

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

FABIELI BORGES

RESTRUTURAÇÃO DE UM HOSPITAL GERAL PARA O ENFRENTAMENTO À
PANDEMIA COVID-19: O CASO DO CHC/UFPR



CURITIBA

2023

FABIELI BORGES

REESTRUTURAÇÃO DE UM HOSPITAL GERAL PARA O ENFRENTAMENTO À
PANDEMIA COVID-19: O CASO DO CHC/UFPR

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Gerenciamento dos Serviços de Saúde e de Enfermagem, do Grupo de Pesquisas em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde (GPPGPS).

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Elizabeth Bernardino

CURITIBA

2023

Borges, Fabieli

Reestruturação de um hospital geral para enfrentamento à pandemia COVID-19 [recurso eletrônico]: o caso do CHC/UFPR / Fabieli Borges – Curitiba, 2023.

1 recurso online : PDF

Tese (doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2023.

Orientador: Profa. Dra. Elizabeth Bernardino

1. Administração de serviços de saúde. 2. Administração hospitalar. 3. Pandemias. 4. COVID-19. 5. Equipe de assistência ao paciente. 6. Enfermagem I. Bernardino, Elizabeth. II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

CDD 362.10681



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM -
40001016045P7

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da tese de Doutorado de **FABIELI BORGES** intitulada: **REESTRUTURAÇÃO DE UM HOSPITAL GERAL PARA ENFRENTAMENTO À PANDEMIA COVID-19: O CASO DO CHC/UFPR**, sob orientação da Profa. Dra. ELIZABETH BERNARDINO, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua **APROVAÇÃO** no rito de defesa.

A outorga do título de doutora está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 11 de Dezembro de 2023.

Assinatura Eletrônica
11/12/2023 16:07:32.0
ELIZABETH BERNARDINO
Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica
11/12/2023 19:12:27.0
AIDA MARIS PERES
Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica
20/12/2023 11:45:59.0
NELSI SALETE TONINI
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO
PARANÁ)

Assinatura Eletrônica
12/12/2023 08:59:24.0
MARIA FERNANDA BAETA NEVES ALONSO
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO)

Assinatura Eletrônica
22/12/2023 12:00:11.0
ESPERANÇA GAGO ALVES PEREIRA
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE DO MINHO - PORTUGAL)

Assinatura Eletrônica
12/12/2023 21:50:21.0
CLEMENCE DALLAIRE
Avaliador Externo (UNIVERSITÉ LAVAL)



Dedico esta tese à nona Líbera Cologni Borges [in memoriam].

AGRADECIMENTOS

À **Deus**. Por todas as oportunidades.

À **Professora Doutora Esperança Gago Alves Pereira**, à **Professora Doutora Maria Fernanda**, à **Professora Doutora Nelsi Salete Tonini** e à **Professora Doutora Aida Maris Peres**; pelo aceite na participação de banca de qualificação. Foi um importante momento de construção e de (re)pensar sobre o projeto de pesquisa. As sugestões e apontamentos foram essenciais para lapidar o conteúdo. Assim como na constituição da banca de defesa, junto da Professora **Clémance Dallaire**.

Ao **Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (CHC/UFPR)** e seus profissionais que, em meio ao período turbulento que passaram com a pandemia Covid-19, aceitaram contribuir com a pesquisa por meio da participação.

Ao **Programa de Pós-graduação de Enfermagem, da Universidade Federal do Paraná (UFPR)** e universidade, por ser referência no ensino e na pesquisa de qualidade. Assim como a apresentação de uma grade curricular que lapida o conhecimento para o mercado e para a execução da pesquisa.

Ao **Grupo de Pesquisas em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde (GPPGPS)**, pelos momentos de debate e construção coletiva, sobretudo em um momento inusitado, em que estivemos juntos por uma modalidade remota síncrona. Em especial, à **Olivia, Daniele e Camila**.

