa
Universidade CEUMA

Profa. Dra. Leidy Janeth Erazo Chavez
Examinadora Externa
Universidade Federal do Maranhão

Dedico esse trabalho primeiramente a Deus e, na sequência, a todas as pessoas que acreditaram em mim e não me deixaram desistir.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Dra. Zeni Carvalho Lamy, pelo grande apoio e confiança. Por ter renunciado a momentos com a família para se dedicar a mim e ao desenvolvimento desse trabalho.

À minha coorientadora Dra. Ruth Helena de Souza Britto Ferreira de Carvalho, por me direcionar em momentos que achei não ser mais capaz e por ajudar na construção desse trabalho.

À Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PGSC) pela contribuição em mais um passo da minha formação acadêmica.

Aos integrantes do Núcleo de Pesquisa sobre Saúde e Subjetividade – NESS, que contribuíram direta ou indiretamente para a realização desse trabalho e que me socorreram em muitos momentos de urgência em algumas demandas.

À pós doutorandas, Poliana Soares de Oliveira que me ajudou diretamente na análise das entrevistas, na estruturação, leituras e releituras do trabalho. Pela disponibilidade dos encontros quase que semanais para discutirmos os avanços na escrita e construção do artigo.

Aos profissionais do Hospital Universitário, desde os cargos diretivos, aos entrevistados e a todos os profissionais que nos ajudaram para que conseguíssemos realizar a coleta de dados.

Aos meus pais, Juraci Roldão da Silva e em especial à minha mãe, Maria de Fátima Pereira Barbosa que é exemplo de mulher forte e batalhadora, que não desiste dos seus objetivos e é meu exemplo em vida.

Aos meus colegas da turma de 2021-2023, especialmente, Glenda Silva, Victor Nogueira e Rômulo Rezzo que seguraram minha mão em muitos momentos e compartilharam comigo dos momentos de tristeza e alegrias durante essa caminhada acadêmica.

Às minhas amigas Yara Naya Lopes de Andrade que é uma profissional ímpar e me incentivou a realizar a prova de seleção do mestrado e Arissane Falcão que sempre teve uma palavra de afeto para me dar e me direcionou em muitos momentos durante essa caminhada acadêmica.

Aos verdadeiros amigos, que não citarei nomes para não ser injusta, meu mais sincero agradecimento por se fazerem sempre presentes, com apoio, incentivo e alegria. E a quem me disse não duvidar que eu conseguiria, mesmo quando pensei não ser mais capaz, meu agradecimento especial.

Ao Lucas Jordão que foi um grande companheiro de vida. Ele me incentivou e sonhou esse sonho comigo, entendeu minhas oscilações de humor e ausências e que fez o que estava ao seu alcance para me ajudar em todos os momentos.

Por fim, agradeço a todos que contribuíram direta ou indiretamente com o desenvolvimento desse trabalho, muito obrigada!

“Dou valor às coisas, não por aquilo que valem, mas por aquilo que significam.”

Gabriel García Márquez

MANTESSO, Jhennyfer Barbosa de Oliveira, **Pandemia de covid-19: mudanças e desafios na gestão da atenção hospitalar**. 101 f. 2022. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2022.

RESUMO

INTRODUÇÃO: No início de 2020 a covid-19 foi classificada como emergência de saúde pública de importância internacional tornando-se a mais recente crise de saúde global. Em março do mesmo ano foi classificada como pandemia, provocando modificações nos serviços e processos de trabalho em saúde. **OBJETIVO:** Analisar os desafios na gestão da atenção hospitalar durante a pandemia de covid-19. **MÉTODO:** Pesquisa com abordagem qualitativa, exploratória, do tipo estudo de caso. Foi desenvolvida em um hospital universitário de uma capital do nordeste brasileiro, no período de março a setembro de 2022. Os participantes foram 22 profissionais lotados na gestão, assistência ou em serviço de apoio nas primeira e segunda ondas da covid-19. Foram realizadas entrevistas presenciais ou online, gravadas e posteriormente transcritas, do tipo semiestruturadas individuais com aplicação de questionário estruturado e roteiro de entrevista. Foi utilizada análise de conteúdo na modalidade temática. **RESULTADOS:** São apresentados a partir de duas categorias: Mudanças, desafios e decisões: novas urgências e Conflitos, negociações e cooperação. O cenário pandêmico exigiu a tomada de decisões rápidas, muitas vezes, cercadas de incertezas e insegurança. Foram identificadas mudanças estruturais e organizacionais, relacionadas a reformas físicas, recursos humanos e relacionadas ao processo de trabalho. Assim, setores tiveram que ser fechados e os profissionais remanejados para realizar assistência aos pacientes com covid-19, na maioria dos casos, com grande resistência inicial, exigindo da gestão uma postura firme, mas também de negociação. Houve também barreira na criação de protocolos que fossem de fato eficazes, dado em parte ao negacionismo existente no governo federal que impactava a acreditação desses profissionais para incluir as recomendações ministeriais em seus planos e pela inexistência de tratamento efetivo. Diante do aumento da demanda de atendimentos, da saída de alguns profissionais e das licenças por contaminação das equipes, alguns gestores assumiram funções, também, na assistência. Destacam-se relatos de fortalecimento das relações de cooperação entre profissionais nesse cenário de incertezas, facilitando ações e estratégias interdisciplinares e produzindo uma tendência à horizontalização das relações de trabalho. **CONCLUSÃO:** Os diversos desafios que surgiram para a gestão durante a pandemia necessitaram de respostas e ações rápidas dos gestores para a organização dos serviços e a falta de claras diretrizes de

políticas nacionais causaram ansiedade. O cotidiano do trabalho, com erros e acertos, possibilitou a construção e pactuação de estratégias para o enfrentamento da pandemia, buscando minimizar conflitos, promover a integração e garantir a segurança de trabalhadores, pacientes e familiares.

Palavras-chave: covid-19; gestão de pessoal em saúde; pessoal de saúde; assistência hospitalar.

ABSTRACT

INTRODUCTION: In early 2020 covid-19 was classified as a public health emergency of international importance becoming the latest global health crisis. In March of the same year, it was classified as a pandemic, causing changes in health services and work processes.

OBJECTIVE: To analyze the challenges in hospital care management during the covid-19 pandemic.

METHOD: This study with a qualitative, exploratory approach of the case study type. It was developed in a university hospital in a capital of northeastern Brazil, from March to September 2022. The participants were 22 professionals assigned to management, care or support service in the first and second waves of covid-19. Face-to-face or online interviews were conducted, recorded, and later transcribed, of the individual semi-structured type with the application of a structured questionnaire and interview script. Content analysis was used in the thematic modality.

RESULTS: They are presented from two categories: Changes, challenges, and decisions: new emergencies and Conflicts, negotiations and cooperation. The pandemic scenario has required rapid decision-making, often surrounded by uncertainty and insecurity. Structural and organizational changes were identified, related to physical reforms, human resources and related to the work process. Thus, sectors had to be closed and professionals relocated to provide care to patients with covid-19, in most cases, with great initial resistance, requiring the management a posture of imposition, on the one hand, and of negotiation. There was also a barrier in the creation of protocols that were in fact effective, given in part to the denial existing in the federal government that impacted the accreditation of these professionals to include ministerial recommendations in their plans and the lack of effective treatment. Faced with the increase in the demand for care, the departure of some professionals and the licenses due to contamination of the teams, some managers also assumed functions in care. The reports of strengthening cooperation relations between professionals in this scenario of uncertainties were highlighted, facilitating interdisciplinary actions and strategies, and producing a tendency to horizontalization of labor relations.

CONCLUSION: The various challenges that arose for management during the pandemic required rapid responses and actions by managers for the organization of services, and the lack of clear national policy guidelines caused anxiety. The daily work, with mistakes and successes, enabled the construction and agreement of strategies to cope with the pandemic, seeking to minimize conflicts, promote integration and ensure the safety of workers, patients and families.

Keywords: Covid-19; personnel management; health personnel; hospital care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
Cievs	Centro de Informações Estratégicas e Respostas em Vigilância em Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
PHEIC	Emergência de Saúde Pública de Âmbito Internacional
ESPIN	Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional
EMSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EPIs	equipamentos de proteção individual
HUUFMA	Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PT	Processo de Trabalho
PTS	Processo de Trabalho em Saúde
PSE	Processo Seletivo Emergencial
Rede Cievs	Rede Nacional de Alerta e Resposta às Emergências em Saúde Pública
RSI	Regulamento Sanitário Internacional
SG	Síndrome Gripal
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UPA	Unidades de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	JUSTIFICATIVA	17
3	OBJETIVOS	19
3.1	Objetivo Geral	19
3.2	Objetivos Específicos	19
4	REFERENCIAL TEÓRICO	20
4.1	Breve Histórico das Recentes Emergências Sanitárias no Mundo	20
4.2	A Pandemia da Covid-19	21
4.2.1	Crise Sanitária e Crise Humanitária	21
4.2.2	Covid-19 no Brasil	22
4.3	Processo, Condições e Gestão de Trabalho dos Profissionais de Saúde	23
4.4	Gestão Hospitalar na Pandemia de Covid-19	25
4.4.1	Experiências Vivenciadas pelos Profissionais de Saúde em Situação de Crise	26
5	MÉTODOS	28
5.1	Delineamento do Estudo	28
5.2	Local e Período do Estudo	28
5.3	Participantes do Estudo	29
5.4	Técnicas e Instrumentos de Coleta de Dados	31
5.5	Etapas da Coleta de Dados	31
5.6	Análise de Dados	32
5.7	Aspectos Éticos	32
6	RESULTADOS	34
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
	REFERÊNCIAS	69
	APÊNDICE A – Questionário e roteiro de entrevista (gestores)	75
	APÊNDICE B - Questionário e roteiro de entrevista (profissionais da assistência)	79
	APÊNDICE C - Questionário e roteiro de entrevista (serviço de apoio).....	85
	APÊNDICE D – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	90
	APÊNDICE E – Quadro de caracterização sociodemográfica e profissional	92
	ANEXO A – Parecer do comitê de ética em pesquisa	95
	ANEXO B – Normas da Revista Ciência e Saúde Coletiva.....	96

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, os órgãos de saúde pública mundiais sofreram sucessivos desafios pela ocorrência de novas doenças como o Ebola, a Síndrome Respiratória Aguda Grave, o H1N1, Zika e Chikungunya. Estas epidemias, ou o risco de ocorrência de pandemias, estão relacionadas à intensificação do fluxo de pessoas e mercadorias entre os países, tornando progressiva a necessidade de atenção à saúde pública mundial (CARMO, 2007).

Nessa perspectiva, no ano de 2005, foi lançado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) o novo Regulamento Sanitário Internacional (RSI) trazendo a especificação do que seria uma Emergência de Saúde Pública de Âmbito Internacional (*Public Health Emergency of International Concern - PHEIC*), classificando a situação como: “[...] evento extraordinário que constitui um risco para a saúde pública no local e em outros estados, devido à propagação internacional de doença e potencialmente exigindo uma resposta internacional coordenada” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005a).

No início de 2020, a OMS, após confirmação da presença e disseminação de um novo coronavírus, nomeado SARS-CoV-2, classificou o surto da doença por ele causada, a covid-19, como emergência de saúde pública de importância internacional, tornando-a a mais recente crise da saúde global. Em 02 de fevereiro de 2020, o Ministério da Saúde (MS) decretou situação de Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Em março do mesmo ano, dada sua presença em todos os continentes do globo, tal emergência ganhou o caráter de pandemia. Com o surgimento e registro de casos em todo o território nacional, em 20 de março, o MS reconheceu a ocorrência de transmissão comunitária do vírus no país (MASSUDA *et al.*, 2020).

Desde então, teve início um esforço mundial para o enfrentamento dos desafios da luta contra a proliferação do novo coronavírus. A elevada taxa de infectividade vista no Brasil acompanhou a perspectiva global de crescimento desde os meses iniciais da pandemia, destacando-se o número de 34.849.063 casos confirmados, e número de mortos de 688.332 até novembro de 2022. No Maranhão, no mesmo período, foram registrados 474.755 casos confirmados e 10.997 óbitos causados pela doença (BRASIL, 2022).

Tanto no Maranhão quanto nos demais estados brasileiros, o efeito social e, sobretudo, na saúde provocado pela covid-19 esteve inicialmente relacionado à dificuldade na adoção de estratégias eficazes de controle do vírus, a exemplo do desenvolvimento de uma vacina, que combinada à resistência ao isolamento social ampliou a gravidade da situação (RAFAEL *et al.*, 2020). Na esfera da saúde, os serviços de assistência vivenciaram uma brusca

e inesperada mudança nas rotinas e relações de trabalho dos profissionais e alertaram as autoridades sanitárias para o aumento progressivo do contágio e da superlotação nos serviços de saúde públicos e privados (BRASIL, 2020).

Os hospitais já são, em sua essência, organizações naturalmente complexas, voltadas a tratar e prevenir agravos à saúde, que necessitam de uma gestão orientada ao aprimoramento de sua contínua eficiência. Dentre as questões que contribuem com o aumento da dificuldade na gestão hospitalar, se destaca o aumento do número de pacientes. Esse aumento, que em um cenário de regularidade já seria desafiador e poderia implicar em um quadro de escassez de recursos, quando se dá de forma não planejada em casos de uma emergência de saúde, é extremamente desafiador (SCHNEIDER, 2014; FARIAS; ARAÚJO, 2017).

Posto isto, a pandemia de Covid-19 representou um grande desafio para a gestão hospitalar em todo o mundo, pois, os gestores tiveram que tomar decisões rápidas e por vezes difíceis para garantir a continuidade da assistência hospitalar e a segurança dos profissionais de saúde. A gestão de pessoal em saúde se tornou um elemento central nesse contexto, uma vez que a escassez de recursos humanos e o aumento da demanda de atendimentos exigiram uma gestão eficiente e estratégica dos recursos disponíveis (ARAÚJO *et al.*, 2021).

Nesse cenário, o remanejamento de equipes, a reorganização dos serviços e a implementação de novos protocolos foram algumas das mudanças estruturais e organizacionais necessárias para lidar com a pandemia. Além disso, a gestão eficiente e estratégica dos recursos disponíveis foi fundamental para garantir a segurança dos profissionais de saúde e a continuidade da assistência aos pacientes durante a pandemia de Covid-19 (RODRIGUES *et al.*, 2020).

Em situações de normalidade, dentro de um cenário epidemiológico sem epidemia, já se observam recorrentes conflitos envolvendo áreas técnico-assistenciais e gerenciais. E quando diante da necessidade de decisões críticas como resposta à pandemia, por SARS-CoV-2, associada à situação de máximo alarme social e às condições difíceis de trabalho, surge um espaço com grande sobrecarga emocional, reações de estresse agudo e outras problemáticas para serem administradas (FARIAS; ARAÚJO, 2017; SOUZA, 2020; CAMELO JÚNIOR, 2020). Essa situação, agravada pelas condições das equipes de saúde em um ambiente de máxima tensão, restrições físicas e emocionais, causou um grande impacto na rotina do ambiente hospitalar (CAMELO JÚNIOR, 2020).

Nessa conjuntura, além do aumento da complexidade na gestão, os profissionais de saúde também precisaram adaptar seu processo de trabalho para garantir uma assistência

integral à população. As modificações ocorridas no processo de trabalho para o combate à nova doença apresentam um novo cenário, os profissionais de saúde se depararam com uma nova realidade de trabalho, condição que por vezes foi acompanhada de um conhecimento ainda incipiente sobre o vírus, grande risco de contaminação e demanda crescente de seus atendimentos. As crises de saúde transformaram não apenas a rotina desses trabalhadores, mas, também, suas vidas pessoais (BORGES; SOUZA, 2020; URGILÉS; GONZÁLEZ, 2020; TEIXEIRA *et al.*, 2020).

Nesse sentido, torna-se relevante trazer à tona as nuances sobre os ajustes e reajustes realizados pela gestão hospitalar para o gerenciamento dos serviços e processos de trabalho durante o período de pandemia da covid-19, oportunizando assim a análise e reflexão sobre o trabalho e relações interprofissionais, sob sua própria visão e sob a perspectiva de profissionais por eles gerenciados.

2 JUSTIFICATIVA

A nova doença, assim como na epidemia do vírus Influenza A (H1N1) em 2009 e na Síndrome Congênita pelo vírus Zika em 2015, provocou um cenário desafiador vivenciado pela sociedade em decorrência das lacunas de conhecimento em relação ao novo coronavírus. Como traz Machado *et al.* (2021): “Em tempos de pandemia, por exemplo, a ciência e os achados científicos no campo da saúde passam a ter enorme relevância na tomada de decisão das autoridades sanitárias do país”.

Durante todo o ano de 2020, matérias jornalísticas divulgadas na mídia apresentaram as mazelas do sistema de saúde, principalmente do Sistema Único de Saúde como: falta de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), superlotação dos hospitais e das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), redução de equipes multiprofissionais de saúde devido a licenças médicas por adoecimento ou até mesmo por fazerem parte do grupo de risco (idade, doenças pré-existentes, por exemplo) e em situação extrema, por óbito dos profissionais. Essas situações trouxeram grandes desafios para a gestão (MACHADO *et al.*, 2020).

A emergência imposta pela pandemia determinou o surgimento de novas diretrizes que levaram a mudanças e adaptações das atividades e dinâmicas hospitalares (FISCHER *et al.*, 2020). No mesmo contexto, os profissionais de saúde foram submetidos a uma situação sem precedentes, considerando que, por vezes, tiveram que exercer suas funções guiados por protocolos inacabados, condições de segurança pessoal insuficientes e tomada de decisões difíceis (CAMELO JÚNIOR, 2020).

O desconhecimento que marcou o início da pandemia foi caracterizado por lacunas em relação às estratégias adotadas pelos gestores para lidar com esses desafios, bem como o impacto dessas estratégias na assistência hospitalar. Essa lacuna foi particularmente importante em um contexto brasileiro, pois a falta de diretrizes políticas claras do governo federal e a falta de recursos e infraestrutura adequados tornaram ainda mais desafiadora a gestão da atenção hospitalar durante a pandemia.

Portanto, por ser uma doença nova e apresentar repercussões sociais e organizacionais, torna-se relevante trazer à tona as nuances sobre o reordenamento da atenção hospitalar, realizados para o gerenciamento dos serviços e até mesmo sua inserção no processo assistencial, bem como, os processos de trabalho, vivenciados pela equipe multiprofissional e de serviços de apoio durante o período de pandemia da covid-19.

Essa pesquisa pretende contribuir para uma melhor compreensão dos desafios enfrentados durante a pandemia de Covid-19 pela gestão de pessoal em saúde e fornecer

subsídios para a melhoria da gestão da atenção hospitalar em crises futuras. A partir de uma análise sobre o processo de trabalho e relações interprofissionais este trabalho visa a auxiliar na elaboração de estratégias, tornando a atuação profissional e das redes de saúde mais efetiva e mais protetiva em relação à saúde dos trabalhadores em saúde.

A escolha de um Hospital Universitário de uma capital do Nordeste deu-se pela diversidade de profissionais atuando na operacionalização da atenção ao cuidado com pacientes infectados com o vírus da Covid-19.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar os desafios da gestão na atenção hospitalar durante a pandemia de covid-19.

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar características sociodemográficas e de formação dos profissionais entrevistados;
- Conhecer a reorganização dos processos de trabalho provocada pela pandemia de covid-19;
- Compreender as mudanças nas relações entre gestores e profissionais e nas equipes de trabalho;
- Compreender os significados atribuídos pelos profissionais ao trabalho na pandemia.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Breve Histórico das Recentes Emergências Sanitárias no Mundo

Desde o início do século XXI, verificou-se um aumento na ocorrência das Emergências de Saúde Pública. No ano de 2020, com o surgimento do novo coronavírus, foi declarada pela sexta vez na história o *status* de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020b). Antes do surgimento do Sars-Cov-2 (coronavírus causador da covid-19), os sistemas de saúde ao longo do mundo tiveram que se adaptar e se reorganizar a crises como: a pandemia de H1N1 em 2009, a disseminação internacional de Poliovírus e o surto de Ebola no continente africano em 2014, que voltou a ser motivo de alerta mundial alguns anos depois, seguido pela epidemia do Zika vírus em 2015.

Santos (2020) destaca que as emergências e crises, quando vistas em seu sentido etimológico, têm relação com algo excepcional e passageiro, que estabelece a oportunidade para ser superada e dar origem a outro estado de coisas. Discorre também que as emergências de saúde pública graves e agudas, em que a letalidade ocorre de maneira acelerada e significativa, têm o poder de mobilizar os poderes políticos e organizacionais de maneira a buscar medidas para solucionar as consequências geradas por essas crises.

A mais recente emergência de saúde pública de importância internacional, a pandemia da covid-19, tornou ainda mais explícita o desconhecimento de muitos setores sobre os papéis das autoridades internacionais e nacionais. Desvelou a fragilidade dos sistemas de saúde ao redor do mundo, das condições de trabalho dos profissionais, das organizações, assim como os limites do Estado neoliberal, da mesma maneira que já havia sido percebido em proporções menores, durante a pandemia do vírus de H1N1, em outros marcos históricos que necessitaram diferentes ações dos estados e países (SANTOS, 2020; ANVISA, 2009).