À minha família, sobretudo aos meus pais, **Rogério Vilmar Borges** e **Silvalina da Rocha Borges**, e ao meu irmão, **Rafael Borges**, por compreender a minha ausência em muitos momentos.

Às minhas sobrinhas e afilhadas, **Maria Isabely** e **Helena**, pelos momentos de leveza e por me ensinarem a ver a vida com os “óculos” de criança.

Aos **muitos amigos que vibraram por mim** e souberam escolher com carinho as palavras de conforto quando eu necessitei. Em especial, **Denise Rigo**, pelo apoio desde a faculdade, **Denise** e **Daniela Kerber** e **Vanessa Sampietro**, amizade há mais de 20 anos; à **Lara Garcia Paiano Silva** e **Vanessa Piccinin**.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

*Ao meu esposo, **Marcelo Roger Meneghatti**, minha inspiração acadêmica pelo incentivo e parceria sem medidas.*

*À **Professora Doutora Elizabeth Bernardino**. Agradeço por nossa trajetória desde o Mestrado (2017-2019). Meu respeito e admiração pela profissional e pessoa que és. Indubitavelmente, me inspirou a ver o assistir-gerenciar-educar-pesquisar da enfermagem com outros olhos. Parabenizo por todo o esforço despendido como chefia no CHC no enfrentamento à pandemia Covid-19.*

RESUMO

O enfrentamento a uma pandemia requer que hospitais, estrategicamente, gerenciem o seu espaço, equipe e suprimentos com vistas à oferta segura de ações ao público que atende. O objetivo consistiu em analisar a reestruturação do CHC/UFPR frente à pandemia Covid-19 nos componentes “estrutura”, “processo” e “resultado” e suas relações com o ensino, a pesquisa e a assistência. A metodologia empregada foi a pesquisa do tipo Estudo de caso único, realizado no período de junho de 2022 a fevereiro de 2023. O total de 42 profissionais vinculados ao hospital (com ou sem cargo nas funções administrativas e assistenciais multiprofissionais) foram entrevistados por videoaudiogravação (*Microsoft Teams*), considerados fonte primária dos dados. Dados secundários foram adicionados por meio de coleta documental, oriundos de pastas Computadorizadas do hospital, disponibilizadas por compartilhamento de nuvem digital e impressões da pesquisadora, registradas em Diário de Bordo, oriundo de aspectos que emergissem no decurso das entrevistas. Os dados foram operacionalizados pelo *Software MaxQda®*, o qual apresentou os segmentos codificados. Para a análise dos dados, utilizou-se a Análise de Conteúdo Temático Categoria (ACTC). A matriz de análise comportou os dados construída à luz da tríade de Avedis Donabedian: Estrutura, Processo e Resultado como referencial teórico e também corresponderam a colunas e linhas horizontais para os elementos Assistência, Ensino e Pesquisa. Obteve-se o total de 1108 Unidades de registro (URs). As três categorias foram expressas por componentes da tríade e estas, desdobradas em subcategorias, a saber: categoria 1: Estrutura (Recursos Humanos, Recursos Físicos; Recursos Tecnológicos, Materiais e insumos; Recursos financeiros e apoio externo); categoria 2: Processo (Protocolos, Fluxos e Dinâmica de atendimento; Atuação profissional) e categoria 3: Resultado (Resultado imediato da reestruturação do CHC; Mudanças no estado de saúde dos indivíduos; Lições aprendidas; Satisfação de expectativas dos trabalhadores; e, Planejamento para o pós-Covid-19). Ante ao exposto, foi possível a proposição de um modelo gráfico de contingenciamento a pandemias. O hospital dentro das suas condições reestruturadas atendeu a demanda conforme o objetivo priorizado pelos gestores. Percebeu-se a tríade “estrutura, processo e resultado” operacionalizada numa engrenagem prática, sem a qual torna ineficiente a missão de uma organização. Embora a atribuição de pesos não tenha sido foco da pesquisa, foi possível perceber que a missão de assistência esteve em evidência ao passo em que o ensino e a pesquisa permearam mais em determinadas subcategorias face a outras. Esta pesquisa pode contribuir ao planejamento de ações que possam vir a ser necessários em situações semelhantes e futuras no cenário de saúde conjecturados na sustentabilidade hospitalar, objetivo comum por muitas organizações. O uso de modelos e planos de contingência a pandemias pode instrumentalizar condutas e tomada de decisões por gestores em crises instauradas em contexto hospitalar.

Palavras-chave: administração dos serviços de saúde; gestão hospitalar; pandemias; Covid-19; multiprofissional; enfermagem.

ABSTRACT

When facing a pandemic, hospitals must strategically manage their space, staff and supplies aiming at the safe offering of actions to the public it attends. The objective was to analyze the restructuring of the CHC/UFPR in the face of the Covid-19 pandemic as to the “structure”, “process” and “result” components, and their relationship with teaching, research, and assistance. The methodology used was the single case study research, carried out from June 2022 to February 2023. A total of 42 professionals linked to the hospital (with or without positions in administrative and multidisciplinary care functions) were interviewed via video audio recording (Microsoft Teams), considered the primary source of data. Secondary data were added through documentary collection, from the computerized folders of the hospital, made available through digital cloud sharing and the researcher’s impressions, recorded in the Logbook, arising from aspects that emerged during the interviews. The data were operationalized by the Software MaxQda®, which presented the coded segments. For data analysis, it was used the Category Thematic Content Analysis (ACTC). The analysis matrix comprised the data constructed considering the Avedis Donabedian's triad: Structure, Process and Result, as a theoretical reference and it corresponded to columns and horizontal lines for the elements Assistance, Teaching and Research. A total of 1108 Registration Units (URs) were obtained. The three categories were expressed by components of the triad and these were broken down into subcategories, namely: category 1: Structure (Human Resources, Physical Resources; Technological Resources, Materials and inputs; Financial resources and external support); category 2: Process (Protocols, Flows and Dynamics of care; Professional performance) and category 3: Result (Immediate result of the restructuring of the CHC; Changes in the health status of individuals; Lessons learned; Satisfaction of workers' expectations; and, Planning for post-Covid-19). In view of the above, it was possible to propose a graphic model for pandemic contingency. The hospital, within its restructured conditions, met the demand according to the objective prioritized by the managers. The triad “structure, process and result” was operationalized in a practical manner, without which the mission of an organization would become inefficient. Although the attribution of weights was not the focus of the research, it was possible to notice that the assistance was in evidence while teaching and research permeated more in certain subcategories compared to others. This research can contribute to the planning of actions that may be necessary in similar and future situations in the health scenario conjectured in hospital sustainability, a common objective for many organizations. The use of models and contingency plans for pandemics can instrumentalize conducts and decision-making by managers in crises arising in a hospital context.

Keywords: health services administration; hospital management; pandemics; Covid-19; multi-professional; nursing.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – A TRÍADE CLÁSSICA DE DONABEDIAN.....	28
FIGURA 2 – RESUMO DO REFERENCIAL TEÓRICO TRÍADE DE DONABEDIAN: ESTRUTURA-PROCESSO-RESULTADO	30
FIGURA 3 – CRONOLOGIA DOS PRINCIPAIS EVENTOS INICIAIS DO SURTO DE COVID-19.....	32
FIGURA 4 – LINHA DO TEMPO COM O RESUMO DOS ACONTECIMENTOS COVID-19.....	36
FIGURA 5 – PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DA COVID-19.....	38
FIGURA 6 – SÍNTESE DAS AÇÕES DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO PARA CONSTRUÇÃO DA LINHA DE CUIDADO – COVID-19.....	46
FIGURA 7 – CASO COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ	51
FIGURA 8 – MAPA REPRESENTANDO A 2ª REGIONAL DE SAÚDE DA CIDADE DE CURITIBA-PR E REGIÃO METROPOLITANA.....	52
FIGURA 9 – CANAL DE AGENDAMENTO ÀS ENTREVISTAS	55
FIGURA 10 – CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS OPERACIONALIZADAS PELO SOFTWARE MAXQDA®.....	59
FIGURA 11 – DESENHO DO ESTUDO	65
FIGURA 12 – LINHA DO TEMPO COVID-19 NO CHC/UFPR	72
FIGURA 13 – ILUSTRAÇÃO DOS PRINCIPAIS RESULTADOS. CURITIBA, PARANÁ, 2023	83
FIGURA 14 – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA PROPOSTA DE MODELO DE CONTINGENCIAMENTO A PANDEMIAS	85