Apoiando-se na necessidade de programas e ações com respostas imediatas às emergências, no Brasil, desde março de 2006, encontra-se em funcionamento os Centros de Informações Estratégicas e Respostas em Vigilância em Saúde (CIEVS). Eles têm a função de detectar emergências de saúde pública, propiciar o gerenciamento dessas emergências e coordenar resposta apropriada pelo MS, junto com às secretarias estaduais e municipais de saúde, ampliando a capacidade de detecção e resposta às emergências de saúde pública, podendo ser uma importante ferramenta para o enfrentamento de pandemias. Esses Centros compõem a Rede Nacional de Alerta e Resposta às Emergências em Saúde Pública, com 54 centros ativos em todo o Brasil (CARMO, 2008; BRASIL, 2022).

4.2 A Pandemia da Covid-19

4.2.1 Crise Sanitária e Crise Humanitária

Em dezembro de 2019, a OMS foi informada sobre um surto de uma doença respiratória ainda desconhecida pela comunidade médica e científica, doença que trazia vários casos de pneumonia na cidade de Wuhan, na China. Tratava-se de um novo tipo de Coronavírus, nunca identificado em seres humanos anteriormente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021b).

No início de janeiro de 2020, as autoridades chinesas confirmaram a presença do novo coronavírus, sendo ele nomeado pela comunidade científica por SARS-CoV-2. Ainda em janeiro, a OMS anunciou que o surto da doença representava uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional e em dois meses o país se viu diante de inúmeros casos confirmados de covid-19. No mês de março de 2020, com o novo coronavírus presente em 114 países com um total de 118 mil casos confirmados e 4.291 mortes, a situação do surto por covid-19 foi classificada como Pandemia, estando todos os países do mundo em alerta para o aumento dos casos nos meses subsequentes (ALVARENGA *et al.*, 2021; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020a).

A pandemia do coronavírus modificou toda a rotina da vida social a nível global, incluindo a economia, a saúde, a educação, as formas de trabalho e de convivência. À crise econômica somou-se a uma crise humanitária que até abril de 2023 foi responsável pela morte de 6.921.614 seres humanos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2023).

Com relação aos direitos sociais e humanitários, a Constituição Brasileira de 1988 instituiu o Estado Democrático de Direito e primou pela busca da efetivação dos direitos fundamentais, notadamente, os direitos humanos no âmbito internacional (JAYME, 2005, p. 11). Todavia, a garantia prevista no texto constitucional brasileiro só se mostra eficaz quando aliado a políticas públicas efetivas, especialmente relacionado à garantia do direito social à saúde.

Nesse sentido, o direito social à saúde não pode ser apenas formalmente garantido pelos textos constitucionais como “direito de todos e dever do Estado”, porém deve ser assegurado frente a outros direitos sociais, sobretudo no contexto da pandemia da covid-19 (BARROSO, 2020).

4.2.2 Covid-19 no Brasil

Em 06 de fevereiro de 2020 foi sancionada no Brasil a lei no 13.979, que dispõe sobre medidas para enfrentamento da covid-19, de modo a postergar o pico de casos na curva epidêmica e não sobrecarregar a capacidade dos sistemas de saúde público e privado. As Unidades Federativas passaram a exercer tais medidas a partir da segunda semana de março de 2020 (BRASIL, 2020c). Considerando que a forma de disseminação do vírus ocorria por meio de gotículas de saliva, o distanciamento social foi visto como estratégia fundamental para a redução da transmissão entre humanos (ARAUJO *et al.*, 2020).

No Brasil, o primeiro caso de covid-19 foi confirmado em 26 de fevereiro de 2020, no estado de São Paulo e sem caracterização de transmissão comunitária (CRODA; GARCIA, 2020). No entanto, no dia 20 de março, através da Portaria nº 454/2020, estava declarado em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do coronavírus, no qual o isolamento e distanciamento da população foram as principais medidas tomadas para retardar a expansão da covid-19. Naquele contexto, esperava-se que tais orientações permitiriam uma adequação e resposta à ascensão acelerada do número de casos e à demanda por leitos de internação, a fim de evitar o colapso do sistema de saúde brasileiro naquele momento (BRASIL, 2020a; DAUMAS *et al.*, 2020).

Apesar das medidas iniciais de isolamento e distanciamento, a disseminação do vírus ocorreu para todos os estados e Distrito Federal. O Boletim Epidemiológico Extraordinário do Observatório covid-19, da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), de março de 2021, trouxe indicadores que mostraram que, das 27 unidades federativas, 24 estados e o Distrito Federal tinham taxas de ocupação de leitos de unidade de terapia intensiva (UTI) covid-19 para adultos no Sistema Único de Saúde (SUS) iguais ou superiores a 80%; em 15 estados as taxas eram iguais ou superiores a 90%. Em relação às capitais, 25 das 27 estavam com taxas iguais ou superiores a 80%, sendo 19 delas superiores a 90%, comprovando a situação crítica, considerada pelos pesquisadores da instituição como o maior colapso sanitário e hospitalar da história brasileira.

Em uma pandemia como no caso da covid-19, que afeta as populações de diferentes modos, quando os países e seus governantes não estão preparados para controlar a disseminação de um vírus, seus efeitos podem resultar em uma grave interrupção do funcionamento de setores da sociedade e exceder a capacidade de resposta utilizando os recursos existentes em seu território, como ocorreu no Brasil (FIOCRUZ, 2021). Estados, a exemplo de Manaus, tornaram-se incapazes de atender às necessidades de todos os pacientes graves, levando os trabalhadores

da saúde a situações de exaustão. Tal situação de “catástrofe” ocorrida nos serviços de saúde gerou a necessidade de transferências de pacientes para outros estados.

A alta velocidade de transmissão e capacidade de ocasionar mortes em populações suscetíveis, além de insuficiente entendimento científico sobre o novo coronavírus, suscitaram incertezas em relação a quais seriam as estratégias mais adequadas para o enfrentamento da pandemia (BARRETO *et al.*, 2020).

Visto que o Brasil é um país de dimensões continentais, com profundas desigualdades sociais, condições precárias de vida, e com elevada carga de doenças, as estratégias para a redução da disseminação do vírus teriam consequências diferentes em suas regiões. Para tanto, as ações de enfrentamento deveriam ser realizadas conforme as características de cada território e integradas com a situação global do país (BARRETO *et al.*, 2020; COSTA; COTA; FERREIRA, 2020; LIMA; PEREIRA; MACHADO, 2020; WERNECK; CARVALHO, 2020).

A crise inaugurada pela pandemia da covid-19 somente acentuou as deficiências dos sistemas e desvelou em todo o mundo as fragilidades e a necessidade de reorganização e reestruturação física do processo de trabalho e do modo organizacional dos sistemas de saúde, a fim de suprir as carências populacionais. No Brasil, esse fato fica evidenciado através do aumento da demanda de profissionais da saúde em momento de crise, na urgência na criação de hospitais de campanha e expansão de leitos de enfermaria e de UTI e transferências interestaduais de pacientes (SANTOS, 2020; BARRETO *et al.*, 2020; MATHEWS *et al.*, 2021).

A crise sanitária imposta pela pandemia do novo Coronavírus, diante de tantas necessidades reorganizacionais, vem de forma a fortalecer o que Machado (2020) afirma em sua análise sobre os profissionais da saúde em tempos de pandemia: “Profissional de Saúde é um Bem Público: um Patrimônio de 3.500.000 de pessoas qualificadas e a serviço desse bem universal chamado Saúde”.

4.3 Processo, Condições e Gestão de Trabalho dos Profissionais de Saúde

Deslandes (2002) traz em seu estudo uma análise quanto ao processo de trabalho em saúde e afirma que o trabalho realizado pelos serviços públicos de saúde e, de maneira mais específica, pelos hospitais, produz um serviço que é imediatamente consumido, diferenciando-se das outras formas de produção material e industrial. Silva e Gonçalves (1994) enfatizam a importância do paciente como objeto de trabalho e o conhecimento técnico como meio de

trabalho para se alcançar o produto, dando destaque para o trabalho em conjunto das diversas categorias profissionais, por compreender melhor a complexidade do trabalho em saúde.

No que tange ao Processo de Trabalho (PT), Deslandes (2002) traz que esse processo se caracteriza pela aplicação dos conceitos clássicos da análise do materialismo histórico ao trabalho. A especificidade do Processo de Trabalho em Saúde (PTS) diferencia-se das outras formas de produção material e industrial, na medida que produz serviços com a peculiaridade de ser consumido quando é produzido, como os realizados em serviços de saúde.

As necessidades da saúde são complexas pois perpassam inúmeras dimensões da vida, desde situações de ordem social e subjetiva às fisiológicas. No trabalho em saúde, o trabalhador se relaciona diretamente com o usuário, não há máquinas que produzam o cuidado, sendo assim, o profissional é guiado pelo conhecimento, intencionalidade e subjetividade (FONTANA; LACERDA; MACHADO, 2016).

De acordo com Merhy *et al.* (2003), o trabalho em saúde é considerado um trabalho vivo pela sua produção e consumo simultâneos, que utiliza instrumentos e conhecimentos técnicos, construídos a partir da gestão de processos políticos, organizacionais e sociais, para a produção do cuidado. E em tempos de crise, ganha ainda mais complexidade, pois todo o processo de trabalho depende de uma adaptação dos meios e serviços já existentes, para propiciar melhores condições para a atividade produtiva (FARIA *et al.*, 2009).

O processo de trabalho em saúde adapta-se de acordo com a necessidade da realidade, o serviço é organizado para atender as demandas de pacientes. Quando exposto a situação singular, como em crises e epidemias, o trabalho em saúde tende a criar planos emergenciais para conter a crise e suprir a necessidade da população (OMOTTO; SANTINI; ESTEVES, 2008; FARIA *et al.*, 2009).

Normalmente, esses planos são idealizados por gestores de instituições de saúde e pode contar com a participação de outros sujeitos para sua formulação. Sua aplicabilidade possui uma fase de treinamento dos profissionais e uma fase de adaptação à realidade do setor, em que profissionais de saúde, através de um diagnóstico situacional, avaliam as melhores estratégias para o local (GOMES *et al.*, 2015).

Situações de crise epidemiológica também trazem consigo a necessidade de reorganização da estrutura física das instituições (muito relacionada a decisões de gestores), e alterações das práticas em saúde desenvolvidas pelas equipes de forma tanto multiprofissional quanto interdisciplinar corroborando a importância de compreender o processo de trabalho de maneira mais ampla e menos pautada na supremacia do trabalho médico no que se refere à organização (SILVA, 2021; DESLANDES, 2002).

Omotto (2008) afirma que o processo de trabalho em saúde é modificado a cada epidemia, pois é preciso que os trabalhadores incorporem as necessidades da população à sua assistência. As principais dificuldades elencadas por profissionais de saúde em momentos de epidemia podem ser: material insuficiente, jornada de trabalho, mais capacitação na área, divisão das atividades e falta de incentivos.

4.4 Gestão Hospitalar na Pandemia de Covid-19

A gestão hospitalar é um elemento chave na resposta à pandemia de covid-19. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a gestão hospitalar tem um papel fundamental em garantir que os hospitais estejam prontos para lidar com a demanda crescente por cuidados de saúde, bem como em proteger a saúde e a segurança dos trabalhadores da saúde. Além disso, é importante que os gestores hospitalares colaborem estreitamente com outras instituições de saúde e autoridades governamentais para coordenar esforços e implementar medidas preventivas eficazes (OMS, 2020).

De acordo com Vindrola-Padros *et al.* (2020), um dos desafios mais significativos que os gestores hospitalares enfrentaram durante a pandemia, foi garantir que recursos e equipamentos suficientes para atender aos pacientes infectados. Uma crise de saúde, como o caso da covid-19, exige dos gestores a capacidade de tomar decisões rápidas e precisas para garantir que a capacidade de cuidados intensivos seja suficiente, e que equipamentos como ventiladores e monitores estejam disponíveis em quantidade satisfatória.

Outro aspecto importante da gestão hospitalar durante a pandemia foi garantir a segurança dos trabalhadores da saúde. Conforme observado por Abolfotouh, *et al.* (2021), os gestores hospitalares devem garantir que os trabalhadores da saúde tenham acesso aos equipamentos de proteção adequados e que sejam treinados em como usá-los corretamente. Além disso, é importante que as equipes de gestão hospitalar forneçam suporte emocional e psicológico aos trabalhadores da saúde, que estão sob grande estresse e pressão durante a pandemia.

Além disso, os gestores hospitalares têm a responsabilidade de manter a comunicação constante com as equipes médicas e administrativas. De acordo com Vieira *et al.* (2021), a comunicação é essencial para garantir que as equipes estejam informadas sobre as mudanças na situação do covid-19 e sobre as diretrizes para o tratamento de pacientes. É vital também para garantir que os trabalhadores da saúde recebam o suporte emocional e psicológico de que precisam, especialmente, em momentos de alta demanda e estresse.

Por fim, os gestores hospitalares ganharam um papel fundamental na garantia de que os protocolos de segurança e higiene fossem seguidos para prevenir a disseminação da doença. De acordo com Ku *et al.* (2020), os gestores hospitalares devem implementar medidas rigorosas de triagem de pacientes, rastreamento de contatos e isolamento de casos suspeitos ou confirmados. Além disso, eles devem garantir que as equipes médicas estejam adequadamente treinadas para seguir os protocolos de higiene e segurança e que os procedimentos de limpeza e desinfecção sejam rigorosamente aplicados.

Em suma, a gestão hospitalar é fundamental para o sucesso da resposta à pandemia de covid-19, tanto para garantir a disponibilidade de recursos e equipamentos quanto para proteger a segurança e o bem-estar dos trabalhadores da saúde.

4.4.1 Experiências Vivenciadas pelos Profissionais de Saúde em Situação de Crise

Heidegger (1988) utilizou o termo experiência para o que o ser humano apreende a partir do lugar que ocupa no mundo e das ações que realiza. O sentido da experiência é a compreensão: o ser humano compreende a si mesmo e atribui significado ao mundo e à vida. O filósofo destaca então a relação entre experiência e vivência, sendo o segundo termo produto da reflexão pessoal sobre a experiência social. Mesmo que a experiência possa ser compartilhada por vários indivíduos, a vivência de cada um sobre o mesmo acontecimento é única e depende de sua personalidade, de sua biografia e de sua participação na história.

Embora pessoal, toda vivência tem como suporte os ingredientes do coletivo em que o sujeito vive e as condições em que ela ocorre. O senso comum pode ser definido como um corpo de conhecimentos provenientes das experiências e das vivências que orientam o ser humano nas várias ações e situações de sua vida. Ele se constitui de opiniões, valores, crenças e modos de pensar, sentir, relacionar e agir (HEIDEGGER, 1988, p. 16).

Mesmo que a população, incluindo os profissionais de saúde, estivesse vivendo a experiência de uma pandemia de um vírus recém-descoberto, com infecção viral aguda altamente disseminável e com alto número de letalidade, as vivências de cada um sobre o mesmo cenário seria diferente. No caso dos profissionais de saúde, em oposição ao que foi aconselhado para o restante da população, o isolamento social e a indicação de ficar em casa não pôde ser aplicado, pois em sua grande maioria estavam no cuidado direto de pacientes com suspeita ou diagnóstico confirmado de covid-19, em serviços de saúde desde o nível primário até a atenção hospitalar (XU *et al.*, 2020; TEIXEIRA *et al.*, 2020).

Para esse público, a exposição cotidiana ao risco do adoecimento, dada a atuação na “linha de frente” foi um grande desafio e trouxe sentimentos e sensações de insegurança, medo, incertezas, fragilidades e ao mesmo tempo gratidão por contribuir para a melhora e cura dos pacientes (SOUZA *et al.*, 2020).

Frente à “desordem” que os profissionais de saúde foram submetidos, caracterizada pelo excesso de trabalho, elevada carga de estresse emocional, grande risco de contaminação e desconhecimento em relação à covid-19, grandes mudanças ocorreram não apenas em sua rotina de trabalho e em suas relações interprofissionais, mas, também, no ambiente pessoal, familiar (BORGES; SOUZA, 2020; URGILÉS; GONZÁLEZ, 2020).

Camelo Júnior (2020) traz em seu texto uma análise que destaca o impacto da restrição das relações sociais e familiares de profissionais que atuaram na linha de frente somado à sobrecarga de trabalho, alta carga de estresse emocional, além do grande risco de contaminação do próprio profissional atuante.

De acordo com a investigação feita por Teixeira *et al.* (2021), no Inventário de Óbitos de Profissionais de Saúde por covid-19 no Brasil, até o dia 22 de março de 2021, foram notificados 207.919 casos de Síndrome Gripal (SG) suspeitos de covid-19 em profissionais de saúde, no “e-SUS Notifica”, sendo 28,1% confirmados. As profissões de saúde com maiores registros dentre os casos confirmados de SG por Covid-19 eram: técnicos/auxiliares de enfermagem (29,6%), enfermeiros (17,0%), médicos (11,1%), farmacêuticos (5,2%) e agentes comunitários de saúde (5,0%). (REF)

Nesse contexto, Paula (2021) apresenta reações e sentimentos vivenciados por profissionais de saúde da atenção hospitalar no sul do Brasil que prestaram atendimento à pacientes com covid-19. Dentre as falas, destacaram-se sensações e sentimentos vividos durante a pandemia como: motivação; vontade de contribuir; sentimento de medo, ansiedade; obrigação; preocupação com a morte; tristeza; discriminação; isolamento; preconceito; e incerteza e dúvidas em relação ao futuro. Evidenciando assim, que as sensações e experiências vivenciadas possuem relação intrínseca ou resultantes de situações extremas ou de risco, como é o caso da pandemia do coronavírus.

5 MÉTODOS

5.1 Delineamento do Estudo

Trata-se de uma pesquisa exploratória de abordagem qualitativa, considerando-se que o método qualitativo 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 que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2014). O delineamento será do tipo Estudo de Caso que oferece ferramentas para a compreensão de fenômenos contemporâneos, sejam individuais, organizacionais, sociais, políticos e de grupos, em seu contexto real, a partir de informações detalhadas e sistemáticas (YIN, 2005).

De forma a garantir maior rigor metodológico e obter dados mais fidedignos, esta pesquisa utilizou a triangulação que consiste na combinação de diferentes métodos, técnicas, informantes ou pesquisadores (FLICK, 2009).

5.2 Local e Período do Estudo

A coleta de dados ocorreu no período de março a setembro de 2022 no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA) localizado em São Luís - Maranhão, gerido pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EMSERH). O HUUFMA é um órgão da Administração Pública Federal que tem por finalidade englobar assistência, ensino, pesquisa e extensão na área de saúde e afins, certificado pelo Ministério da Educação - MEC e MS de acordo com a Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.000 de 15 de abril de 2004.

É um hospital de referência estadual para procedimentos de alta complexidade que desenvolve, também, procedimentos de média complexidade e alguns programas estratégicos de atenção básica integradas à rede do Sistema Único de Saúde – SUS (EBSERH, 2022).

Em abril de 2020, dado o início da disseminação do vírus Sars-Cov-2 pelo Brasil, o hospital tornou-se referência também para pacientes com covid-19, suspendendo momentaneamente os serviços eletivos e reestruturando seu espaço físico para a criação de um setor exclusivamente preparado para receber os leitos de UTI e Enfermaria para pacientes com covid-19. Ainda no mesmo mês foram habilitados 40 leitos de UTI e 98 leitos de enfermaria, que, após as mudanças epidemiológicas e a diminuição do número de casos em São Luís, em julho do mesmo ano, foram reduzidos a 20 leitos de UTI, desativados em setembro, sendo mantidos apenas as enfermarias e retornando as cirurgias eletivas e atendimentos ambulatoriais.

No início de 2021 com o novo aumento no número de casos no Brasil e o colapso nos serviços de saúde de alguns estados, a exemplo do Amazonas, o HU-UFMA voltou a habilitar 10 leitos de UTI e, em fevereiro, recebeu 39 pacientes procedentes de Manaus. Atualmente foram desativados os leitos de enfermaria e, ainda, são mantidos 10 leitos de UTI covid destinados ao tratamento de pacientes já internados na unidade hospitalar.

5.3 Participantes do Estudo

A população do estudo foi composta por profissionais do HU-UFMA, lotados na gestão, assistência ou em serviços de apoio no período de abril de 2020 a setembro de 2021 (período que abrangeu a primeira e a segunda onda de covid-19), envolvendo gestores: chefes de divisão, setores e unidades; profissionais que trabalharam na assistência de pacientes com covid-19 e/ou familiares: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais e técnicos de enfermagem; e profissionais de serviços de apoio que tiveram contato direto com os pacientes com covid-19, sendo escolhidos os maqueiros, considerando que foram os que mais transitaram nos setores com pacientes com covid-19 e que por vezes são tidos como “*invisíveis*”.

Foram incluídos na pesquisa os profissionais dos cargos de gestão, assistência e apoio que estiveram envolvidos na atenção à pacientes com diagnóstico da covid-19 que necessitaram de assistência no hospital universitário (HU-UFMA), sendo eles colaboradores antigos e/ou provenientes do Processo Seletivo Emergencial (PSE). Bem como, profissionais remanejados de seus setores de origem para contribuir com os cuidados aos pacientes na primeira onda (no ano de 2020).