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – PROPOSTA PARA UM MODELO DE CONTINGÊNCIA À PANDEMIAS. BRASIL. CURITIBA/PR (2023).....	86
QUADRO 2 – RESUMO COM SEGMENTOS CODIFICADOS REFERENTES A CATEGORIA ESTRUTURA E RESPECTIVAS SUBCATEGORIAS	142
QUADRO 3 – RESUMO COM SEGMENTOS CODIFICADOS REFERENTES A CATEGORIA PROCESSO E RESPECTIVAS SUBCATEGORIAS	148
QUADRO 4 – RESUMO COM SEGMENTOS CODIFICADOS REFERENTES A CATEGORIA, RESULTADOS E RESPECTIVAS SUBCATEGORIAS	151
QUADRO 5 – MATRIZ DE ANÁLISE DA CATEGORIA ESTRUTURA. CURITIBA/PR. BRASIL, 2023	157
QUADRO 6 – MATRIZ DE ANÁLISE DA CATEGORIA PROCESSO. CURITIBA/PR. BRASIL, 2023	161
QUADRO 7 – MATRIZ DE ANÁLISE DA CATEGORIA RESULTADOS. CURITIBA/PR. BRASIL, 2023	163

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – TOTAL DE UNIDADE DE REGISTRO	61
TABELA 2 – RESUMO DA COLETA DOS DADOS	63
TABELA 3 – CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	66
TABELA 4 – CARACTERIZAÇÃO DOS ARQUIVOS COMPUTADORIZADOS DA ETAPA DOCUMENTAL.....	68

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AGU	Advocacia Geral da União
APS	Atenção Primária à Saúde
Caae	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CCIH/SCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar/Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Cuidado Fundamental
CHC	Complexo Hospital de Clínicas
CHC/UFPR	Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná
COE-Covid-19	Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública em resposta ao Covid-19
CNS	Conselho Nacional de Saúde
Conasems	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
Conass	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
Coreq	<i>Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research</i>
Covid-19	<i>CoronaVirus Disease 2019</i>
DF	Distrito Federal
Ebserh	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EPI	Equipamento de Proteção Individual
Espii	Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional
EUA	Estados Unidos da América
FIO2	Fração Inspirada de Oxigênio
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
GPPGPS	Grupo de Pesquisas em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde
HC	Hospital de Clínicas
Hepa	<i>High Efficiency Particulate Arrestance</i>
HU	Hospital Universitário

HUFs	Hospitais Universitários Federais
HVA	Hospital Vitor do Amaral
ICTV	<i>International Committee on Taxonomy of Viruses</i>
ILC	<i>The International Learning Collaborative</i>
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
Iras	Infecção Relacionada à Assistência à Saúde
LPP	Lesão por Pressão
Mers	<i>Middle East Respiratory Syndrome</i>
MS	Ministério da Saúde
NIR	Núcleo Interno de Regulação
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONGs	Organizações Não Governamentais
Peep	Pressão Expiratória Final Positiva
PGRSS	Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde
PHEIC	<i>Public health emergency of international concern</i>
POP	Procedimentos Operacionais Padrão
PPGENf	Programa de Pós-graduação em Enfermagem
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RNA	Ácido Ribonucleico
RSS	Resíduos de Serviços de Saúde
RT-PCR	<i>Reverse Transcription Polymerase Chain Reaction</i>
Samu	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
Sars-CoV	Síndrome Respiratória Aguda Grave por coronavírus
Sars-CoV-2	Coronavírus 2 da Síndrome Respiratória Aguda Grave
Sesa	Secretaria Estadual de Saúde
SG	Síndrome Gripal
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UR	Unidade de Registro
URA	Unidade de Regulação Assistencial e Monitoramento
US	Unidade de Significação
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VM	Ventilação Mecânica
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	18
1	INTRODUÇÃO	20
1.1	OBJETIVO	25
2	REFERENCIAL TEÓRICO	26
2.1.	ESTRUTURA, PROCESSO E RESULTADO	26
3	REVISÃO DE LITERATURA	31
3.1	A COVID-19 E A REORGANIZAÇÃO DAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS	31
3.2	GESTÃO E O GERENCIAMENTO HOSPITALAR NO ENFRENTAMENTO A PANDEMIA COVID-19	41
4	METODOLOGIA	50
4.1	TIPO DE ESTUDO	50
4.2.	CENÁRIO DO ESTUDO	52
4.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO	55
4.4	PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS	56
4.4.1	Protocolo do estudo de caso	56
4.4.2	Caso piloto	56
4.4.3	Coleta dos dados	57
4.4.5	Análise dos dados	58
4.4.6	Aspectos Éticos	62
4.4.7	Representação do protocolo do estudo	64
5	RESULTADOS	66
5.1	CARACTERIZAÇÃO DOS DADOS	66
5.2	CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS	68

5.2.1	Estrutura	68
5.2.1.1	<i>Recursos Humanos</i>	68
5.2.1.2	<i>Recursos Físicos</i>	70
5.2.1.3	<i>Recursos Tecnológicos, Materiais e de Insumos</i>	73
5.2.1.4	<i>Recursos financeiros e apoio externo</i>	74
5.2.2	Processo	75
5.2.2.1	<i>Protocolos, Fluxos e Dinâmica de Atendimento</i>	75
5.2.2.2	<i>Atuação profissional</i>	76
5.2.3	Resultados	77
5.2.3.1	<i>Resultados imediatos da reestruturação do CHC</i>	77
5.2.3.2	<i>Mudanças no estado de saúde dos indivíduos como resultado da prestação de serviços pelo CHC</i>	78
5.2.3.3	<i>Satisfação e expectativas dos trabalhadores</i>	79
5.2.3.4	<i>Lições aprendidas</i>	80
5.2.3.5	<i>Planejamento para o pós-Covid-19</i>	81
6	DISCUSSÃO	90
6.1	ESTRUTURA	90
6.2	PROCESSO.....	98
6.3	RESULTADO	103
7	PRESSUPOSTOS DESCRITOS E A RATIFICAÇÃO DA TESE	110
8	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	112
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS	113
10	CONTRIBUIÇÕES PARA A SOCIEDADE, A ENFERMAGEM E O GERENCIAMENTO DE ENFERMAGEM	115
	REFERÊNCIAS	117

APÊNDICES.....	139
APÊNDICE 1 - ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	140
APÊNDICE 2 – ROTEIRO PARA A COLETA DOCUMENTAL.....	141
APÊNDICE 3 – QUADROS COM CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS NA FORMA DE SEGMENTOS CODIFICADOS	142
APÊNDICE 4 – APRESENTAÇÃO DA MATRIZ DE ANÁLISE	157
APÊNDICE 5 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	168
ANEXOS	173
ANEXO 1 – PARECER DE APROVAÇÃO DO CONSELHO DE ENSINO E PESQUISA ...	174

APRESENTAÇÃO

O gerenciamento de enfermagem me chamou a atenção no último ano da graduação (2014) por meio da vivência do Estágio Curricular Supervisionado no campo da Atenção Primária e Hospitalar. Neste período, observei o quanto os serviços se relacionavam e comecei a visualizar como a rede se articulava na prática, tal como observei suas fragilidades tão evidentes. Sob minha perspectiva, o trabalho gerencial do enfermeiro foi se destacando no serviço hospitalar ao identificar a indissociabilidade desta dimensão quando comparada à dimensão “cuidar” da categoria.