Foram excluídos profissionais que tinham menos de 3 meses de trabalho e aqueles que, no período da coleta, não estavam mais no quadro de colaboradores do hospital. A partir da identificação dos participantes, a amostra foi definida intencionalmente buscando contemplar a diversidade das situações encontradas, a partir de características como categoria profissional, idade, tempo de serviço na instituição e escala de trabalho durante o período de atenção aos pacientes com covid-19.

Considerando-se o pequeno número de gestores e maqueiros que atendiam aos critérios de inclusão, todos foram convidados para a pesquisa, no entanto com dois maqueiros não foi possível agendar a entrevista.

Dentre os profissionais da assistência, considerando o número maior, buscou-se contemplar representações de todas as categorias e a determinação do número de profissionais

a serem entrevistados se deu por saturação, definida como a suspensão de inclusão de novos investigados quando os dados obtidos passam a apresentar repetição (MINAYO, 2014).

Na fase de convites, aconteceram duas recusas: a primeira, uma enfermeira e na sequência, um médico que exerceu cargo de liderança durante a reorganização dos setores e atuou na assistência. Na fase de agendamento das entrevistas, ocorreram mais cinco recusas: uma assistente social, que recusou após a leitura do TCLE, uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e uma fisioterapeuta que desmarcaram relatando indisponibilidade no momento do encontro e não ofereceram uma nova data possível.

As categorias que foram mais difíceis de fazer contato foram os maqueiros e os médicos, sendo a primeira motivada pelo difícil acesso a esses profissionais, onde o contato no campo era complexo, pois encontrar esses colaboradores em seus postos de trabalho (dadas suas movimentações intersetoriais) era um fator dificultador, bem como, a indisponibilidade para entrevistas fora do horário em que estavam no hospital. Já os médicos, deu-se devido à indisponibilidade de horários, baixa resposta ao contato inicial e demais tentativas de contato, tanto em campo quanto via celular.

Os demais profissionais que não participaram da pesquisa mesmo sendo contemplados através dos critérios de inclusão, ocorreu pelo fato dos trabalhadores informarem a falta de disponibilidade para a realização da entrevista, ou não deram nenhum retorno após 5 tentativas de contato.

Quadro 1 – Distribuição do quantitativo de profissionais por categoria, que cumpriam os critérios de inclusão e exclusão

Categoria Profissional	Número de profissionais	Nº de entrevistados
Gestores	9	9
Profissionais da Assistência à Saúde	42	11
Maqueiros	4	2
Total	55	22

Fonte: Elaborada pela autora (2022).

Assim foram entrevistados 11 profissionais da assistência, sendo a amostra final do estudo: 22 entrevistas.

5.4 Técnicas e Instrumentos de Coleta de Dados

A técnica de coleta de dados foi entrevista individual do tipo semiestruturada que, segundo Minayo (2014) são conversas com intenção que combinam questões fechadas e abertas. Os instrumentos foram um questionário estruturado com dados sociodemográficos e profissionais e um roteiro semiestruturado específico para cada categoria de profissionais incluídos - gestores (APÊNDICE A), profissionais da assistência (APÊNDICE B) e maqueiros (APÊNDICE C).

O roteiro semiestruturado trazia questões amplas a partir das quais pretendeu-se compreender os desafios da gestão como: “Fale sobre possíveis mudanças estruturais no seu local de trabalho, na composição e comportamento da equipe, elas aconteceram?”, “Quanto a demanda dos serviços do hospital, houve aumento ou diminuição?”, “A pandemia provocou mudanças nas relações das equipes de trabalho?”, “Houve dificuldades para disponibilizar EPIs, realizar treinamentos e condições de alojamentos para os profissionais?”, “Houve criação e implantação de novos protocolos institucionais?”, dentre outras.

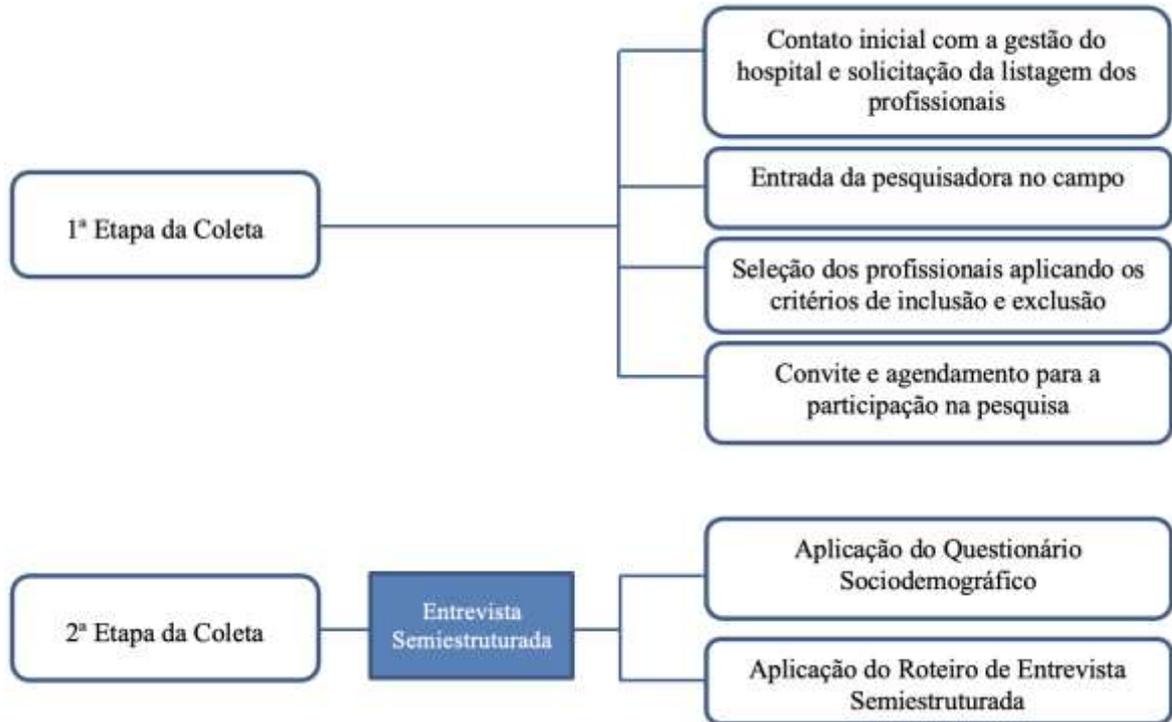
As entrevistas foram realizadas pelo google meet ou de forma presencial de acordo com a escolha dos entrevistados, em horário de sua conveniência. Tiveram duração média de 52 minutos, totalizando 19h 16m de gravação. Foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra. No entanto, a fim de remover hesitações, repetições, interrupções e outras formas de linguagem coloquial que pudessem dificultar a análise dos dados, os trechos utilizados no artigo foram editados (GIL, 2019).

5.5 Etapas da Coleta de Dados

A pesquisa foi dividida em dois momentos, sendo o primeiro, a realização da exploração do campo. Nesta etapa foi levantado o quadro de profissionais que haviam trabalhado com os pacientes com covid-19, solicitação de contatos telefônicos e em quais setores os profissionais estavam atualmente, observação e acompanhamento do funcionamento dos serviços e setores, além primeiro contato com os profissionais e realização de convite para participação na pesquisa. Após o aceite foram agendadas as entrevistas. As atividades foram registradas em um diário de campo.

O segundo momento envolveu a realização das entrevistas. Inicialmente os participantes responderam ao questionário estruturado com dados sociodemográficos e profissionais, e em seguida era realizada a entrevista gravada.

Fluxograma 1 – Coleta de dados



Fonte: Elaborada pela autora (2022).

5.6 Análise de Dados

Os dados foram analisados segundo o referencial da análise de conteúdo na modalidade temática que consiste em encontrar os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência em que aparecem signifiquem algo para o objeto estudado (MINAYO, 2014).

A análise foi realizada em três etapas: pré-análise - organização propriamente dita do material, para deixá-lo operacionável e de forma que facilite a compreensão para análise; exploração do material - a fase da descrição analítica consistindo na codificação, classificação e categorização do material; e tratamento dos resultados - última fase da análise de conteúdo, é caracterizada como o momento de análise reflexiva, intuitiva e crítica do material (MINAYO, 2014).

5.7 Aspectos Éticos

Esta pesquisa faz parte do projeto intitulado: A PANDEMIA DA COVID-19 NA PERSPECTIVA DE PACIENTES INTERNADOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, FAMILIARES E PROFISSIONAIS DA SAÚDE submetido e aprovado no Comitê de Ética em

Pesquisa do HUUFMA, Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE): 46698921.5.0000.5086 (ANEXO A).

Todos os participantes que aceitaram participar do estudo foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D), e os pesquisadores esclareceram todas as dúvidas com relação à pesquisa, informando-os sobre a preservação de seu anonimato e liberdade de participação, podendo o entrevistado se retirar a qualquer momento da pesquisa. Os nomes dos entrevistados, assim como os nomes de profissionais mencionados nas falas, foram substituídos para que o anonimato seja garantido.

6 RESULTADOS**PANDEMIA DE COVID-19: MUDANÇAS E DESAFIOS NA GESTÃO DA
ATENÇÃO HOSPITALAR**

(a ser submetido à Revista Ciência e Saúde Coletiva, Fator de impacto 1.008. Qualis para

Saúde Coletiva: B1)

Normas conforme anexo B

PANDEMIA DE COVID-19: MUDANÇAS E DESAFIOS NA GESTÃO DA ATENÇÃO HOSPITALAR

THE COVID-19 PANDEMIC: CHANGES AND CHALLENGES IN HOSPITAL CARE MANAGEMENT

Jhennyfer Barbosa de Oliveira Mantesso (<https://orcid.org/0000-0002-8821-6716>)¹

Zeni Carvalho Lamy (<https://orcid.org/0000-0002-9332-0542>)²

Ruth Helena de Souza Britto Ferreira de Carvalho (<https://orcid.org/0000-0003-1180-1586>)³

Resumo

O presente estudo objetivou analisar os desafios da gestão na atenção hospitalar durante a pandemia de covid-19. Trata-se de uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso, que foi desenvolvida em um hospital universitário de uma capital do Nordeste brasileiro, no período de março a setembro de 2022. Os participantes do estudo foram profissionais lotados na gestão, assistência ou em serviço de apoio nos momentos da primeira e segunda onda de covid-19. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, 22 profissionais foram entrevistados. Foram realizadas entrevistas individuais com aplicação de um questionário estruturado sobre dados sociodemográficos e profissionais e um roteiro de entrevista semiestruturada, ambos específicos para cada categoria, contendo perguntas que

¹ Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC), Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal do Maranhão. Avenida Pedro Neiva de Santana, S/N. Condomínio Eco Park VI. Casa 10, Imperatriz, 65919-555, Maranhão, Brasil. E-mail: jhennyfer.barbosa@ufma.br

² Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC), Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal do Maranhão. Rua Barão de Itapary, Nº 155, Centro, 65020-070, São Luís, Maranhão, Brasil. E-mail: zeni.lamy@ufma.br

³ Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC), Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal do Maranhão. Rua Barão de Itapary, Nº 155, Centro, 65020-070, São Luís, Maranhão, Brasil. E-mail: ruth.britto@ufma.br

abordavam acerca do conhecimento e sentimentos sobre a pandemia de covid-19, bem como, rotina e mudanças no processo de trabalho das categorias durante esse período. Os dados foram analisados segundo o referencial da análise de conteúdo na modalidade temática. Sendo os resultados apresentados a partir de duas categorias analíticas: **Desafios e decisões: novas urgências** e **Conflitos, negociações e cooperação**. O cenário pandêmico exigiu a tomada de decisões rápidas, muitas vezes, cercadas de incertezas e insegurança por parte dos gestores e das equipes. Foram identificadas mudanças físicas e estruturais, de recursos humanos e relacionadas ao processo de trabalho em saúde. Setores tiveram que ser fechados e os profissionais remanejados para realizar assistência aos pacientes com covid-19, na maioria dos casos, com grande resistência inicial, exigindo da gestão uma postura de negociação. Podendo destacar como desafio da gestão o aumento na demanda de atendimentos voltados aos cuidados de pacientes com covid-19, recusa dos trabalhadores e contaminação das equipes, que levaram alguns gestores a assumir funções também na assistência. Bem como, a barreira na criação de protocolos que fossem de fato eficazes, dados em parte ao negacionismo existente no governo federal que impactava a acreditação desses profissionais para incluir as recomendações ministeriais em seus planos. Apesar de todos os desafios, destacam-se, no entanto, relatos frequentes de fortalecimento das relações de cooperação entre as equipes multiprofissionais nesse cenário de incertezas, facilitando ações e estratégias interdisciplinares entre as diferentes categorias, produzindo uma tendência à horizontalização das relações de trabalho. Conclui-se que, os diversos desafios que surgiram para a gestão durante a pandemia necessitaram de respostas e ações rápidas dos gestores para organizarem as estruturas e serviços, minimizar os conflitos e promoverem a integração da equipe multiprofissional para o enfrentamento da pandemia.

Palavras-chave: covid-19; gestão de pessoal em saúde; pessoal de saúde; assistência hospitalar.

Abstract

The present study aimed to analyze the management challenges in hospital care during the covid-19 pandemic. This is exploratory research with a qualitative approach, of the case study type, which was developed in a university hospital in a capital city of the Northeast of Brazil, during the period from March to September 2022. The study participants were professionals working in management, assistance, or support services at the time of the first and second wave of covid-19. After applying the inclusion and exclusion criteria, 22 professionals were interviewed. Individual interviews were carried out with the application of a structured questionnaire on sociodemographic and professional data and a semi-structured interview script, both specific for each category, containing questions about knowledge and feelings about the covid-19 pandemic, as well as routine and changes in the work process of the categories during this period. The data were analyzed according to the content analysis referential in the thematic modality. The results were presented in two analytical categories: Changes, challenges, and decisions: new urgencies and Conflicts, negotiations and cooperation. The pandemic scenario demanded quick decisions, often surrounded by uncertainty and insecurity. Physical, structural, human resource, and health work process-related changes were identified. Sectors had to be closed and professionals reassigned to provide care to patients with covid-19, in most cases, with great initial resistance, requiring a negotiation posture from the management. Faced with the increase in demand for care for patients with covid-19, refusal of workers, and contamination of the teams, some managers also took on roles in assistance. However, there are frequent reports of the strengthening of cooperative relations among the multiprofessional teams in this scenario of uncertainty, facilitating interdisciplinary actions and strategies among the different categories, producing a tendency to the horizontalization of work relations. We conclude that the several challenges that emerged for the management during the pandemic required quick answers and actions from the managers to organize the structures and

services, minimize conflicts and promote the integration of the multiprofessional team to face the pandemic.

Keywords: covid-19; personnel management; health personnel; hospital care.

Introdução

Nas últimas décadas, os órgãos de saúde pública mundiais vêm enfrentando sucessivos desafios, seja em função da ocorrência de epidemias causadas por doenças já conhecidas, como a febre amarela e a cólera, seja pela ocorrência de novas doenças como o Ebola ou a Síndrome Respiratória Aguda Grave. Estas epidemias, ou o risco para ocorrência de pandemias, estão relacionadas à intensificação do fluxo de pessoas e mercadorias entre os países, tornando progressiva a necessidade de atenção à saúde pública mundial.¹

No início de 2020 a Organização Mundial da Saúde (OMS), após confirmação da presença e disseminação de um novo coronavírus, o SARS-CoV-2, causador da covid-19, declarou emergência de saúde pública de importância internacional tornando-a a mais recente crise da saúde global.²

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) é o responsável pela coordenação de respostas à Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e, em 02 de fevereiro de 2020, o órgão decretou situação de ESPIN. Em março do mesmo ano, dada sua presença em todos os continentes do globo, a crise epidemiológica ganhou o caráter de pandemia. Seguindo o que se via também no cenário mundial, com o registro de casos em todo o território nacional brasileiro, em 20 de março o MS reconheceu a ocorrência de transmissão comunitária do vírus no país.³

O cenário mundial e brasileiro vivenciou a partir de então, o desafio da luta contra a propagação do novo coronavírus. A elevada taxa de infectividade vista no Brasil acompanhou a perspectiva global de crescimento durante os meses iniciais da pandemia, destacando-se o

número de 34.849.063 casos confirmados, e número de mortos de 688.332 até novembro de 2022.⁴

Na maioria dos estados brasileiros, o efeito social e na saúde provocado pela covid-19, é dado em parte pela incerteza de estratégias eficazes de controle do vírus, a exemplo do desenvolvimento de uma vacina que combinada a resistência à manutenção do isolamento social, resvala por diferentes contextos.⁵

Na esfera da saúde, os serviços de assistência vivenciaram uma brusca e inesperada mudança nas rotinas e relações de trabalho dos profissionais e alertam as autoridades sanitárias para o aumento progressivo do contágio e da superlotação nos serviços de saúde públicos e privados.⁶

Nesse âmbito, a gestão hospitalar tornou-se um elemento chave na resposta à pandemia de covid-19. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a gestão hospitalar tinha um papel fundamental em garantir que os hospitais estivessem prontos para lidar com a demanda crescente por cuidados de saúde, bem como em proteger a saúde e a segurança dos trabalhadores sabendo que havia uma ausência terapêutica para a doença.

De acordo com Vindrola-Padros *et al.* (2020),⁷ um dos desafios mais significativos que os gestores hospitalares enfrentam durante uma pandemia, é o de garantir que haja recursos e equipamentos suficientes para atender aos pacientes infectados. Uma crise de saúde como é o caso da covid-19, exige dos gestores a capacidade de tomar decisões rápidas e precisas para garantir que a capacidade de cuidados intensivos seja suficiente, e que equipamentos como ventiladores e monitores estejam disponíveis em quantidade satisfatória.

Outro aspecto importante da gestão hospitalar durante a pandemia foi o de garantir a segurança dos trabalhadores da saúde dentro dos hospitais, necessitando de boas práticas de gestão. Além disso, os gestores hospitalares tiveram a responsabilidade de manter a comunicação constante com as equipes médicas e administrativas. De acordo com Vieira *et al.*

(2021),⁸ a comunicação é essencial para garantir que as equipes estejam informadas sobre as mudanças na situação do covid-19 e sobre as diretrizes para o tratamento de pacientes.

Dentre as questões que contribuem para o aumento da complexidade da gestão hospitalar tanto a nível nacional quanto internacional durante a pandemia, se destaca a ampliação do número de pacientes, esse aumento, que em um cenário de normalidade já seria desafiador e que poderia implicar em um quadro de escassez de recursos, é intensificado em caso de uma emergência de saúde.^{9,10}

Por serem inesperadas, as emergências sanitárias, como é o caso da pandemia de covid-19, provocam mudanças de variadas dimensões, alterações que vão desde a mudança no padrão de higienização de equipamentos até o processo de trabalho em saúde.¹⁰ O trabalho em saúde, considerado um trabalho vivo pela sua produção e consumo simultâneos, que utiliza instrumentos e conhecimentos técnicos, construídos a partir da gestão de processos políticos, organizacionais e sociais, para a produção do cuidado,¹¹ em períodos de crise, torna-se ainda mais complexo, pois depende de uma adaptação dos meios já existentes, para proporcionar condições favoráveis para uma atividade produtiva.¹²

As modificações ocorridas no processo de trabalho para o combate à nova doença apresentam um novo cenário aos profissionais, que se deparam com o aumento da carga horária de trabalho, elevada carga de estresse emocional, grande risco de contaminação, falta, escassez e inadequação do uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e demanda crescente de seus atendimentos, gerando um excesso de trabalho. As crises de saúde transformam não apenas a rotina e o processo de trabalho desses trabalhadores, mas também, suas vidas pessoais e as suas relações.^{13, 14, 15, 16}

O cenário pandêmico trouxe consigo especificidades nas formas de atuação dos serviços de saúde, que exigiram completa reorganização da estrutura física e das práticas em saúde desenvolvidas pelas equipes de forma tanto multiprofissional quanto interdisciplinar

corroborando a importância de compreender o processo de trabalho de maneira mais ampla e menos pautada na supremacia do trabalho médico no que se refere a organização.^{17, 18} Portanto, esse artigo buscou analisar os desafios da gestão na atenção hospitalar durante a pandemia de covid-19.

Métodos

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, exploratória do tipo estudo de caso. Realizada no período de março a setembro de 2022, em um Hospital Universitário (HU) de uma capital do nordeste brasileiro.

De forma a garantir maior rigor metodológico e obter dados mais fidedignos, esta pesquisa utilizou a triangulação que consiste na combinação de diferentes métodos, técnicas, informantes ou pesquisadores.¹⁹

O local do estudo tornou-se referência nos cuidados a pacientes com covid-19, reestruturando seu espaço físico para a criação de um setor exclusivamente preparado para acondicionar os leitos de UTI e Enfermaria covid-19, o que justifica sua escolha enquanto local de estudo.

No período inicial da pesquisa, durante a preparação para entrada no campo, além de consultas aos planos de contingência produzidos pelo Hospital Universitário, buscou-se uma primeira aproximação com o cenário da pesquisa através do contato com alguns cargos de gestão da instituição, solicitação das listagens dos profissionais que atuaram direta ou indiretamente na assistência a pacientes com covid-19, visita aos setores do hospital para reconhecimento e observação de campo a fim de conhecer melhor seus grupos e processos de trabalho.

A população do estudo foi composta por profissionais lotados na gestão, assistência ou em serviços de apoio no período de abril de 2020 a setembro de 2021 (período que abrangeu

a primeira e a segunda onda de covid-19), envolvendo gestores: chefes de divisão, setores e unidades; profissionais que trabalharam na assistência de pacientes com covid-19 e/ou familiares: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais e técnicos de enfermagem; e profissionais de serviços de apoio que tiveram contato direto com os pacientes com covid-19, sendo escolhidos os maqueiros, considerando que foram os profissionais que mais transitaram nos setores com pacientes com covid-19 e que por vezes são tidos como “*invisíveis*”.

Foram incluídos na pesquisa os profissionais dos cargos de gestão, assistência e apoio que estiveram envolvidos na atenção à pacientes com diagnóstico da covid-19 que necessitaram de assistência no hospital universitário, sendo eles colaboradores antigos e/ou provenientes do Processo Seletivo Emergencial (PSE). Sendo excluídos os que tiveram menos de 3 meses de trabalho e aqueles que, no período da coleta, não estavam mais no quadro de colaboradores do hospital.

A partir da identificação dos participantes, a amostra foi definida intencionalmente buscando contemplar a diversidade das situações encontradas, a partir de características como categoria profissional, idade, tempo de serviço na instituição e escala de trabalho durante o período de atenção aos pacientes com covid-19.

Considerando-se o objeto do estudo, buscou-se entrevistar todos os gestores e todos aceitaram participar (9). Dentre os profissionais da assistência, considerando o número maior, buscou-se representações de todas as categorias. Quanto aos maqueiros, os dois com os quais conseguiu-se contato, foram entrevistados.

Na fase de convites, aconteceram duas recusas: uma enfermeira e um médico, na fase de agendamento das entrevistas, ocorreram mais cinco recusas: uma assistente social, que recusou após a leitura do TCLE, uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e uma fisioterapeuta que desmarcaram relatando indisponibilidade no momento do encontro e

não ofereceram uma nova data possível. Foram entrevistados 11 profissionais da assistência. A determinação do número de profissionais a serem entrevistados se deu por saturação, definida como a suspensão de inclusão de novos investigados quando os dados obtidos passam a apresentar repetição.²⁰ Desta forma, a amostra final do estudo totalizou 22 entrevistas.

As categorias que foram mais difíceis de fazer contato foram os maqueiros e os médicos, sendo a primeira motivada pelo difícil acesso a esses profissionais, onde o contato no campo era complexo, pois encontrar esses colaboradores em seus postos de trabalho (dadas suas movimentações intersetoriais) era um fator dificultador, bem como, a indisponibilidade para entrevistas fora do horário em que estavam no hospital. Já os médicos, deu-se devido à indisponibilidade de horários, baixa resposta ao contato inicial e demais tentativas de contato, tanto em campo quanto via celular. Os demais profissionais que não participaram da pesquisa, justificaram a ausência por falta de disponibilidade ou não deram nenhum retorno após 5 tentativas de contato.

A técnica de coleta de dados foi entrevista individual do tipo semiestruturada que, segundo Minayo (2014)²⁰ são conversas com intenção que combinam questões fechadas e abertas. Os instrumentos foram: um questionário estruturado com dados sociodemográficos e profissionais e um roteiro semiestruturado, ambos específicos para cada categoria de profissionais incluídos.

O roteiro semiestruturado trazia questões amplas a partir das quais pretendeu-se compreender os desafios da gestão como: “Fale sobre possíveis mudanças estruturais no seu local de trabalho, na composição e comportamento da equipe, elas aconteceram?”, “Quanto a demanda dos serviços do hospital, houve aumento ou diminuição?”, “A pandemia provocou mudanças nas relações das equipes de trabalho?”, “Houve dificuldades para disponibilizar EPIs, realizar treinamentos e condições de alojamentos para os profissionais?”, “Houve criação e implantação de novos protocolos institucionais?”, dentre outras.

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra, no entanto, os trechos utilizados no artigo foram editados buscando evitar repetições e alguns vícios de linguagem.²¹ Realizadas pelo *google meet* ou de forma presencial de acordo com a escolha dos entrevistados, em horário de sua conveniência e tiveram duração média de 52 minutos, totalizando 19h 16m de gravação.

Foi realizada a análise de conteúdo na modalidade temática,²⁰ de acordo com os seguintes passos: pré-análise, exploração do material coletado e tratamento dos resultados.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA), Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) n. 46698921.5.0000.5086, e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A fim de garantir o anonimato, os nomes dos entrevistados foram substituídos por nomes fictícios, assim como, os nomes de profissionais mencionados nas falas, também foram substituídos, para que o anonimato seja garantido.

Resultados e Discussão

Foram realizadas 22 entrevistas, sendo 9 com gestores (dois médicos, quatro enfermeiras, uma farmacêutica, uma fonoaudióloga e uma administradora), 11 com profissionais da assistência à saúde (um fonoaudiólogo, dois enfermeiros, um médico, um terapeuta ocupacional, duas psicólogas, um fisioterapeuta, duas assistentes sociais, uma técnica de enfermagem) e 2 maqueiros. Dentre os gestores, quatro profissionais assumiram tanto cargos de liderança, quanto realizaram assistência direta aos pacientes, durante as fases mais críticas da pandemia.

Dentre as 22 entrevistas realizadas, 13 foram com mulheres. A maioria tinha entre 30 e 50 anos de idade (19) e 5 a 10 anos de tempo de trabalho no hospital universitário (12).

Quanto à escolaridade, 19 entrevistados possuíam ensino superior completo e eram especialistas, um possuía mestrado e um doutorado. Uma profissional possuía nível técnico e outros 2 tinham ensino médio completo.

A pandemia da covid-19 trouxe desafios aos gestores acerca da (re)organização dos processos de trabalho. A gestão hospitalar precisou tomar decisões importantes em relação à organização, o planejamento e a prestação da assistência. Alguns serviços foram suspensos, enquanto outros foram abertos para atender à nova e expressiva demanda de pacientes referenciados para tratamento de covid-19. A gravidade dos casos somados à mudança repentina de setor de trabalho, caracterizou um cenário de medo e incertezas enfrentado pelos gestores e profissionais da saúde.

Após a análise do material, emergiram duas categorias: Desafios e decisões: novas urgências e Conflitos, negociações e cooperação.

DESAFIOS E DECISÕES: novas urgências

Mudanças Iniciais: a primeira onda

Logo no início de 2020, o hospital tornou-se referência para pacientes com covid-19 devido a estrutura física e de equipamentos já existentes, mas que teve a necessidade de suspender momentaneamente os serviços eletivos e reestruturar seu espaço físico para a criação de um setor exclusivamente preparado para receber 40 leitos de UTI e 98 leitos de enfermaria. A partir disso, houve mudanças nos recursos humanos, rotinas e serviços, exigindo dos gestores decisões rápidas para o gerenciamento da crise provocada pela covid-19.

A fim de implementar as ações necessárias para o momento, foi criado um Comitê de Operações de Emergência que estabeleceu fluxos assistenciais; gerenciamento de leitos,

suprimentos, recursos humanos e comunicação institucional, assim como, condutas acerca do recebimento e tratamento dos pacientes com covid-19.

O hospital universitário por ter se tornado unidade de referência para o atendimento desses pacientes, teve que começar os primeiros movimentos de organização da unidade e adaptações nas estruturas físicas e de recursos humanos, assim como, rotinas e serviços, exigindo dos gestores decisões rápidas para o gerenciamento da crise provocada pela covid-19.

Sendo o primeiro desafio da gestão e do comitê de enfrentamento a deliberação sobre qual seria a área física destinada aos pacientes admitidos com covid-19, pois dado o caráter de contágio da doença, havia a necessidade de ser um local isolado do fluxo dos demais serviços e profissionais.

“A gente agilizou o prédio novo, o anexo C. Então a gente centralizou os pacientes do covid adulto lá. Ele tinha entrada independente. A gente conseguiu fazer fluxos bem separados, né? [...] então a gente fez várias mudanças, sabe? É... físicas. Pra garantir que a gente ia dar conta da demanda de covid e não covid.” (Thais, Gestora)

“E aí nós fizemos reunião e nós decidimos. [...] Nós tínhamos um prédio novinho, o anexo, no hospital, que ia ser inaugurado. Então a gente tinha uma área onde o paciente Covid ia entrar por fora e saía por fora também.” (Fernanda, Gestora)

De acordo com os entrevistados, havia um prédio recém construído, ainda não inaugurado, que, inicialmente, se destinaria à instalação de uma nova UTI geral. Devido à sua ampla estrutura e à facilidade de isolamento, o local se tornou, naquele momento, o espaço mais viável.

Segundo Deslandes (2002),¹⁸ situações de crise epidemiológica trazem consigo a necessidade de reorganização da estrutura física das instituições. No caso da pandemia de covid-19 essa necessidade deveu-se principalmente ao caráter infecto-contagioso da doença. O SARS-CoV-2 se espalha rapidamente entre pessoas próximas por meio de pequenas partículas líquidas, expelidas durante a fala, tosse ou espirro.²¹

Portanto, a ocorrência de mudanças e adaptações no ambiente físico dos hospitais objetivava a prestação de cuidados especializados aos pacientes com covid-19, priorizando a

exclusividade do ambiente para esses atendimentos e com acesso controlado, sem trânsito para outros setores²¹ visto que a falta de uma infraestrutura adequada poderia influenciar, negativamente, a segurança do paciente e dos profissionais, reforçando a importância dessa escolha.²⁴

Dentro do processo de organização e reorganização inicial, durante a primeira onda, além das adequações físicas ocorridas no HU, houve também a suspensão de alguns serviços, prioritariamente os que eram eletivos, a exemplo de algumas cirurgias e atendimentos ambulatoriais.

“Foi uma parada gradual do eletivo. Foi combinado com o nosso gestor que é o município, e aí, é, uma reorganização e reestruturação pra atender o covid e, de alguma forma, não deixar de atender também os usuários. Então, pacientes oncológicos, que precisavam de exame, alguns procedimentos eletivos, que não tem urgência, nem emergência, foram parados pra poder atender os... pra poder se voltar pro covid.” (Denise, Gestora)

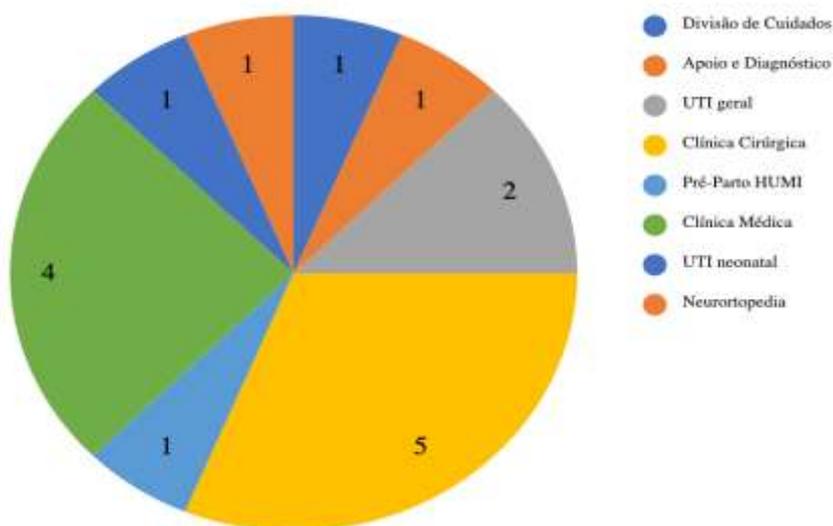
“Na primeira onda foram suspensas as cirurgias eletivas. A meta era reduzir a ocupação, né? Então... muitos pacientes tiveram alta e os ambulatórios foram fechados. Tudo que foi eletivo foi suspenso por um período, porque as equipes iriam se concentrar pra covid e também pra evitar a contaminação em massa, né?” (Maria, Gestora)

Essa suspensão mencionada ocorreu somente na primeira onda e apareceu como a solução mais adequada para o momento, a fim de que pudesse diminuir o risco de contaminação dos pacientes e profissionais, bem como, para liberar um quantitativo suficiente de profissionais a ser remanejado para o atendimento aos pacientes com covid-19.

Os autores de um estudo produzido em Portugal acerca da realização de procedimentos eletivos em tempos de pandemia, enfatizam a importância do adiamento desses procedimentos, pois essa medida reduz a concentração de pessoas nos hospitais e a carga de trabalho dos profissionais, contribuindo para um menor risco de transmissão no momento da realização dos procedimentos.²⁵

Ainda no que tange a reconfiguração dos setores e serviços, verificou-se que 16 entrevistados tiveram seus setores alterados, sendo 3 gestores, 11 profissionais da assistência e 2 maqueiros. O gráfico I demonstra os setores de origem.

Gráfico 1 – Setores de origem dos entrevistados



Fonte: Elaborada pela autora (2022).

A redistribuição dos profissionais buscou não prejudicar os setores de origem. O maior remanejamento de profissionais da clínica cirúrgica pode ser explicado pela suspensão das cirurgias eletivas realizadas no hospital.

Diante do que foi exposto, confirma-se uma reconfiguração nas estruturas das instituições de saúde, que buscavam responder às necessidades de cuidados dos pacientes com covid-19. Porém, essa reestruturação só pôde ser realizada, devido a capacidade de gerenciamento e adaptação dos profissionais às funções e setores alterados.²⁶

Os entrevistados tanto dos cargos de gestão quanto assistenciais mostram como aconteceram essas modificações e adaptações em suas rotinas, serviços e composição de equipes.

“Houve mistura de equipes. Então... não foi a equipe da UTI geral que assumiu a UTI COVID. Não foi! A gente precisava funcionar as nossas UTIs normais. Foi a equipe da UTI cardio mais parte da equipe da clínica... sempre tentando colocar alguém com experiência com um grupo menos experiente em UTI pra tentar garantir a qualidade do cuidado.” (Thais, Gestora)

“Ocorreram muitas mudanças, né? [...] a equipe foi toda remanejada de uma ala pra outra, né? E... essas mudanças foram muito rápidas, então com isso, mexeu um pouquinho na nossa estrutura como equipe... vamos dizer assim, como estrutura mesmo de trabalho.” (José, Terapeuta Ocupacional)

“A gente precisou se reorganizar totalmente, né? Então as pessoas saíram dos seus setores. Saíram da comodidade, digamos assim... do conhecimento, do previsível pra enfrentar o novo. É, então houve uma, uma reorganização das escalas de trabalho assim.” (Aline, Psicóloga)

A montagem de escalas e escolha da composição das equipes já é, naturalmente, uma função exercida pelos gestores, o que mudou no momento da crise foi a urgência na formação dessas equipes e a necessidade de ter um “plano B” pensando na provável contaminação dos integrantes. Outro desafio foi que precisavam selecionar profissionais que tivessem alguma experiência com pacientes críticos para poder assegurar a qualidade do cuidado.

Aprender a Fazer: novos protocolos e treinamentos

Assim como em outras crises epidemiológicas as informações sobre o comportamento da covid-19 tinham o caráter de urgência, para que pudessem nortear os profissionais (gestores e assistenciais) na criação e/ ou atualização dos protocolos institucionais, inclusive, para categorias profissionais que não realizavam assistência visto que os processos de trabalho vinham sendo alterados.

“Eu tive que fazer várias coisas ao mesmo tempo. Dar conta de... avaliar o paciente, dar continuidade na terapia, né? E como eram ambientes diferentes, enfermaria e UTI, então era um pouco complexo, né? Aí eu tive que me reestruturar. Um dia eu ia pra um lugar, outro dia ia pra outro, se não, não ia dá conta. (José, Terapeuta Ocupacional)

“E aí o setor mudou, né? E o dia a dia também. A gente utiliza algumas ferramentas. As entrevistas a gente teve que mudar um pouco, reformular. O uso, por exemplo, de papéis. A gente já não pode usar muito, esses contatos eram remotos, né? Teve que ter o auxílio de tablets, fornecidos pelo hospital. Então foi tudo muito diferente.” (Roberta, Assistente Social)

“Eu tive que mudar a minha rotina, tinha que mudar, já não podia mais tá... aquilo que eu fazia antes da pandemia, já não podia mais fazer. Tanto que a gente nem usava mais nossa farda. A gente entrava aqui de roupa normal e a gente tinha as roupas de lá, as privativas que dizem.” (João, Maqueiro)

“Coisas assim, então, papéis e papéis, protocolos e protocolos, leis... toda hora a gente tinha que tá atendida qual era a próxima determinação do Ministério da Saúde, do CRM... foi bem, bem pesada aquela época.” (Juliana. 7, Gestora)

É visível que houve mudança no processo de trabalho e que essa alteração ocorreu em todas as categorias profissionais. Por serem inesperadas, as emergências sanitárias/ crises epidemiológicas, como é o caso da pandemia da covid-19, provocam mudanças de variadas dimensões, que vão desde a mudança no padrão de higienização de máquinas, respiradores, descontaminação de áreas, uso adequado de EPIs, até alteração no processo de trabalho em saúde.¹⁰

O processo de trabalho em saúde precisa ser adaptado de acordo com a necessidade, o serviço é reorganizado de forma a atender as demandas que mudam nos diferentes períodos a partir de planos emergenciais para conter a crise e suprir a necessidade da população.^{12, 26}

Normalmente, os planos são idealizados por gestores e, para sua aplicabilidade é necessária uma fase de treinamento dos profissionais e uma fase de adaptação à realidade do setor, cujos profissionais de saúde, a partir de um diagnóstico situacional, avaliam as melhores estratégias para o local.²⁷

A elaboração dos planos de contingência, que até março de 2021 estava na sua 6ª versão, era de responsabilidade do Comitê de Operações de Emergência do HU (composto por profissionais tanto da gestão quanto da assistência). Diante da falta da instituição de um tratamento e ainda na iminência de criação da vacina, os planos e protocolos orientavam, ou pelo menos, deviam orientar os profissionais.

Esses planos foram norteados inicialmente pelas recomendações do MS, normas técnicas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), pelas informações da OMS e pelos estudos científicos que iam sendo lançados. Porém, houve um momento em que o

negacionismo existente no governo federal impactou a acreditação desses profissionais para incluir as recomendações ministeriais em seus protocolos.

“Toda aquela nossa relação... que a gente tinha em relação ao Ministério da Saúde, né? De confiança técnica se evaporou. Então, a gente usava como referência documentos de outros países. Em parte, a ANVISA se preservou, parcialmente se preservou desse negacionismo, então usava muito documento da ANVISA! Mas o que vinha do ministério era algo assim inacreditável pra gente.” (Bruno, Gestor)

Para alguns gestores entrevistados esse descrédito está relacionado com a indicação de terapia farmacológica sem evidências científicas robustas para o tratamento de covid-19 a partir do documento “Orientações do Ministério da Saúde para tratamento medicamentoso precoce de pacientes com diagnóstico da Covid-19”,²⁶ que autorizava o uso de Cloroquina/Hidroxicloroquina para tratar sintomas leves da doença e ampliava seu uso para todos os pacientes infectados.

De acordo com Almeida-Filho (2021)²⁸ existia, ainda, o negacionismo do gestor federal em relação à gravidade da doença que propunha e defendia um “isolamento vertical” na expectativa de uma suposta “imunidade de rebanho”, onde pretendia-se suspender medidas gerais de controle epidemiológico. Esse autor alerta que ondas de informações falsas e decisões políticas equivocadas podem reduzir a capacidade de uma sociedade controlar uma pandemia viral.

Os planos de contingência desenvolvidos pelo HU, buscavam organizar, orientar, facilitar e agilizar as ações para dar respostas rápidas de controle e combate a emergência de saúde no qual vivenciavam. Sendo que alguns profissionais consideraram os planos essenciais para sua atuação e reordenação de trabalho, na qual alguns cargos de liderança assumiam o papel de capilarizar as informações contidas nos planos, dada sua constante atualização:

“Tinha os planos de contingência, né? Ah nos primeiros momentos os médicos da UTI vão lá ajudar, no segundo momento vai... chama o pessoal do ambulatório, de outras especialidades, para cuidar da enfermaria, então tinham os planos, né? Então isso ajudou, ajudou assim a gente ter uma logística de como seria tudo.” (André, Médico)

“Os planos foram realmente muito importantes pra nortear, mesmo em meio a esse caos que ela (a pandemia) trouxe para gente, né?” (Maria, Gestora)

“A gente fez um plano de contingência até que meio que diferente dos outros, sabe? Ganhamos até um prêmio, uma menção honrosa. Porque a gente chamava as pessoas pra conversar, pra gente poder fazer esse plano de contingência.” (Sandra, Gestora)

Apesar das falas de alguns profissionais fortalecerem a importância dos planos de contingência para a nova adequação de fluxos, serviços e rotinas, o que se observou é que os cargos de gestão eram os que de fato conseguiam ter mais apropriação sobre os planos de contingência, visto que, a maioria dos profissionais que realizavam assistência e os maqueiros, relataram não ter conseguido ler e acompanhar todas as versões dos planos pois existiam muitas atualizações e sempre com um grande número de páginas.

“Eu mal cheguei a dar uma olhada neles até hoje.” (Amélia, Técnica de Enfermagem)

“Quando a gente foi pra UTI COVID sim, a gente leu o plano de contingência. Foram suspensas as cirurgias eletivas, só ficaram as cirurgias da neuro. Mas outros... aí eu não acompanhei.” (Tales, Enfermeiro).