A partir de então, o interesse em estudar sobre os serviços de saúde seguiu-se enquanto fui residente no Programa de residência de Gerenciamento de Enfermagem Clínica Médica e Cirúrgica (2015-2016), no Hospital Universitário Público do Oeste do Paraná, vinculado à Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Como organizado pelo Programa, participei dos mais diversificados serviços, a saber: Serviço de Controle de Infecção Hospitalar; Núcleo de Vigilância Epidemiológica; Serviço de Padronização de materiais para a Saúde; Serviço de Hemovigilância; além da prática assistencial clínica e cirúrgica, momento em que se enalteceu a indissociabilidade do “gerenciamento” *versus* “cuidado”, na prática do enfermeiro. Atuando em tais cenários, também ficou evidente o quanto é diversificado o campo do enfermeiro e quanto se mostrava essencial ao serviço na instituição, independentemente do setor.

Neste período, observei na instituição os vários percalços que envolviam os fluxos de leitos e a fragilidade nas competências de seus responsáveis na rotina. A fragilidade de um serviço responsável pela gestão de leitos, de modo efetivo, reflete em taxas de ocupação importantes e em tempo de permanência longa no hospital. A comunicação na Rede também, por vezes, se apresentava comprometida, implicando na oferta frágil em termos de qualidade do cuidado para o próprio paciente.

O contato com o gerenciamento neste período foi impulsionador para escolha do Programa de Pós-graduação em Enfermagem na área de gerenciamento. Em conjunto, a eleição se deu por conhecer novos cenários e comparar processos de trabalho em que o enfermeiro estivesse inserido, além do gosto pela dimensão ensinar/educar, que também foi motivador para a escolha.

Orientada pela Professora Doutora Elizabeth Bernardino, conheci a Unidade de Regulação Assistencial e Monitoramento (URA) do Complexo Hospital de Clínicas (CHC). Saber o que o

enfermeiro realizava como membro da equipe na unidade e como isso implicava no protagonismo e visibilidade da categoria foi a minha inquietação. Qual é sua atuação na gestão de leitos? Entre outros resultados, a minha dissertação de Mestrado (Borges, 2019), apontou que tal profissional se configura como um importante elo entre o acesso do paciente até o leito hospitalar no qual será alocado. E, portanto, as competências e habilidades são requeridas para este papel.

Ao finalizar o Mestrado, logo assumi uma vaga de professora colaboradora em uma universidade pública. A necessidade surgiu em prol de uma qualificação docente somada ao desejo, já antes pretendido, de pleitear uma vaga de doutorado no mesmo programa.

Em dezembro de 2020 ingressei novamente na Universidade Federal do Paraná; junto do importante momento, outro também se apresentava: a pandemia Covid-19. A magnitude dos acontecimentos que se sucederam desde então ao atingir os serviços de saúde no que tange às suas (re)organizações, adaptações e (re)estruturações, como foi o caso do maior hospital público de ensino da capital do Paraná, o CHC da UFPR emerge como tema de estudo. Gerenciar crises na área da saúde foi uma lente que descortinou esta pesquisa.

Esta tese integra a linha de pesquisa do Grupo de Pesquisas em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde (GPPGPS), do Programa de Pós-graduação em Enfermagem – Doutorado Acadêmico – da Universidade Federal do Paraná (PPGEnf/UFPR). Articula-se, ainda, ao projeto “Gestão do cuidado frente a pandemia de Covid 19: reestruturação de serviços e das práticas assistenciais”.