Mesmo cientes da existência dos planos, pôde-se observar que os profissionais atuantes na assistência direta aos pacientes, não conseguiam acompanhar os materiais que sofriam atualizações constantes, fortalecendo a importância da capilarização das atualizações através dos cargos de coordenação.

O autor Ferreira *et al.* (2020)²⁸ destaca a importância da elaboração de planos de contingência em hospitais, ressaltando que esses planos devem incluir medidas de prevenção e controle de infecção, capacitação dos profissionais de saúde, gerenciamento de casos e recursos, entre outros aspectos relevantes. O autor enfatiza que a implementação desses planos deve ser acompanhada de monitoramento e avaliação constante, a fim de garantir a sua efetividade.

Nesse sentido, o desconhecimento acerca da nova doença e a necessidade de prestar uma assistência de qualidade levava os profissionais a organizarem suas condutas no primeiro momento baseado na experiência adquirida em seus setores de origem, mas exigia da gestão

uma viabilização também, de treinamentos para que esses profissionais se sentissem mais confiantes em realizarem seu trabalho.

Nesse momento, a CCIH ganha um papel de destaque realizando treinamentos in loco e criando vídeos interativos instrucionais.

“Várias capacitações! Tanto pra gente como gestor quanto para os profissionais que estavam na ponta. Nós tivemos que trabalhar muito junto com a CCIH. Nós tivemos confecção de vídeos. Era muito difícil você conseguir colocar as pessoas numa sala, mandar o link naquele momento... então foram confeccionados vídeos de treinamento e foram disparados. Então o profissional... na hora que ele podia, assistia” (Fernanda, Gestora)

“Então, a gente fez inúmeros, inúmeros treinamentos: como botava, tirava EPI [...] E a gente pensou todo o controle, as medidas de controle de infecção dentro desse serviço, né? A gente teve que ir lá, inúmeros treinamentos exaustivos, às vezes a gente ficava até de noite aqui.” (Bruno, Gestor)

“Nessa época, a CCIH teve uma participação significativa. É... a gente quando designou os colaboradores que iriam atuar, diretamente, nas áreas covid, eles foram direcionados pra um treinamento junto a CCIH referente à paramentação e desparamentação e higienização das mãos, né?” (Norma, Gestora)

“Foi muito importante pra mim porque é... muito diferente tu chegar em uma situação e não saber de nada, né? ‘Poxa, me botaram aqui, como é que eu, qual, não sei de nada’? Não... foi essencial! Pra começar a trabalhar foi essencial, a gente quando chegava lá, já não ficava tanto perdido, a gente já sabia o que é que tinha que fazer, entendeu?” (João, Maqueiro)

Considerando que a covid-19 se trata de uma doença infectocontagiosa, a presença de um elevado número de profissionais em um mesmo ambiente representa um risco para a saúde desses indivíduos. Entretanto, essa problemática foi contornada por meio da implementação de medidas preventivas e da disponibilização de recursos educacionais pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH).

As falas dos profissionais enfatizam a relevância da CCIH no processo de capacitação para enfrentamento da doença, no qual os treinamentos in loco e a produção de vídeos instrutivos se mostraram essenciais para prepará-los para lidar com a pandemia, inclusive para profissionais do serviço de apoio. Ademais, é importante destacar que os treinamentos foram conduzidos de acordo com os protocolos de controle de infecção, a fim de garantir a segurança tanto dos profissionais quanto dos pacientes.

A visão de alguns profissionais da assistência destoa do que é dito pela gestão e demais profissionais, visto que, eles dizem não ter considerado os treinamentos suficientes para sua atuação.

“Começou a ter um treinamento in loco na UTI, mas foi algo extremamente rápido. [...] Então são... Qual o movimento? Que cuidado tem que ter? Foi algo extremamente rápido” (Célio, Enfermeiro)

“Com a primeira admissão toda a equipe se contaminou.” (Amélia, Técnica de Enfermagem)

“Teve um treinamento só, em relação a paramentação. Que é pelos vídeos, ensinando e tal, mas em relação a atendimento a paciente com COVID não [...] A gente que foi estudando por conta própria mesmo.” (André, Médico)

A realização de treinamentos e capacitação das equipes de saúde é crucial para o bom andamento do serviço, aplicabilidade de fluxo e direcionamentos, principalmente no que tange situações nunca vivenciadas, como no caso da pandemia em questão. E o que pôde ser notado através da análise das falas, é que os profissionais que realizavam assistência direta aos pacientes, foram os que não acharam as capacitações suficientes para sua atuação.

As capacitações remotas e/ou por vídeos ganharam destaque como forma de atualização profissional voltadas principalmente para prepará-los para o atendimento a pacientes com covid-19 e para o uso adequado dos equipamentos de proteção individual. Sabe-se que um dos momentos de maior risco para a contaminação dos profissionais ocorria durante a desparamentação, reforçando a importância de realizar tais capacitações pois contribuem para a diminuição do estresse e da insegurança da equipe das equipes no cuidado aos pacientes.^{31, 32}

Nesse contexto de educação permanente, vale destacar a importância de que gestores e líderes de equipes valorizem a escuta ativa quanto às solicitações dos profissionais de saúde, buscando acolher suas demandas e respondê-las com prontidão. O apoio gerencial para as ações de segurança é essencial para a incorporação de práticas seguras nos ambientes de assistência à saúde.³³

CONFLITOS, NEGOCIAÇÕES E COOPERAÇÃO

Na linha de frente: enfrentando o vírus e os medos

Para os gestores entrevistados, o cenário era desafiador. Cabia a eles garantir a assistência aos pacientes com covid-19 e para isso era necessário contar com profissionais assustados e inseguros, como demonstrado nos relatos abaixo.

"Eu tive gente que chegou chorando e pediu: 'pelo amor de Deus eu não quero ir pro Covid'. Nós tivemos profissional de nível superior, não da enfermagem, mas de outra categoria, que chegou a pedir demissão, quando foi para a ala covid. Foi lá no RH pedir demissão. E aí... o maior desafio foi esse. Foi tentar trazer os profissionais." (Fernanda, Gestora)

"Eu tive médicos... incontáveis... que choraram aqui! Horrores aqui nessa sala... dizendo que eles não iam, que eles iam passar covid pra família, que eles iam ter que entubar, e eles iam... o filho é pequeno... 'eu sou a [renda] de família'. Um monte. Eu vou te dizer... foram incontáveis choros. Eu recebi muitos médicos extremamente... bravos, porque é como você se defende, né? Uns se defendem chorando, outros se defendem brigando." (Juliana, Gestora)

"Aqui eles te peitam, ou peitavam. Mandeí abrir uns oito processos contra gente e botei no COREN. Porque é recusa, né, insubordinação. Então isso foi um desafio pra mim, trabalhar isso no dia a dia, num momento tão difícil que eles estavam vivendo, porque eles também tinham medo, né?" (Fernanda, Gestora)

De acordo com as declarações dos gestores, constatou-se que era frequente a recusa dos profissionais em trabalhar na ala covid, devido ao medo de contaminação, desparamentação ou morte. Esse medo, inclusive, foi identificado como um fator presente no ambiente hospitalar desde a chegada do primeiro caso, conforme descrito por Carvalho *et al.* (2020).³⁴ Como consequência, essa insegurança gerava situações conflitantes para os gestores, uma vez que precisavam organizar as equipes de trabalho e assegurar a assistência aos pacientes.

Para enfrentar esses desafios, os gestores entrevistados precisaram lidar com situações delicadas, como relatos de médicos que choraram ou se recusaram a trabalhar. Nesse sentido, as falas de Fernanda e Juliana refletem a complexidade do papel dos gestores em momentos de crise, uma vez que eles precisam equilibrar o reconhecimento do sofrimento dos profissionais com a necessidade de manter o hospital funcionando de maneira eficiente.

A insegurança dos profissionais, decorrente do medo de contaminação e da falta de conhecimento acerca do vírus, exigiam uma atuação sensível e equilibrada por parte dos gestores, pois, esses fatores contribuíram para que os trabalhadores da saúde não se sentissem seguros em ir para a “linha de frente”, gerando situações conflitantes.

Para os profissionais, o momento inicial da convocação para atuar no enfrentamento de covid-19 lhes conferia um caráter obrigatório e desconfortável na qual eles não queriam estar.

“É, inicialmente eu não queria ir, na verdade, né? Embora eu tivesse, é, a experiência em adulto [...] no primeiro momento não foi com por livre e espontânea vontade, foi por questão de necessidade e convocação mesmo.” (Francisco, Fisioterapeuta)

“Aí todo mundo saiu correndo, né, pedir as contas e dizia assim: Não, pelo amor de Deus! Não, não, não! Não, por que que a gente? Por que que não manda outro setor? Por que que sempre tem que ser a gente? Não, não é justo! Não tô preparado!” (Amélia, Téc. de Enfermagem)

“Olha, nós vivenciamos aqui dois momentos. Esse primeiro de muita... muito tenso, né? De receio, nós tivemos embates aqui dentro com a gestão. Porque é... nós fomos chamadas pra trabalhar no setor, no anexo c, no setor covid específico. E... e nós nos recusamos.” (Luiza, Assistente Social)

Tanto os gestores quanto os profissionais falaram dos inúmeros conflitos surgidos no processo de adequação do hospital para a assistência aos pacientes que chegavam com covid-19, no início da pandemia. Para Chiavenatto (1999)³⁷ conflito “é a existência de sentimentos, atitudes ou interesses antagônicos que se chocam e produzem resistências entre as partes”. O tipo de conflito que pôde ser visto através das falas, é o que esse autor trata como “conflito manifesto”, também chamado de conflito aberto porque se manifesta sem a dissimulação entre as partes envolvidas.³⁴ A negação e recusa em resposta às determinações da gestão, que chegaram a culminar em mais de uma situação em pedido de rescisão de contrato são exemplos desse tipo de conflito.

Da resistência à cooperação

Diante da resistência, gerenciar os conflitos em todos os seus níveis de gravidade tornou-se uma necessidade diária para os gestores, que necessitaram buscar estratégias para mediar tais situações e garantir a assistência adequada à população.

A mediação é uma maneira de reduzir os prejuízos e perdas na produção do trabalho.⁴⁰ Gil (2019)²¹ reforça que o conflito deve ser encarado como oportunidade quando gera motivação e energia para realizar da melhor maneira o trabalho e permitindo a libertação de tensões existentes.⁴⁰

Dentro dessas estratégias, nesta pesquisa, destaca-se o fato de alguns gestores se inserirem, também na assistência, tanto para garantir a proximidade com os demais profissionais quanto para suprir a demanda de atendimentos daquele momento, visto que o número de profissionais era insuficiente.

“[...] porque eu fui pra lá. Então eu falava pra eles com conhecimento de causa, isso de uma certa forma gerou uma questão de respaldo. Então, em algum momento eles me viram como uma pessoa que falava porque sabia e estava junto com eles.” (Maria, Gestora)

“Eu acho que nosso papel fundamental é dar esse suporte, porque não é uma coisa fácil! A maioria das pessoas tinha... até hoje tem medo, né? É, então você conseguir dar um suporte pras pessoas, segurança de que você vai estar junto. E mesmo enquanto gestor, é você tá ali junto. Até mesmo dentro da área covid se precisar. Thais, Gestora)

Grande parte das vezes o tema gestão é trabalhado atrelado somente aos mecanismos organizacionais, porém, essa é apenas uma das situações possíveis desenvolvidas pelos gestores. Diante do desafio de lidar com processos de trabalho e pessoas que os realizam, entende-se que toda escolha é política pois existem sempre interesses, necessidades, desejos, saberes e poderes que exigem um diálogo para o conhecimento sobre diferentes situações e contextos. “Gestão não é apenas organização do processo de trabalho, mas é o que se passa entre os vetores-dobras que o constituem”.⁴¹

Fugindo desse papel puramente organizacional, além da necessidade de aproximação com os sujeitos através do diálogo, a pandemia de covid-19 requereu um aumento no quantitativo de trabalhadores para realizar atendimentos aos casos que eram referenciados para as instituições,⁴³ no HU cargos de gestão com formação técnica que possuíam capacidade de realizar assistência acabaram por atuar na “linha de frente” para suprir a demanda do período.

Diferindo da resistência inicial em prestar assistência aos pacientes com covid-19 que criou um ambiente de conflito a ser gerenciado, o sentimento de cooperação e pertencimento entre as categorias de trabalhadores ganha uma nova configuração. De acordo com eles, antes da chegada do vírus SARS-CoV-2, a assistência era realizada diferente no que diz respeito ao modelo de organização e ao processo de trabalho das equipes e principalmente ao sentido de cooperação entre os profissionais.

“A equipe multi tornou mais unida, então às vezes a gente até... falava assim: ‘Esse aí é meu papel ou papel do psicólogo ou do assistente social?’ Porque a gente se reunia todo dia pra poder resolver um problema.” (José, Terapeuta Ocupacional)

“Todo mundo ajudava todo mundo, entendeu? E assim é-é, como eu tô falando, é uma felicidade quando saía um paciente. Era uma vitória muito grande.” (Gustavo, Maqueiro)

Pré-pandemia, os atendimentos e propostas terapêuticas, eram realizadas de maneira mais isolada, porém, após a experiência da covid-19, houve uma mudança no modelo de atenção e os profissionais passaram a atuar com maior interdisciplinaridade e integração da equipe multiprofissional. Esse sentimento de cooperação entre as categorias aparece de maneira muito clara em todas as falas dos profissionais entrevistados.

Os Hospitais universitários, dada a coexistência de hospital e faculdade no mesmo espaço diferem de hospitais gerais no nível de hierarquização e interações das equipes médicas e de demais categorias, não produzindo o isolamento total entre as categorias de pessoal, nem concedendo domínio de uma categoria sobre as demais.⁴³

Portanto, ao trabalho “médico coletivo” é anexado o trabalho de várias outras categorias profissionais (terapeutas, psicólogos, assistentes sociais...) para responder as

necessidades do objeto (pacientes em tratamento) e acabam por demandar uma complexidade maior do trabalho em saúde.⁴⁵

Sendo assim, o cenário pandêmico trouxe consigo especificidades nas formas de atuação nos serviços de saúde, que exigiram reorganização das práticas em saúde desenvolvidas pelas equipes de forma tanto multiprofissional quanto interdisciplinar corroborando a importância de compreender o processo de trabalho de maneira mais ampla e menos pautada na supremacia do trabalho médico no que se refere a organização.¹⁷

De acordo com Ventura-Silva (2020)⁴⁵ a existência de um modelo assistencial estruturado por equipes multidisciplinares, permitiu uma capacidade de resposta eficaz às necessidades surgidas com a pandemia, sendo notória a partilha de conhecimento e a criação de um espírito de grupo entre os vários profissionais, imprescindíveis ao sucesso nesse momento. Diferindo do modelo tradicional de organização do trabalho em saúde que não tem garantido que as práticas se complementem, ou que haja solidariedade no cuidado.⁴⁶

O estreitamento das relações entre assistência e gestão também ocorreu exatamente porque os processos de trabalho ocorriam de maneira interligada entre as categorias.

“Ela (pandemia) permitiu essa proximidade maior, principalmente, da área assistencial com a área administrativa do hospital, porque, em algum momento, parece ser dois mundos distintos, né? Mas se for parar pra pensar, a assistência, ela é essencial dentro do hospital? É, mas noven, noventa por cento de tudo que a assistência tem pra conseguir executar seu serviço, é a administração que tenta proporcionar de alguma forma.” (Norma, Gestora)

Com o intuito de compreender a nova doença que surgia e traçar um plano de assistência para os pacientes os profissionais de saúde se perceberam em meio a uma necessidade de estreitar relações, tanto entre si, quanto com as categorias administrativas, buscando conhecimento e aperfeiçoamento para reduzir as dificuldades que se apresentavam.

A integração do cuidado tem sido vista na literatura como um conjunto de práticas articuladas em torno da necessidade dos usuários, envolvendo nesse caso o apoio institucional

na articulação das equipes para a conquista da integralidade e, conseqüentemente, o alcance de uma assistência qualidade.⁴⁷

Sentimentos contraditórios: em busca de significados

Gerenciar instituições e equipes de saúde em momentos considerados de normalidade já é uma tarefa complexa, e em tempos de crise, essa complexidade tende a ser intensificada. Muitos gestores acabam por assumir uma duplicidade de funções, se deparam também com a quebra da sua rotina de trabalho e experienciam o cansaço e a exaustão. Porém, assim como será vista nas falas dos profissionais assistenciais, há também um sentimento de “utilidade” profissional.

“Quando eu fui pra UTI covid foi pior, porque na UTI covid, eu tive que fazer esse papel (liderança de enfermagem) e ir pra assistência diretamente. Então, foi isso que me cansou muito, tanto mentalmente, como físico, entendeu?” (Antônia, Gestora)

“Eu acabei experimentando, vivendo, esse hospital de uma forma que eu nunca tinha vivido antes, então foi um momento de grandes desafios dentro da gestão é... eu acho que me senti... importante, no sentido de, de ser uma peça importante dentro do hospital naquele momento.” (Juliana, Gestora)

Um resultado inesperado foi a visão dos profissionais da assistência e do serviço de apoio em relação ao período pandêmico, visto que eram esperadas memórias negativas sobre o momento, já que a tensão e o medo esteve presente em diversas falas relacionadas ao processo de trabalho nos anos de 2020 e 2021.

“É meio contraditório, mas eu tenho muito que agradecer pelo, pelo que ocorreu no sentido de que profissionalmente, é... eu me senti extremamente útil, entendeu? Porque a gente, a gente via essa necessidade de profissionais e que tivesse capacidade técnica pra tá ali.” (Célio, Enfermeiro)

“Então eu me sentia muito valorizado porque eu tava no meio daquela equipe, a gente tava, a gente tinha elogio pela nossa, nossos supervisores, entendeu? Então eu me, eu me vi assim muito valorizado, entendeu?” (Gustavo, Maqueiro)

“Me tornei mais confiante e sabendo o que eu podia fazer a mais do que antes. Assim, a gente da fonoaudiologia, a gente teve uma, um reconhecimento muito grande nacionalmente, né?” (Eduardo, Fonoaudiólogo)

Diferindo do que tem sido visto nos estudos sobre a covid-19 em relação aos sentimentos vivenciados, no hospital universitário em questão, o sentimento de gratidão, utilidade e valorização está presente em muitas falas, esse fato pode estar ligado ao fato da gestão ter organizado seus espaços e fornecido equipamentos de proteção individual (mesmo passando por momentos de dificuldade de abastecimento), a fim de diminuir os riscos de contaminação para os profissionais, pela condução na mediação dos conflitos e por não ser um hospital “portas abertas”, onde os pacientes chegavam já referenciados e as equipes podiam se organizar para sua recepção.

Fortalecendo a fala dos profissionais entrevistados, a motivação e vontade de contribuir, foram as sensações destacadas dentre as falas de profissionais de saúde da atenção hospitalar que prestaram atendimento a pacientes com covid-19 em um outro estudo realizado no sul do Brasil.⁴⁸

Porém, diferindo das falas dos profissionais entrevistados e do estudo anterior, Machado (2020)⁴⁹ verificou que a maioria dos profissionais, principalmente os das equipes de enfermagem, se queixam de desgaste profissional, sendo consequência das condições de trabalho precárias e baixos salários. Esses profissionais também vivenciam fortemente o sentimento de invisibilidade de sua atividade, no que se refere ao reconhecimento da população por eles assistida.

Da mesma forma, Machado *et al.* (2022)¹⁶ aponta queixas recorrentes, por parte dos profissionais, relacionadas ao suposto despreparo técnico de colegas da equipe em atuação na pandemia e à insensibilidade da gestão às necessidades dos trabalhadores da saúde no seu cotidiano de trabalho.

Tal discordância encontrada através das falas dos entrevistados, pode estar relacionada à gestão participativa existente no local do estudo em questão, gestão essa que buscou atender as necessidades dos trabalhadores e inseri-los nos processos de decisão. O tema

da participação está diretamente vinculado aos processos de democratização e às dinâmicas de gestão descentralizada. Uma gestão participativa viabiliza a comunicação entre profissionais de níveis hierárquicos diferentes, permitindo sua participação em processos decisórios tornando o ambiente de trabalho estimulante.^{46, 50}

Considerações Finais

Foram muitos os desafios enfrentados durante o período da pandemia de covid-19 relatados pelos gestores e profissionais entrevistados. Necessidade de adequações físicas e estruturais com suspensão de serviços eletivos e criação de novos leitos de UTI e enfermarias específicos para o enfrentamento a covid-19, reorganização das equipes de trabalho, incluindo mudança de setor, modificação na dinâmica do trabalho envolvendo protocolos que mudavam frequentemente foram as principais questões destacadas.

A gestão desses desafios trouxe a necessidade de mediação de conflitos, inerentes às relações de trabalho e exacerbados pela situação de crise. As gerências buscaram realizar uma gestão participativa com o objetivo de minimizar os impactos das mudanças.

As falas de gestores e profissionais evidenciaram que, após o momento inicial de resistência e, até mesmo de pedido de demissão por parte de alguns profissionais, reações fortemente determinadas, primeiro pelo medo de uma doença ainda desconhecida e desafiadora, e segundo pela necessidade de mudanças mobilizadoras, os profissionais foram, paulatinamente, construindo um processo de trabalho mais colaborativo envolvendo as diferentes categorias profissionais, resultando no fortalecimento das equipes multiprofissionais e em tomadas de decisão e discussões dos casos mais horizontalizadas.

A criação de protocolos e planos de contingência coordenados pelo comitê de operações de emergência, criado na instituição, serviram de apoio e direcionamento para as ações realizadas e possibilitaram maior sensação de segurança no trabalho com pacientes com

covid-19 e melhor qualidade da assistência, o que possibilitou que, durante a segunda onda da pandemia, o hospital oferecesse apoio a pacientes de outro estado.

Mesmo diante de todos os processos de reorganização e quebra da rotina de trabalho, muitos profissionais sentiram-se essenciais no cuidado aos pacientes com covid-19 e destacaram a valorização e o reconhecimento de sua importância profissional.

Assim, as vivências de gestores e profissionais diante da pandemia de covid-19, determinando a necessidade de ações rápidas que impulsionaram mudanças e adaptações para atender à nova demanda, produziram um aprendizado técnico e relacional que pode ser capaz de subsidiar conhecimentos e estratégias para reduzir impactos em outras situações de futuras crise.

Referências

- 1 Carmo EH. Regulamento sanitário internacional, emergências de saúde pública, liberdades individuais e soberania. *Rev. direito sanit.* 2007;8(1):61-64. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/80041>
- 2 World Health Organization. Clinical care severe acute respiratory infection: toolkit. Toolkit. 2020a.
- 3 Massuda A., Malik AM, Ferreira Junior WC, Vecina Neto G, Lago M, Tasca, R. Pontos chave para gestão do SUS na resposta à pandemia COVID-19. São Paulo: IEPS; 2020.
- 4 Brasil. Painel coronavírus [Internet]. 2022. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>
- 5 Brasil. Painel coronavírus [Internet]. 2020. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>
- 6 Rafael RMR *et al.* Epidemiology, public policies and Covid-19 pandemics in Brazil: what can we expect? *Rev enferm UERJ.* 2020;8.
- 7 Vindrola-Padros C, Andrews L, Dowrick A, et al. Perceptions and experiences of healthcare workers during the COVID-19 pandemic in the UK. *BMJ Open.* 2020;10:e040503.
- 8 Vieira, R. A., Botelho, L. A. M., & de Oliveira, P. M. V. (2021). Management strategies for hospitals during the COVID-19 pandemic: a systematic review. *Rev Bras Enfer.* 2021;74(Suppl 2):e20210276.
- 9 Schneider EC. Hospital quality management: a shape-shifting cornerstone in the foundation for high-quality health care. *J Qual Health Care.* 2014(26).

- 10 Farias DC, Araújo FO. Gestão hospitalar no Brasil: revisão da literatura visando ao aprimoramento das práticas administrativas em hospitais. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017;22:(6):1895-1904.
- 11 Santos BS. *A cruel pedagogia do vírus.* Coimbra: Almedina; 2020.
- 12 Merhy EE. *et al.* O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano: o debate no campo da saúde coletiva. 2. ed. São Paulo: Hucitec Editora; 2003.
- 13 Faria HPD, Werneck MAF, Santos MAD, Teixeira PF. *Processo de trabalho em saúde.* 2. ed. Belo Horizonte: Nescon; 2009.
- 14 Borges C, Souza L. Assistência de enfermagem durante a pandemia de covid-19: um relato de experiência. *Atenas Higeia.* 2020;2:16-21.
- 15 Prieto Urgilés, FI, Rodríguez Cajamarca, LP & Verdugo González RC. Fortalezas y debilidades de la pedagogía en el ciberespacio en época de cuarentena COVID-19. *Revista Scientific.* 2020;5(17), 252-266.
- 16 Teixeira CFS *et al.* A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de covid-19. *Ciênc. Saúde Colet.* 2020;25(9) 3465-3474. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>. ISSN 1678-4561
- 17 Silva VGF. Representações sociais das pessoas em sorodiferença ao HIV por profissionais de saúde nos serviços de assistência especializada. Natal: UFRN; 2021.
- 18 Deslandes SF. O processo de trabalho na emergência. In: Deslandes SF. *Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.
- 19 Flick U. *Qualidade na pesquisa qualitativa.* Porto Alegre: Artmed; 2009.
- 20 Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
- 21 Gil, Antonio Carlos. *Métodos e técnicas de pesquisa social.* 7. ed. São Paulo: Atlas; 2019.
- 22 Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota técnica gvims/ggtes/anvisa nº 07/2020 orientações para prevenção e vigilância epidemiológica das infecções por sars-cov-2 (covid-19) dentro dos serviços de saúde. Brasília, DF: Anvisa; 2021.
- 23 Santos JLG, Menegon FHA, Andrade GB, Freitas EO, Camponogara S, Balsanelli AP, *et al.* Changes implemented in the work environment of nurses in the COVID-19 pandemic. *Rev Bras Enferm.* 2022;75(Suppl 1):e20201381. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1381>
- 24 Ammar A, Stock AD, Holland R, Gelfand Y, Altschul D. Managing a specialty service during the COVID-19 Crisis: lessons from a New York City Health System. *Acad Med.* 2020;95(10):1495-98. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000003440>
- 25 Libânio D, Bastos P, Pimentel-Nunes P. Safe and Valuable Endoscopy in the COVID Era. *GE Port J Gastroenterol.* 2020; 27:219-223.

- 26 Almeida JA. Internal Medicine in Centro Hospitalar Universitário S. João and the COVID-19 Pandemic. *Med Intensiv.* 2020.
- 27 Omotto CA, Santini SML & Esteves JLM. Controle da dengue: uma análise da implementação do PNCD e a relação do processo de trabalho na 16a Regional de Saúde de Apucarana/Paraná-Brasil. Brasília, DF: Consad; 2009.
- 28 Gomes KWL. *et al.* Organização do processo de trabalho no manejo da dengue em uma capital do Nordeste. *Saúde debate.* 2015;39(105):561-569.
- 29 Ferreira RA *et al.* Plano de contingência hospitalar para enfrentamento da COVID-19: experiência de um hospital universitário em São Paulo, Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2020;29(3):e2020114.
- 30 Brasil. Orientações do ministério da saúde para tratamento medicamentoso precoce de pacientes com diagnóstico da covid-19. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020. Disponível em: <https://static.poder360.com.br/2020/05/orientacoes-ministerio-da-saude-cloroquina-20-mai-2020.pdf>
- 31 Almeida-Filho, Naomar. Pandemia de Covid-19 no Brasil: equívocos estratégicos induzidos por retórica negacionista. *Principais elementos.* 2021:p. 214-225.
- 32 Carvalho TS *et al.* A gestão hospitalar em tempos de pandemia: estratégias e desafios. *Rev Bras Promo Saúde.* 2020;33.
- 33 Santos JLG, Menegon FHA, Andrade GB, Freitas EO, Camponogara S, Balsanelli AP, *et al.* Changes implemented in the work environment of nurses in the COVID-19 pandemic. *Rev Bras Enferm.* 2022
- 34 Mendes JJ, Mergulhão P, Froes F, Paiva JÁ & Gouveia J. Recommendations from the Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos and Infection & Sepsis Group for intensive care approach to COVID-19. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2020.
- 35 Bitencourt JVOV, Meschial WC, Frizon G, Biffi P, Souza JB, Maestri E. Nurse's protagonism instructing and managing a specific unit for COVID-19. *Texto Contexto Enferm.* 2020;29:e20200213.
- 36 Ferreira A. Novo dicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1996.
- 37 Chiavenatto I. Gestão de pessoas. Rio de Janeiro: Campus; 1999.
- 38 Chiavenato I. Introdução à teoria geral da administração: uma visão abrangente da moderna administração das organizações. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2008.
- 39 Aires MMM, Delatorri MS. A importância da gestão de conflitos nos sistemas de saúde. *Rev. Ambiente Acadêmico.* 2019;5(1):44-59.
- 40 Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6. ed. São Paulo: Atlas; 2008.
- 41 Barros MEB, Benevides de Barros, R. Da dor ao prazer no trabalho. In: Barros MEB, Santos-Filho S. (Org.). *Trabalhador da saúde: muito prazer!* Ijuí: Editora Unijuí; 2007.

- 42 Souza WM, Buss LF, Candido DS. *et al.* Epidemiological and clinical characteristics of the COVID-19 epidemic in Brazil. *Nat Hum Behav.* 2020;4:856-865.
- 43 Carapineiro G. Saberes e poderes no hospital. Lisboa: Edições Afrontamento; 1993.
- 44 Gonçalves RB. Tecnologia e organização social das práticas de saúde. São Paulo: Hucitec; Abrasco; 1994.
- 45 Ventura-Silva JMA, Ribeiro OMPL, Santos MR, Faria ACA, Monteiro MAJ & Vandresen, L. Planejamento organizacional no contexto de pandemia por COVID-19: implicações para a gestão em enfermagem. *J Health NPEPS.* 2020;5(1):e4626. Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/4626>
- 46 Brasil. Política nacional de humanização da atenção e gestão do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009.
- 47 Menezes, Katiucha Mendes de; Pompilio, Maurício Antonio; Andrade, Sônia Maria Oliveira de. *Rev. enferm. UFPE.* 2019;13(4):1052-1063.
- 48 Paula GQ. Educação e Pandemia: impactos na aprendizagem de alunos em alfabetização. *Ensino em Perspectivas.* 2021;2(4):1-9.
- 49 Machado WL. Enfrentando o estresse em tempos de pandemia: proposição de uma cartilha. *Estudos de Psicologia.* 2020;37:e200065.
- 50 Jacobi P. Participação e gerência dos serviços de saúde: desafios e limites no município de São Paulo. *Rev. de Adm. Publica.* 1992;2(26):32-43.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia da covid-19 trouxe consigo vários desafios para a saúde pública em todas as suas esferas. Foi vivenciada dentro dos serviços de saúde pelos gestores e trabalhadores como algo inesperado, desconhecido, gerando medo e insegurança e que, no primeiro momento provocou intensas mudanças organizacionais em todos os seus níveis em virtude de sua característica infectocontagiosa e do aumento expressivo da demanda.

Os resultados desta pesquisa trouxeram alguns dos desafios que os gestores de um hospital universitário encontraram durante o período da pandemia de covid-19. Diante da nova doença, os gestores, assim como os profissionais da assistência experimentaram uma acentuada modificação na dinâmica do trabalho, acompanhada da necessidade de adequações físicas e estruturais, tais como reorganização das equipes de trabalho, modificando os setores de alguns profissionais, suspensão de serviços eletivos, criação de leitos de UTI e enfermarias específicos para o enfrentamento a covid-19, dentre outros, a fim de que prosseguissem a manutenção de processos de trabalho e serviços.

Além das alterações dos processos estruturais e físicos, evidenciou-se o surgimento de conflitos entre profissionais e gestão, pois em momento inicial havia entre os trabalhadores da saúde a resistência em assistir pacientes com suspeita ou confirmação de covid-19, pois muitos possuíam medo e insegurança dado ao caráter infectocontagioso da doença, ao conhecimento incipiente sobre o vírus e o risco iminente de morte. Alguns profissionais, apesar da estabilidade que um hospital universitário lhes assegura, solicitaram desligamento de suas funções por não aceitar o remanejamento proposto pela gestão.

Apesar desses conflitos apresentados, a gerência buscou realizar uma gestão participativa com o objetivo de minimizar os impactos das mudanças, bem como, houve a inserção de alguns gestores na assistência, contribuindo para a aproximação da gestão com as demais categorias profissionais.

Outra maneira de adequar o hospital e preparar as equipes a fim de minimizar os danos à saúde tanto dos trabalhadores quanto dos pacientes, foi através da criação de protocolos e planos de contingência que foram gerados pelo comitê de operações de emergência criado na instituição, eles serviam de direcionamento para todas as ações realizadas dentro do local pesquisado, embora, muitas tenham sido as mudanças nesses planos devido ao que ia se adquirindo de conhecimento sobre o SARS-CoV-2, dificultando o acompanhamento destes por parte dos trabalhadores.

Durante a segunda onda da pandemia, o referido hospital recebeu diversos pacientes vindos de outro estado brasileiro tendo que se reorganizar para essa recepção, caracterizando um novo desafio para aquele momento, porém esse processo ocorreu quando os planos e protocolos já estavam bem estabelecidos e os profissionais consideravam-se experientes, não tendo grande impacto na prestação de serviços do hospital.

Diante de todo esse processo de (re)organização, pôde ser visto um fortalecimento das equipes multiprofissionais, que souberam lidar com as situações adversas do momento e uniram-se para a recuperação dos pacientes, através das trocas de conhecimento e experiências de cada categoria, diminuindo naquele momento a hegemonia de conhecimento puramente médico, onde as decisões eram tomadas em equipe e as discussões dos casos realizadas de maneira horizontal.

Percebeu-se entre os profissionais que mesmo diante de todos os processos de reorganização e quebra da rotina de trabalho, eles sentiram-se essenciais no cuidado aos pacientes durante a crise e valorizados enquanto ao reconhecimento de sua importância profissional.

Portanto, percebe-se que as epidemias e pandemias modificam o processo de trabalho em saúde e exigem dos gestores ações rápidas, impulsionando mudanças e adaptações para atender a nova demanda e subsidiar conhecimentos e estratégias para reduzir impactos de futuras crises epidemiológicas.

REFERÊNCIAS

- ABOLFOTOUH, M. A. *et al.* Assessment of the readiness of healthcare facilities in Saudi Arabia to manage the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic. **BMC Public Health**, [S. l.], v. 21, n. 1, p. 72, 2021.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Nota técnica gvims/ggtes/anvisa nº 07/2020 orientações para prevenção e vigilância epidemiológica das infecções por sars-cov-2 (covid-19) dentro dos serviços de saúde**. Brasília, DF: Anvisa; 2021.
- ALVARENGA, A. A. *et al.* Desafios do estado brasileiro diante da pandemia de covid-19: o caso da paradiplomacia maranhense. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 12, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00155720>. Acesso em: 21 jul. 2022.
- ARAÚJO, L. F. S. C. *et al.* Aspectos clínicos e terapêuticos da infecção da covid-19. **Rede CoVida**, Rio de Janeiro, p. 1-14, 2020.
- ARAÚJO, M. T. C. *et al.* Gestão hospitalar em tempos de pandemia. **Revista Brasileira de Direito e Gestão Pública**, Pombal, v. 9, n. 2, p. 351-360, abr./jun. 2021.
- BARRETO, M. L. *et al.* O que é urgente e necessário para subsidiar as políticas de enfrentamento da pandemia de covid-19 no Brasil? **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S. l.], v. 23, p. 1-4, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200032>. Acesso em: 25 jul. 2022.
- BARROS, R. D. B.; BARROS, M. E. B. Da Dor ao Prazer no Trabalho. *In*: SANTOS-FILHO, S.; BARROS, M. E. B. (Org.). **Trabalhador da Saúde: Muito Prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão de trabalho em saúde**. Ijuí: Unijuí, 2007.
- BORGES, C.; SOUZA, L. Assistência de enfermagem durante a pandemia de covid-19: um relato de experiência. **Revista Atenas Higeia**, [S. l.], v. 2, p. 16-21, 2020.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 2020.
- BRASIL. **Lei n. 13.979, de 06 de fevereiro de 2020**. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Brasília, DF: Presidência da República, 2020c.
- BRASIL. Ministério da Economia. **Mapeamento dos profissionais de saúde no Brasil: alguns apontamentos em vista da crise sanitária da covid-19**. Brasília, DF: Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada, 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. **Protocolo de manejo clínico da Covid-19 na Atenção Especializada**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020b. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/14/Protocolo-de-Manejo-CI--nico-para-o-Covid-19.pdf>. Acesso em: 21 out. 2022.

BRASIL. **Painel coronavírus**. Brasília, 17 nov. 2022. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 6 nov. 2022.

BRASIL. **Painel de casos de doença pelo coronavírus 2019 (covid-19) no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020.

BRASIL. **Portaria nº 454, de 20 de março de 2020**. Declara, em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do coronavírus (covid-19). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020a. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-454-de-20-de-marco-de-2020-249091587>. Acesso em: 21 jul. 2022.

CAMELO JÚNIOR, J. S. Pandemia de covid 19 e a saúde mental de pacientes, famílias e trabalhadores da saúde: oportunidade de transformação. **Revista Qualidade HC**, São Paulo, 2020.

CARMO, E. H. Regulamento sanitário internacional, emergências de saúde pública, liberdades individuais e soberania. **Revista de Direito Sanitário**, [S. l.], v. 8, n. 1, p. 61-64, 2007. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/80041>. Acesso em: 1 nov. 2021.

CARMO, E. H.; PENA, G.; OLIVEIRA, W. K. Emergências de saúde pública: conceito, caracterização, preparação e resposta. **Estudos Avançados**, [S. l.], v. 22, n. 64, p. 19-32, 2008.

CARVALHO, T. S. *et al.* A gestão hospitalar em tempos de pandemia: estratégias e desafios. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, [S. l.], v. 33, 2020.

CHIAVENATTO, I. **Gestão de pessoas**. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

COSTA, G. S.; COTA, W.; FERREIRA, S. C. Metapopulation modeling of covid-19 advancing into the countryside: an analysis of mitigation strategies for Brazil. **MedRxiv**, [S. l.], p. 1-13, 2020.

CRODA, J. H. R.; GARCIA, L. P. Resposta imediata da Vigilância em Saúde à epidemia da covid-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [S. l.], v. 29, n. 1, 2021.

DAUMAS, R. P. *et al.* The role of primary care in the brazilian healthcare system: limits and possibilities for fighting covid-19. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 6, 2020.

DESLANDES, S. F. O processo de trabalho na emergência. *In: Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. **Hospital universitário da UFMA: Histórico de competência e referência**. Brasília, 8 out. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/ufma/governanca/ufma/hospital-universitario-da-ufma-historico-de-competencia-e-referencia>. Acesso em: 29 out. 2022.

FARIA, H. P. D. *et al.* **Processo de trabalho em saúde**. 2. ed. -Belo Horizonte: Nescon, 2009.

FARIAS, D. C.; ARAÚJO, F. O. Gestão hospitalar no Brasil: revisão da literatura visando ao aprimoramento das práticas administrativas em hospitais. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 22, n. 6, p. 1895-1904, 2017.

FERREIRA, R. A. *et al.* Plano de contingência hospitalar para enfrentamento da COVID-19: experiência de um hospital universitário em São Paulo, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [S. l.], v. 29, n. 3, e2020114, 2020.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. **Boletim observatório covid-19**. Boletim extraordinário, 16 de março de 2021. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/boletim_extraordinario_2021-marco-16-red-red-red.pdf. Acesso em: 1 nov. 2021.

FISCHER, A. M. F. T. *et al.* Videochamadas: aproximando paciente, família e equipe durante a internação em tempos de pandemia de COVID-19. **Revista Qualidade HC**, [S. l.], 2020.

FLICK, U. **Qualidade na pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2019.

GOMES, K. W. L. *et al.* Organização do processo de trabalho no manejo da dengue em uma capital do Nordeste. **Saúde em debate**, [S. l.], v. 39, n. 105, p. 561-569, 2015.

GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**. São Paulo: Hucitec; Abrasco, 1994.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. Petrópolis: Vozes; 1988.

JAYME, F. G. **Direitos humanos e sua efetivação pela corte interamericana de direitos humanos**. Belo Horizonte: Del Rey, 2005.

KU, C. H.; NG, K. Y.; TAN, T. K. Role of hospital management in the COVID-19 pandemic. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, v. 49, n. 8, p. 565-567, 2020.

LACASTA-REVERTE, M. A. *et al.* Impacto emocional en pacientes y familiares durante la pandemia por covid-19: un duelo diferente. **Medicina Paliativa**, [S. l.], v. 27, n. 3, p. 201-208, 2020.

LIMA, L. D.; PEREIRA, A. M. M.; MACHADO, C. V. Crisis, conditioning factors, and challenges in the coordination of Brazil's federative State in the context of covid-19. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 7, 2020.

MACHADO, M. H. *et al.* Enfermagem em tempos de COVID-19 no Brasil: um olhar da gestão do trabalho. **Enfermagem em foco**, [S. l.], v. 11, n. 1, 2020.

MACHADO, M. H. *et al.* Perfil e condições de trabalho dos profissionais da saúde em tempos de covid-19: a realidade brasileira. *In*: PORTELA, M. C.; REIS, L. G. C.; LIMA, S. M. L. **Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2022.

MACHADO, M. H. Profissionais de saúde em tempos da covid19–SUS e trabalhadores da área são patrimônio do país. **O Globo online**. 2020. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/opi-niao/artigo-profissionais-de-saude-em-tempos-de-COVID-19-24322037>. Acesso em: 1 nov. 2022.

MASSUDA, A. *et al.* Pontos chave para gestão do SUS na resposta à pandemia covid-19. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde, 2020.

MATHEWS, K. S. *et al.* Variation in initial U.S. hospital responses to the coronavirus disease 2019 pandemic. **Critical Care Medicine**, [S. l.], v. Publish Ah, n. 7, 2021.

MERHY, E. E. *et al.* **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano: o debate no campo da saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2003.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, [S. l.], v. 5, n. 7, p. 1-12, 2017.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.

MINAYO, M.C. De S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MOROSINI, L. **Telemedicina, regulamentada durante a pandemia da covid-19, pode ampliar acesso à saúde**. Rio de Janeiro, 11 mar. 2021. Disponível em: <https://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/50973>. Acesso em: 29 out. 2022.

OMOTTO, C. A.; SANTINI, S. M. L.; ESTEVES, J. L. M. **Controle da dengue: uma análise da implementação do PNCD e a relação do processo de trabalho na 16a Regional de Saúde de Apucarana/Paraná-Brasil**. In: Congresso Consad de Gestão Pública, 2., 2009, Brasília, DF. **Anais [...]**. Brasília, DF: Consad, 2009.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Mantendo os serviços essenciais de saúde funcionando: operações de saúde durante a pandemia de COVID-19**. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2020-DON263>. Acesso em: 10 maio 2023.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Mantendo os serviços essenciais de saúde funcionando: operações de saúde durante a pandemia de COVID-19**. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2020-DON263>. Acesso em: 10 maio 2023.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Folha Informativa - covid19**. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>. Acesso em: 23 jul. 2021.

PAULA, A. C. R. Reações e sentimentos dos profissionais de saúde no cuidado de pacientes hospitalizados com suspeita covid-19. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, 2021.

RAFAEL, R. M. R. *et al.* Epidemiology, public policies and Covid-19 pandemics in Brazil: what can we expect? **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 28, 2020.

RODRIGUES, A. K. S. *et al.* Desafios da gestão de hospitais públicos brasileiros no cenário da pandemia COVID-19. **HU Revista**, [S. l.], v. 46, p. 1-2, 2020.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. P. B. **Metodologia de pesquisa**. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SANTOS, B. S. **A cruel pedagogia do vírus**. Coimbra: Almedina, 2020.

SCHNEIDER, E. C. Hospital quality management: a shape-shifting cornerstone in the foundation for high-quality health care. **International Journal for Quality in Health Care**, [S. l.], v. 26, 2014.

SELLTIZ, C.; WRIGHTSMAN, L.; COOK, S. **Métodos de pesquisa nas relações sociais: delineamentos de pesquisa**. São Paulo: EPU, 1987.

SILVA, C. O. **Curar adoecendo: um estudo do processo de trabalho hospitalar em busca da saúde, da inventividade e da vida**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 19994.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 3. ed. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001.

SILVA, V. G. F. *et al.* The nurse's work in the context of covid-19 pandemic. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S. l.], v. 74, 2021.

SILVA, V. G. F. **Representações sociais das pessoas em sorodiferença ao HIV por profissionais de saúde nos serviços de assistência especializada**. Natal: UFRN; 2021.

SOUZA, C. B. L. *et al.* Assistência de enfermagem durante a pandemia de covid-19: um relato de experiência. **Revista Atenas Higeia**, [S. l.], v. 2, n. 3, p. 16- 21, 2020.

TEIXEIRA, C. F. S. *et al.* A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 25, n. 9, p. 3465-3474. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>. ISSN 1678-4561. Acesso em: 25 jul. 2022.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Três enfoques na pesquisa em ciências sociais: o positivismo, a fenomenologia e o marxismo**. Introdução à pesquisa em ciências sociais. São Paulo: Atlas, 1987.

URGILÉS, R. E. M.; GONZÁLEZ, M.; DE LOS Á. E. Vivencias y emociones del personal de enfermería con pacientes covid-19. **Revista Médica y de Enfermería**, Cuenca, v. 3, n. 1, p. 1-8, 2020.

VIEIRA, R. A.; BOTELHO, L. A. M.; OLIVEIRA, P. M. V. Management strategies for hospitals during the COVID-19 pandemic: a systematic review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S. l.], v. 74, n. 2, e20210276, 2021.

VINDROLA-PADROS, C. *et al.* Perceptions and experiences of healthcare workers during the COVID-19 pandemic in the UK. **BMJ Open**, [S. l.], v. 10, 2020.

WERNECK, G. L.; CARVALHO, M. S. A pandemia de covid-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 36, n. 5, p. 1-4, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Clinical care severe acute respiratory infection: toolkit. **Toolkit**, [S. l.], 2020a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Coronavirus (covid-19) dashboard**. 2023. Disponível em: <https://covid19.who.int/table>. Acesso em: 10 maio 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Operational considerations for case management of covid-19 in health facility and community**, 2020b. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331492/WHO-2019-nCoV-HCF_operations-2020.1-eng.pdf. Acesso em: 23 jul. 2022.

XU, Z. *et al.* Pathological findings of covid-19 associated with acute respiratory distress syndrome. **The Lancet**, [S. l.], v. 8, n. 4, p. 420-422, 2020.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman, 2005.

APÊNDICE A – Questionário e roteiro de entrevista (gestores)

Questionário de perfil sociodemográfico - Gestores.

PARTE I – DADOS PESSOAIS

Data da coleta: / /	Hora:
Entrevistador(a):	

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Nome do entrevistado:
2. Sexo: (1) Masculino (2) Feminino
3. Local residência:
4. Qual a sua idade? (anos) _____
5. Qual seu estado civil? (1) Solteiro(a) (2) Casado(a) (3) União consensual/estável (4) Separado/desquitado/divorciado(a) (5) Viúva(o) (6) Outra: _____ (7) Não quis informar
6. Qual a cor da sua pele (autodeclaração)? (1) Branca (2) Preta (3) Parda (4) Amarela (5) Indígena (6) Não Sabe
7. Qual sua religião? (1) Nenhuma (2) Católica (3) Espírita/Kardecista (4) Protestante (Batista, Assembleia de Deus, Universal, Adventistas, Testemunha de Jeová e outras) (5) Outra: _____ (6) Não sabe () Não quis informar

DADOS PROFISSIONAIS

8. Qual a sua categoria profissional? _____
9. Qual cargo exerce no HU-UFMA? _____
10. Há quanto tempo trabalha no HU-UFMA? _____
11. O senhor(a) foi remanejado de setor/função em algum momento da pandemia? (1) Sim, qual setor/função? _____ (2) Não

12. Atualmente em que setor está trabalhando? _____
13. Horas em média, semanais de trabalho no HUUFMA: Antes da pandemia: _____ (horas) Durante a pandemia: _____ (horas)
14. Você se afastou do trabalho durante a pandemia? () Não () Sim Motivo: _____
Se sim, durante qual período? DD/MM/AA/ a DD/MM/AA

Roteiro de entrevista semiestruturada - Gestores.

Data da coleta: / /	Hora:
Entrevista: Presencial ()	Remota ()
Entrevistador(a):	

Questão desencadeadora:

Agora vamos conversar sobre a sua situação de trabalho durante a pandemia da COVID-19, especialmente em relação às mudanças ocorridas nesse período. Eu gostaria de conversar com você sobre o que você viveu e como se sentiu durante esse período (vivências, sentimentos e suas reflexões acerca desse período). Você pode falar sobre o que você quiser que isso é importante para nós.

1. Conhecimento sobre a nova doença – Covid-19

Como você tomou conhecimento dessa nova doença – a Covid-19?

De onde vinham essas informações? (Internet? Televisão? Família? Amigos? Redes sociais? Jornal? Revista?)

2. Sentimentos provocados desde a notícia da pandemia

O que você pensou e sentiu ao receber essas notícias sobre a COVID-19? Houve preocupações ou medos? Como lidou com essas sensações?

3. Primeiras influências concretas desta nova situação na vida

Como a pandemia influenciou a sua vida no trabalho e no seu dia a dia? Fale sobre o que foi, para você, trabalhar em cargo de gestão à saúde durante a pandemia da Covid-19. E em relação ao contato com sua família, o que mudou? Se houve mudança de sua residência habitual para outro local por causa da pandemia, como foi a sua experiência e sentimentos relacionado a essa situação?

4. Situação de saúde durante a pandemia

Como esteve a sua saúde durante a pandemia? Mudou em relação a como estava antes desse período? (Saúde Física e Saúde Mental)

Você esteve com suspeita ou confirmação de infecção por COVID 19? Fale sobre como foi a experiência de estar com suspeita ou confirmação de COVID-19.

Se teve Covid-19, descreva o sentimento ao receber o diagnóstico? Qual era o cenário da doença no momento? O que você fez em seguida? Com quem você estava quando soube?

5. Mudanças no trabalho durante a pandemia

Fale sobre possíveis mudanças estruturais no seu local de trabalho, na composição e comportamento da equipe com quem trabalha, elas aconteceram? Com relação aos serviços, que tipos de mudanças você lembra que ocorreram? (Redução, suspensão e/ou implementação de novos serviços). Quais? Poderia descrevê-las?

Quanto à demanda por serviços do hospital, houve aumento ou diminuição?

Houve mudanças na composição da equipe que você coordena?

A pandemia provocou mudanças nas relações da equipe de trabalho?

Houve dificuldades para disponibilizar EPIs, realizar treinamentos, disponibilização e condições de alojamentos para profissionais.

Visto que seu cargo está relacionado à gestão dos serviços da unidade, você poderia dizer se houve mudança no número de reuniões? Aumentou? Diminuiu? Foram presenciais ou online?

Houve criação e implantação de novos protocolos institucionais? Você participou de algum comitê voltado à planos de cuidados à pacientes com Covid? Como era a rotina de reuniões do comitê?

Qual o maior desafio, para você, enquanto gestor de setor/unidade durante a pandemia?

6. Capacitações

Enquanto gestor, você participou de alguma capacitação?

Ofertaram a quantidade adequada de capacitações para as equipes que assistiam pacientes com COVID-19? Onde esses treinamentos ocorriam normalmente? Equipes administrativas tiveram que realizar algum treinamento?

7. Atendimento dos pacientes transferidos de Manaus-Amazonas

Como ocorreu a decisão de recebimento desses pacientes?

Houve um fluxo de recebimento?

Como foi a preparação para recebê-los? Como foi a acolhida a eles? Como foi o convívio com esses pacientes e familiares? Havia diferença na gravidade e/ou evolução dos pacientes de Manaus em relação aos do Maranhão? E como foram os comportamentos e atitudes dos pacientes de Manaus? Houve alguma diferença em relação aos pacientes do Maranhão?

8. Quando você relembra o ano de 2020 e 2021 e as vivências nas quais você teve, quais são os sentimentos despertados?

9. Tem mais alguma coisa que você gostaria de falar?

APÊNDICE B - Questionário e roteiro de entrevista (profissionais da assistência)

Questionário de Perfil Sociodemográfico - Profissional de Saúde.

PARTE I – DADOS PESSOAIS

Data da coleta: ____/____/____	Hora:
Entrevistador(a):	

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Nome do profissional:
2. Gênero: (1) Masculino (2) Feminino
3. Local residência:
<p>4. Você ficou em um lugar diferente de seu local de residência habitual durante a pandemia? (1) Sim (2) Não</p> <p>Se sim, responda:</p> <p>Local onde ficou durante a pandemia _____</p> <p>Durante quanto tempo _____ (dias)</p>
6. Qual a sua idade (em anos)? _____
<p>7. Qual seu estado civil?</p> <p>(1) Solteiro(a)</p> <p>(2) Casado(a)</p> <p>(3) União consensual/estável</p> <p>(4) Separado/desquitado/divorciado(a)</p> <p>(5) Viúva(o)</p> <p>(6) Outra: _____</p> <p>(7) Não quis informar</p>
<p>8. Qual a cor da sua pele (autodeclaração)?</p> <p>(1) Branca (2) Preta (3) Parda (4) Amarela (5) Indígena (6) Não Sabe</p>

9. Qual sua religião?

- (1) Nenhuma
 (2) Católica
 (3) Espírita/Kardecista
 (4) Protestante (Batista, Assembleia de Deus, Universal, Adventistas, Testemunha de Jeová e outras) (5) Outra: _____
 (6) Não sabe
 (7) Não quis informar

DADOS PROFISSIONAIS**10. Qual a sua profissão?**

- (1) Residente _____ (categoria profissional e especialidade) (2) Médico _____ (especialidade)
 (3) Enfermeiro _____ (especialidade)
 (4) Fisioterapeutas
 (5) Fonoaudiólogos
 (6) Terapeutas ocupacionais
 (7) Psicólogos
 (8) Assistentes sociais
 (9) Técnicos de enfermagem.

11. Ano de formação _____

12. Há quanto tempo trabalha no hospital (HUUFMA)?

_____ anos / _____ meses

13. Em que setor o senhor (a) trabalha atualmente? _____

Quanto tempo nesse setor _____ anos _____ meses

14. O senhor(a) foi trocado de setor ao início da pandemia?

- (1) Sim, qual setor? _____
 (2) Não

15. Qual é seu setor de origem? _____

Quanto tempo nesse setor _____ meses/anos

16. Horas em média, semanais de trabalho total:

Antes da pandemia: _____ (horas)

Durante a pandemia: _____ (horas)

Após a pandemia: _____ (horas)

17. Caso não tenha especialidade em UTI, recebeu algum treinamento específico para UTI? (1) Sim

(2) Não

18. Você se afastou do trabalho durante a pandemia? Não Sim Motivo: _____**Se sim, durante qual período?**

DD/ MM/AA/ a DD/ MM/AA

Roteiro de entrevista semiestruturada - Profissional de Saúde.

Data da coleta: ____/____/____	Hora:
Entrevista: Presencial () Remota ()	
Entrevistador(a):	

Questão desencadeadora:

Hoje nós vamos conversar sobre a sua situação durante a pandemia da Covid-19, especialmente em relação ao seu trabalho. Você trabalhou em serviços de assistência à saúde durante a pandemia da Covid-19. Eu gostaria de conversar com você sobre o que você viveu e como se sentiu durante esse período (vivências, sentimentos e também suas reflexões acerca desse período). Você pode falar sobre o que você quiser que isso é importante para nós.

1. Conhecimento sobre a nova doença – Covid-19

Como você tomou conhecimento dessa nova doença – a Covid-19?

De onde vinham essas informações? (Internet? Televisão? Família? Amigos? Redes sociais? Jornal? Revista?)

2. Sentimentos provocados desde a notícia da pandemia

O que você pensou e sentiu ao receber as primeiras notícias sobre a COVID-19? Houve preocupações ou medos? Como foi pra você, ter que lidar com essas sensações?

3. Primeiras influências concretas desta nova situação na vida

Como a pandemia influenciou a sua vida no trabalho e no seu dia a dia? Fale sobre o que foi, para você, trabalhar em assistência à pacientes com Covid-19 durante a pandemia.

E em relação ao contato com sua família, o que mudou?

Como ficaram as relações pessoais com as pessoas que sabiam que você é profissional da saúde e trabalhava com os pacientes suspeitos ou confirmados com Covid-19, elas tinham medo ou receio de ter contato com você?

Se houve mudança de sua residência habitual para outro local por causa da pandemia, como foi a sua experiência e sentimentos relacionados a essa situação?

4. Situação de saúde durante a pandemia

Como esteve a sua saúde durante a pandemia? (Saúde Física e Saúde Mental) Mudou algo em relação a como estava antes desse período?

Você esteve com suspeita ou confirmação de infecção por COVID 19? Fale sobre como foi a experiência de estar com suspeita ou confirmação de COVID-19.

Se você positivou, descreva o sentimento ao receber o diagnóstico? Qual era o cenário da

doença no momento? O que você fez em seguida? Com quem você estava quando soube?

5. Mudanças no trabalho durante a pandemia

Descreva o que você faz normalmente em seu trabalho. E como era o seu dia-a-dia durante a pandemia? Se ocorreram mudanças na composição e/ou no comportamento da equipe com quem trabalha ou trabalhou, fale um pouco sobre elas. Os profissionais da sua equipe adoeceram? A pandemia provocou mudanças nas relações da equipe de trabalho? E no relacionamento entre profissionais e pacientes? (fale sobre relações de Cooperação e/ou conflito). Você notou mudança na sua postura profissional durante ou após esse período? Se sim, qual/quais?

Houve mudanças na organização dos espaços (fechamento de ambulatórios, abertura de alas/leitos para atendimento de pacientes Covid-19, mudança no uso de espaços, que antes da pandemia funcionava como lugar de sociabilidade de funcionários nos horários de intervalo, as condições de alojamentos/repouso para profissionais) no setor em que trabalha;

Com relação aos serviços, que tipos de mudanças ocorreram? (Redução, suspensão e/ou implementação de novos serviços). Quais? Poderia descrevê-las? Quanto à demanda por serviços, como lidar com o aumento da demanda de atendimentos? Em relação aos EPIs, houve a disponibilidade de EPIs desde o início? Você recebeu EPIs adequados para a assistência que estava prestando? Como foi para você, ter que usar tantos EPIs e se paramentar para trabalhar com esse público? Houve situações em que deixaram de utilizar EPIs? Quais? Por quais motivos? Descreva essas situações.

6. Atendimento dos pacientes transferidos de Manaus-Amazonas Como foi a preparação para recebê-los? Como foi a acolhida a eles? Como foi o convívio com esses pacientes? Havia diferença na gravidade e/ou evolução dos pacientes de Manaus em relação aos do Maranhão? E como foram os comportamentos e atitudes dos pacientes de Manaus? Houve alguma diferença em relação aos pacientes do Maranhão?

7. Óbito e Perda

Você vivenciou casos de óbito?

Como se sentiu sobre essa vivência da morte?

Você utilizou alguma estratégia para lidar com as mortes e os pacientes que perderam funcionalidades (tiveram sequelas)?

Qual preparo você acha que teve (pessoal ou institucional) para lidar com os óbitos e as perdas de funcionalidade dos pacientes do COVID19?

Você perdeu alguém próximo durante a pandemia? Em alguma perda de paciente, você se visualizou no lugar daquele paciente? Qual a sensação?

8. Capacitações

Houve treinamentos para ajudá-lo(a) a realizar assistência à pacientes com suspeita ou confirmação para Covid-19? Como ocorreram os treinamentos nesse período? Você pensa que atendeu às suas necessidades ou não? Os planos de contingência da instituição te auxiliaram de

alguma forma? Como?

9. Na sua percepção, como avalia a resposta da rede de saúde para a assistência à saúde da população?

10. Quando você relembra o ano de 2020 e 2021 e as vivências nas quais você teve, quais são os sentimentos despertados?

11. Tem mais alguma coisa que você gostaria de falar?

APÊNDICE C - Questionário e roteiro de entrevista (serviço de apoio)

Questionário de perfil sociodemográfico – Serviços de Apoio.

PARTE I – DADOS PESSOAIS

Data da coleta: / /	Hora:
Entrevistador(a):	

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Nome do entrevistado:
2. Sexo: (1) Masculino (2) Feminino
3. Local residência:
4. Você ficou em um lugar diferente de seu local de residência habitual durante a pandemia? (1) Sim (2) Não Se sim, responda: Local onde ficou durante a pandemia: _____ Durante quanto tempo: _____ (dias)
5. Quais pessoas moram com você? (1) Sozinho(a) (2) Filhos (3) Companheiro (a) – marido/esposa (4) Companheiro (a) – marido/esposa e filhos, quantos? _____ (6) Pais (7) Outros: _____
6. Qual a sua idade? _____ (anos)
7. Qual seu estado civil? (1) Solteiro(a) (2) Casado(a) (3) União consensual/estável (4) Separado/desquitado/divorciado(a) (5) Viúva(o) (6) Outra: _____ (7) Não quis informar
8. Qual sua escolaridade? (1) Analfabeto (2) Ensino fundamental ou 1º grau incompleto (3) Ensino fundamental ou 1º grau completo (4) Ensino médio ou 2º grau incompleto (5) Ensino médio ou 2º grau completo (6) Ensino superior incompleto (7) Ensino superior completo

(8) Não sabe/ não lembra
9. Qual a cor da sua pele (autodeclaração)?
(1) Branca (2) Preta (3) Parda (4) Amarela (5) Indígena (6) Não Sabe
10. Qual sua religião?
(1) Não tenho religião (2) Católica (3) Espírita/Kardecista (4) Protestante (Batista, Assembleia de Deus, Universal, Adventistas, Testemunha de Jeová e outras) (5) Outra: _____ (6) Não quis informar
11. Você se considera uma pessoa religiosa?
(1) Não sou religioso (2) Um pouco religioso (3) Moderadamente religioso (4) Muito religioso (5) Não sei informar
12. A sua religiosidade interferiu de alguma maneira no seu trabalho durante a Pandemia?
(1) Não interferiu (2) Interferiu positivamente (3) Interferiu negativamente (4) Não sei informar

DADOS PROFISSIONAIS

10. Qual a sua função no hospital?
(1) Maqueiro (2) Profissional da higienização
11. Você foi contratado durante a pandemia?
(1) Sim (2) Não
12. Há quanto tempo trabalha no hospital? _____
13. Em que setor você trabalhava antes da pandemia? _____
14. Você foi remanejado de setor durante a pandemia?
(1) Sim, para qual setor? _____ (2) Não
15. Atualmente você está trabalhando em qual setor? _____
16. Durante a pandemia houve alguma mudança na sua carga horária de trabalho?

(1) Sim, qual mudança? _____ (2) Não houve mudança (3) Não sei informar
17. Horas em média, semanais de trabalho total: Antes da pandemia: _____ (horas) Durante a pandemia: _____ (horas)
18. Você recebeu algum treinamento para desenvolver seu trabalho durante a pandemia? (1) Sim, qual (ais)? _____ (2) Não (3) Não lembro
19. Você teve contato com os pacientes que vieram transferidos de Manaus? (1) Sim (2) Não (3) Não lembro (4) Não sei informar
20. Você se afastou do trabalho durante a pandemia? () Não () Sim Motivo: _____ Se sim, durante qual período? DD/ MM/AA/ a DD/ MM/AA

Roteiro de entrevista semiestruturada - Serviços de Apoio.

Data da coleta: / /	Hora:
Entrevista: Presencial ()	Remota ()
Entrevistador(a):	

Questão desencadeadora:

Agora vamos conversar sobre a sua situação de trabalho durante a pandemia da COVID-19, especialmente em relação às mudanças ocorridas nesse período. Eu gostaria de conversar com você sobre o que você viveu e como se sentiu durante esse período (vivências, sentimentos e suas reflexões acerca desse período). Você pode falar sobre o que você quiser que isso é importante para nós.

1. Conhecimento sobre a nova doença – Covid-19

Como você tomou conhecimento dessa nova doença – a Covid-19?

De onde vinham essas informações? (Internet? Televisão? Família? Amigos? Redes sociais? Jornal? Revista?)

2. Sentimentos provocados com a notícia da pandemia

O que você pensou e sentiu ao receber essas notícias sobre a COVID-19? Houve preocupações ou medos? Como você encarou esses sentimentos, essas sensações?

3. Primeiras influências concretas desta nova situação na vida

Descreva como a pandemia afetou sobre a sua rotina cotidiana de vida e sua rotina do trabalho?

Fale sobre o que foi, para você, trabalhar em um local com maior risco de contaminação durante a pandemia da Covid-19 e a relação ao contato com sua família.

E em relação ao contato com sua família, o que mudou?

Houve mudança de sua residência habitual para outro local por causa da pandemia?

Se houve mudança, como foi a sua experiência e sentimentos relacionado a essa situação?

Como a pandemia influenciou no seu dia a dia?

Fale sobre o que foi, para você, trabalhar em contato direto ou indireto à pacientes com Covid-19 durante a pandemia.

Como ficaram as relações pessoais com as pessoas que sabiam que você trabalhava em hospital com os pacientes suspeitos ou confirmados com Covid-19, elas tinham medo ou receio de ter contato com você?

4. Situação de saúde durante a pandemia

Como esteve a sua saúde durante a pandemia? Mudou em relação a como estava antes desse período? (Saúde Física e Saúde Mental)

Você esteve com suspeita ou confirmação de infecção por COVID 19? Fale sobre como foi a experiência de estar com suspeita ou confirmação de COVID-19.

Se você positivou, descreva o que pensou ou sentiu ao receber o diagnóstico? O que fez em seguida? Você se afastou do trabalho em algum momento, como ocorreu?

5. Mudanças no trabalho durante a pandemia

Fale sobre o que você faz normalmente em seu trabalho. E o que mudou no seu trabalho durante a pandemia? Houve redução, suspensão e/ou implementação de novos serviços para você? Quais? Poderia descrevê-las? Quanto à demanda por serviços, houve aumento ou diminuição?

Houve mudanças na composição da equipe em que você trabalha? Profissionais da sua equipe adoeceram?

Em relação aos EPIs, houve a disponibilidade de EPIs desde o início?

Como foi para você, ter que usar os EPIs? (Algo tranquilo? Desconfortável? Já utilizava?)

Você recebeu EPIs adequados para a assistência que estava prestando?

Houve situações em que deixaram de utilizar EPIs? Quais? Por quais motivos?

Descreva essas situações.

6. Capacitações

Houve treinamentos para ajudá-lo(a) a realizar seu trabalho em um setor de risco aumentado para contaminação? Houve treinamento voltado ao uso de forma adequada dos EPIs? Você conseguiu participar dos treinamentos? Como ocorreram os treinamentos nesse período? Você pensa que atendeu às suas necessidades ou não?

7. Quando você relembra o ano de 2020 e 2021 e as vivências nas quais você teve, quais são os sentimentos despertados?

8. Tem mais alguma coisa que você gostaria de falar?

APÊNDICE D – Termo de consentimento livre e esclarecido



TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de consentimento livre e esclarecido para profissionais

Convidamos o(a) senhor(a) a participar da pesquisa intitulada “Pandemia da COVID-19: experiências de profissionais da atenção hospitalar”. O presente estudo visa analisar as vivências de profissionais que tiveram contato direto com pacientes com COVID-19, contribuindo para a identificação de mudanças ocorridas na estrutura, organização e dinâmica de trabalho na assistência aos pacientes, comparar diferentes experiências na realização da assistência aos pacientes procedentes do Amazonas e do Maranhão. Desse modo, o principal benefício desse estudo é coletivo, pois está ligado diretamente à análise das vivências de profissionais de saúde, no entanto, há um benefício indireto aos profissionais participantes da pesquisa, já que compreender a percepção e os efeitos da pandemia nos profissionais, poderá contribuir para reorganização de diversos modelos de trabalho atuais, possibilitando melhores condições de atuação.

A sua participação se dará respondendo a perguntas que serão feitas em entrevista individual por meio de um roteiro. Também serão realizadas perguntas com informações sobre idade, ocupação e outras características pessoais, e de dados relativos à formação e tempo de experiência profissional, dentre outros.

É importante ressaltar que o(a) Sr.(a) poderá, imediata ou tardiamente, sofrer algum desconforto emocional, pois as perguntas poderão remeter a situações ruins vividas pelo(a) Sr.(a), constrangimento ou lembranças de vivências pregressas desagradáveis, assim, os pesquisadores responsabilizam-se por reduzi-los, interrompendo e/ou agendando um outro horário para a entrevista que seja conveniente para o(a) Sr.(a), garantindo o apoio e compromisso por quaisquer questões que julgar cabível. Sua participação se dará de modo voluntário sem o recebimento de nenhum tipo de pagamento.

Durante todo o período da pesquisa o (a) Sr.(a) tem o direito de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento, bastando para isso entrar em contato, com os pesquisadores através do contato com Zeni Carvalho Lamy (98) 81268622 ou Jhennyfer Barbosa (99)98490-9292 no período da manhã (08-12h) ou da tarde (14-18h), inclusive a cobrar. Para obter mais informações sobre seus direitos como participante da pesquisa, poderá entrar em contato com a Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HUUFMA, Rua Barão de Itapary nº227, 4º andar – Centro. São Luís –

Maranhão, CEP 6502070 / Telefone: 2109- 1250 / 1092. Pesquisa com **parecer de no 4.872.840**, CEP do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão.

Um Comitê de Ética em Pesquisa é um grupo não remunerado formado por diferentes profissionais e membros da sociedade que avaliam um estudo para julgar se ele é ético e garantir a proteção dos participantes. O(a) Sr.(a) tem garantido o seu direito de não aceitar participar ou de retirar sua permissão, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ou retaliação, pela sua decisão.

As informações desta pesquisa são confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos participantes da pesquisa, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação. Assegura-se a confidencialidade, a privacidade, a proteção da imagem, a não estigmatização e garantimos que sempre serão respeitados os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como os hábitos e costumes quando referidos ou observados.

Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores. Fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial.

Se o(a) Sr.(a) entendeu essas informações e concorda em participar deste estudo, por favor, manifeste-se rubricando todas as suas páginas e assinando seu nome abaixo em papel ou de forma eletrônica, assim como o pesquisador responsável ou membro da equipe. Este documento foi elaborado em duas vias, sendo que uma ficará com o pesquisador responsável ou membro da equipe e outra com o(a) Sr.(a)

Agradecemos muito a sua colaboração.

São Luís, MA,

_____/_____/_____

Pesquisador

Assinatura do Participante da pesquisa

APÊNDICE E – Quadro de caracterização sociodemográfica e profissional

CÓDIGO	CODINOME	IDADE	BAIRRO	LOCAL DE MORADIA DIFERENTE	ESTADO CIVIL	COR DA PELE	RELIGIÃO	OCUPAÇÃO/FORMAÇÃO	TEMPO DE TRABALHO HU	ESCOLARIDADE
GES6	Maria	36	Turu	Não	Casado (a)	Preta	Nenhuma	Fonoaudióloga	7 anos	Superior Completo
GES1	Fernanda	49	Calhau	Não	Solteiro (a)	Parda	Católica	Coordenadora de Enfermagem/ Enfermeira	15 anos	Superior Completo
TE1	Amélia	39	Coroadinho	Não	Casado (a)	Parda	Umbanda	Téc. Enferm.	7 anos	Nível Técnico
ENF1	Tales	40	Araçagi	Não	Casado (a)	Branca	Católica	Enfermeiro	8 anos	Doutorado
FONO2	Eduardo	38	Olho D'agua	Não	Solteiro (a)	Branca	Católica	Fonoaudiólogo	8 anos	Superior Completo
APOIO1	João	23	Pindoba	Não	Casado (a)	Preta	Nenhuma	Maqueiro	4 anos	Ens. Médio Completo
GES2	Juliana	37	Calhau	Não	Divorciado (a)	Preta	Protestante	Coord. na Gestão de Ensino / Médica	8 anos	Especialista
TO1	José	44	Jd. Eldorado	Não	Casado (a)	Preta	Protestante	Terapeuta Oc.	7 anos	Superior Completo
ENF3	Célio	38	Turu	Não	Divorciado (a)	Parda	Protestante	Enfermeiro	3 anos	Superior Completo
MED1	André	30	Renascença	Sim	Casado (a)	Parda	Católica	Médico	5 anos	Especialista
PSIC1	Soraia	39	Vinhais I	Não	Casado (a)	Branca	Católica	Psicóloga	7 anos	Superior Completo
APOIO2	Gustavo	40	S. José de Ribamar	Não	Divorciado (a)	Parda	Católica	Maqueiro	22 anos	Ensino Médio Completo
GES3	Sandra	66	São Luis	Não	Casado (a)	Branca	Católica	Chefe da gestão da qualidade/ Farmacêutica	34 anos	Superior Completo
PSIC2	Aline	42	Angelim	Não	Casado (a)	Branca	Católica	Psicóloga	8 anos	Superior Completo
FISIO1	Francisco	42	Olho D'agua	Não	Casado (a)	Branca	Católica	Fisioterapeuta	7 anos	Superior Completo
ASOC1	Luiza	52	Cohatrac	Não	Casado (a)	parda	Católica	Assistente Social	12 anos	Superior Completo
ASOC2	Roberta	37	Centro	Não	Solteiro (a)	Preta	Católica	Assistente Social	7anos 9meses	Superior Completo

GES4	Denise	41	Vinhais	Não	Casado (a)	parda	Católica	Chefia Apoio Terapêutico/ Enfermeiro (a)	18 anos	Mestrado/doutoranda
GES7	Bruno	39	Ponta do Farol	Não	Casado (a)	Branca	Nenhuma	Médico da CCIH/ Infectologista	3 anos	Especialista
GES8	Antonia	48	Turu	Sim	Casado (a)	Preta	Católica	Enfermeiro	7 anos	Especialista
GES5	Thaís	40	Vinhais II	Não	Casado (a)	Branca	Nenhuma	Chefe da divisão da gestão do cuidado/ Enfermeira	18 anos 8 meses	Superior Completo
GES9	Norma	36	Cidade Operária	Não	Divorciado (a)	Preta	Católica	Chefe da Unidade de hospitalidade/ Administração	8 anos	Superior Completo/ Especialista

CODINOME	SETOR ANTES DA PANDEMIA	MUDANÇA DE SETOR?	SETOR ATUAL	SUSPEITA COVID	COVID CONFIRMADO EM 2020/21
Maria	Divisão de Cuidados	Sim	Cuidados Especializados	Não	Não
Fernanda	Apoio e Diagnóstico	Sim	Chefia da divisão de Enfermagem	Sim	Não
Amélia	UTI geral	Sim	UTI Geral	Não	Não
Tales	Clínica Cirúrgica	Sim	Clínica Cirúrgica	Não	Não
Eduardo	UTI geral	Sim	UTI Geral	Sim	Sim
João	Pré-Parto HUMI	Sim	Centro Cirúrgico	Sim	Sim
Juliana	Gestão de Ensino	Não	Chefia Gestão de Ensino	Sim	Sim
José	Clínica Cirúrgica	Sim	Neuro-Ortopedia	Não	Não
Célio	Clínica Médica	Sim	Clínica Médica	Não	Não
André	Clínica Médica	Sim	UTI Geral	Sim	Sim
Soraia	Clínica Médica	Sim	Clínica Médica	Não	Não

Gustavo	Clínica Cirúrgica	Sim	Clínica Cirúrgica	Não	Não
Sandra	Gestão da qualidade	Não	Gestão do Cuidado	Não	Não
Aline	Clínica Médica	Sim	Clínica Cirúrgica	Não	Não
Francisco	UTI neonatal	Sim	Uti neonatal	Sim	Sim
Luiza	Clínica Cirúrgica	Sim	Clínica Cirúrgica	Sim	Sim
Roberta	Neurortopedia	Sim	Neuro-Ortopedia	Não	Não
Denise	Setor de Apoio Terapêutico	Não	Chefia Apoio terapêutico		
Bruno	CCIH	Não	CCIH	Sim	Sim
Antônia	Clínica Cirúrgica	Sim	Clínica Cirúrgica	Sim	Sim
Thaís	Setor de divisão da gestão de cuidado	Não	Setor de divisão da gestão de cuidado	Sim	Sim
Norma	Hotelaria	Não	Unidade de hospitalidade	Sim	Sim

ANEXO A – Parecer do comitê de ética em pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A PANDEMIA DA COVID-19 NA PERSPECTIVA DE PACIENTES INTERNADOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, FAMILIARES E PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Pesquisador: Zeni Carvalho Lamy

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 46698921.5.0000.5086

Instituição Proponente: Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.872.840

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1748843.pdf27/07/2021 16:37:52

A Organização Mundial da Saúde (OMS), no dia 31 de dezembro de 2019, foi comunicada da aparição de casos de pneumonia de origem desconhecida na cidade de Wuhan, província de Hubei, na China. Algumas semanas depois, o agente etiológico foi identificado como um novo coronavírus, pertencente à família de vírus Coronaviridae, de origem zoonótica, causado por uma mutação do coronavírus existente em morcegos e

pangolims, ambos presentes nos hábitos alimentares de chineses. Posteriormente esse novo coronavírus foi denominado SARS-CoV-2, e a doença causada por ele chamada COVID-19 (BITAR; STEINMETZ, 2020; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020a; ZHU et al., 2020). As manifestações clínicas da COVID-19 podem variar de casos assintomáticos ou características semelhantes a uma gripe, com sintomas desde febre, tosse, dor de

garganta e coriza a manifestações clínicas graves que podem evoluir a óbito, principalmente em grupos de risco (MINISTERIO DA SAÚDE BRASIL, 2020a; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020b, 2020c). Em torno de 80% dos pacientes se recuperam sem complicações, sendo classificados como casos leves ou moderados (sem pneumonia ou com pneumonia viral leve). Os 20% restantes

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br

ANEXO B – Normas da Revista Ciência e Saúde Coletiva

**Notas sobre a Política Editorial**

A Revista Ciência & Saúde Coletiva reafirma sua missão de **veicular artigos originais, que tragam novidade e proporcionem avanço no conhecimento da área de saúde coletiva**. Qualquer texto que caiba nesse escopo é e será sempre bem-vindo, dentro dos critérios descritos a seguir:

- (1) O artigo não deve tratar apenas de questões de interesse local ou situar-se somente no plano descritivo.
- (2) Na sua introdução, o autor precisa deixar claro o caráter inédito da contribuição que seu artigo traz. Também é altamente recomendado que, na carta ao editor, o autor explicita, de forma detalhada, porque seu artigo constitui uma novidade e em que ele contribui para o avanço do conhecimento.
- (3) As discussões dos dados devem apresentar uma análise que, ao mesmo tempo, valorize especificidade dos achados de pesquisa ou da revisão, e coloque esses achados em diálogo com a literatura nacional e internacional.
- (4) O artigo qualitativo precisa apresentar, de forma explícita, análises e interpretações ancoradas em alguma teoria ou reflexão teórica que promova diálogo das Ciências Sociais e Humanas com a Saúde Coletiva. Exige-se também que o texto valorize o conhecimento nacional e internacional.
- (5) Quanto aos artigos de cunho quantitativo, a revista prioriza os de base populacional e provenientes de amostragem aleatória. Não se encaixam na linha editorial: os que apresentam amostras de conveniência, pequenas ou apenas descritivas; ou análises sem fundamento teórico e discussões e interpretações superficiais.
- (6) As revisões não devem apenas sumarizar o atual estado da arte, mas precisam interpretar as evidências disponíveis e produzir uma síntese que contribua para o avanço do conhecimento. Assim, a nossa orientação é publicar somente revisões de alta relevância, abrangência, originalidade e consistência teórica e metodológica, que de fato tragam novos conhecimentos ao campo da Saúde Coletiva.

Nota importante - Dado o exponencial aumento da demanda à Revista (que em 2020 ultrapassou 4.000 originais), todos os artigos passam por uma triagem inicial, realizada pelos editores-chefes. Sua decisão sobre o aceite ou não é baseada nas prioridades citadas e no mérito do manuscrito quanto à originalidade, pertinência da análise estatística ou qualitativa, adequação dos métodos e riqueza interpretativa da discussão. Levando em conta tais critérios, apenas uma pequena proporção dos originais, atualmente, é encaminhada para revisores e recebe parecer detalhado.

A revista *C&SC* adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O



documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções da publicação

Editorial: de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

Artigos Temáticos: devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

Artigos de Revisão: Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

Resenhas: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

Cartas: com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui da palavra introdução e vai até a última referência bibliográfica.

O resumo/abstract e as ilustrações (figuras/ tabelas e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.

2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word (de preferência na extensão .doc) e encaminhados



apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.

3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.

4. Os artigos submetidos à *C&SC* não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.

5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).

6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.

7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).

9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo a palavra resumo até a última palavra-chave), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave, palavras-chave/keywords. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo.

As palavras-chave na língua original e em inglês devem constar obrigatoriamente no DeCS/MeSH.

(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).

10. Passa a ser obrigatória a inclusão do ID ORCID no momento da submissão do artigo. Para criar um ID ORCID acesse: <http://orcid.org/content/initiative10>. Na submissão dos artigos na plataforma da Revista, é obrigatório que apenas um autor tenha o registro no ORCID (Open Researcher and Contributor ID), mas quando o artigo for aprovado e para ser publicado no SciELO, todos os autores deverão ter o registro no ORCID. Portanto, aos autores que não o têm ainda, é recomendado que façam o registro e o validem no ScholarOne. Para se registrar no ORCID entre no site (<https://orcid.org/>) e para validar o ORCID no ScholarOne, acesse o site (<https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>), e depois, na página de Log In, clique no botão Log In With ORCID iD.



Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.
2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.
3. Em nenhum arquivo inserido, deverá constar identificação de autores do manuscrito.

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.
2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações e Escalas

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.
2. O número de material ilustrativo deve ser de, **no máximo, cinco por artigo (com limite de até duas laudas cada)**, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.
3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.
4. Tabelas e quadros devem ser confeccionados no programa Word ou Excel e enviados com título e fonte. OBS: No link do IBGE (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>) estão as orientações para confeccionar as tabelas. Devem estar configurados em linhas e colunas, sem espaços extras, e sem recursos de “quebra de página”. Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Importante: tabelas e quadros devem apresentar informações sucintas. As tabelas e quadros podem ter no máximo 15 cm de largura X 18 cm de altura e não devem ultrapassar duas páginas (no formato A4, com espaço simples e letra em tamanho 9).



5. Gráficos e figuras podem ser confeccionados no programa Excel, Word ou PPT. O autor deve enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso “copiar e colar”) e também em pdf ou jpeg, TONS DE CINZA. Gráficos gerados em programas de imagem devem ser enviados em jpeg, TONS DE CINZA, resolução mínima de 200 dpi e tamanho máximo de 20cm de altura x 15 cm de largura. É importante que a imagem original esteja com boa qualidade, pois não adianta aumentar a resolução se o original estiver comprometido. Gráficos e figuras também devem ser enviados com título e fonte. As figuras e gráficos têm que estar no máximo em uma página (no formato A4, com 15 cm de largura x 20cm de altura, letra no tamanho 9).

6. Arquivos de figuras como mapas ou fotos devem ser salvos no (ou exportados para o) formato JPEG, TIF ou PDF. Em qualquer dos casos, deve-se gerar e salvar o material na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho possíveis (dentro do limite de 21cm de altura x 15 cm de largura). Se houver texto no interior da figura, deve ser formatado em fonte Times New Roman, corpo 9. Fonte e legenda devem ser enviadas também em formato editável que permita o recurso “copiar/colar”. Esse tipo de figura também deve ser enviado com título e fonte.

7. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

Financiamento

RC&SC atende Portaria N^o 206 do ano de 2018 do Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre obrigatoriedade de citação da CAPES para os trabalhos produzidos ou publicados, em qualquer mídia, que decorram de atividades financiadas, integral ou parcialmente, pela CAPES. Esses trabalhos científicos devem identificar a fonte de financiamento através da utilização do código 001 para todos os financiamentos recebidos.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*



2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

ex. 1: "Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF" ¹¹ (p.38).

ex. 2: "Como alerta Maria Adélia de Souza ⁴, a cidade..."

As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

4. Os nomes das revistas **devem** ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>)

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (**incluir todos os autores sem utilizar a expressão *et al.***)

Pelegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284.

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84(2):15.

4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl.1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347(9011):1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.