Pretensiosamente, é esperado ir além do alcance do objetivo proposto, contribuindo com serviços de saúde por meio do resgate e registro da experiência local vivida no enfrentamento à pandemia, e que sirva de inspiração aos serviços de saúde que, eventualmente, precisarem passar por semelhante realidade.

1 INTRODUÇÃO

Os sistemas de saúde têm o objetivo de promover, restaurar e manter a saúde de uma população; para isso, compõem-se por um conjunto de serviços que se comunicam entre si (WHO, 2000; Mendes, 2011). Em análise histórica, as preocupações de saúde pública estiveram voltadas ao contexto de doenças infecciosas, condições agudas e doenças crônicas; com o avanço da ciência biomédica e com medidas de saúde pública, importantes resultados foram obtidos, mas ainda com preocupações necessárias (Portela; Grabois; Travassos, 2020).

O cenário de saúde mundial é caracterizado por condições crônicas importantes, envelhecimento populacional e restrições orçamentárias em crescente destaque. Assim, o futuro dos sistemas de saúde consiste na integração de Redes de Atenção à Saúde (RAS), conceituada como uma forma de organização que visa garantir direitos por meio da ampliação do acesso e organização de serviços de saúde intersetoriais, longitudinal e humanizada, em território definido. Há, deste modo, um trabalho cooperativo e operacionalizado sob uma visão compartilhada, com a eliminação de redundâncias, a implantação de diretrizes clínicas, integração horizontal e vertical dos serviços e foco na qualidade (Mendes, 2011; Peiter *et al.*, 2019).

Não bastasse tal cenário de saúde, o mundo deparou-se com uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, o mais alto nível de alerta da Organização Mundial da Saúde (OMS), previsto no Regulamento Sanitário Internacional. Investigado e diagnosticado inicialmente como uma pneumonia grave de etiologia desconhecida (Opas, s. d.), pesquisadores chineses, em dezembro de 2019 na cidade de Wuhan, província de Hubei, China, identificaram um novo vírus, Sars-CoV-2, atribuindo o nome Covid-19 (*CoronaVirus Disease 2019*) para a doença dele decorrente (Zhu *et al.*, 2020; Opas, s. d.).

A partir de então, o número de casos confirmados do vírus/doença mostrou crescimento exponencial em diferentes países¹, o que resultou em uma sobrecarga nos sistemas de saúde ao redor do mundo (Antunes *et al.*, 2020). Frente ao contexto, em 11 de março de 2020, a Covid-19 foi caracterizada como uma pandemia (Opas, s. d.).

¹ Os países que apresentaram maior número de casos foram Estados Unidos, Rússia, Reino Unido, Espanha, Itália, Alemanha, Turquia, França e Irã; os países que apresentaram maiores números de óbitos confirmados de Covid-19 até 16 de maio de 2020 foram Estados Unidos, Reino Unido, Itália, França, Espanha, Bélgica, Alemanha, Irã e Canadá (Cavalcante *et al.*, 2020).

A Covid-19 caracteriza-se por uma infecção viral transmitida por meio de gotículas respiratórias ou aerossóis de pessoas infectadas. É um vírus envelopado, o que o torna relativamente instável e pode permanecer em superfícies plásticas ou metálicas por 24 a 72 horas. Sua taxa de contágio é elevada, significando que uma pessoa infectada pode infectar de duas a cinco outras pessoas, com um período de incubação de 1 a 14 dias com média de 5 a 6 dias, o que explica o seu crescimento exponencial (Sanche *et al.*, 2020; Silva *et al.*, 2020).

O *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) apontou que, aproximadamente, 80% dos casos de Covid-19 tiveram manifestações leves ou mesmo assintomáticos e 20% para gravidade moderada ou grave (CDC, 2019). Em razão do potencial de contágio e característica de elevado grau e complexidade de cuidados exigidos, diferentes níveis de atenção, totalmente fora de padrões usuais, precisaram ser ajustados, com destaque para recursos hospitalares altamente complexos para tratamento de cerca de 5% dos casos graves (Zhou *et al.*, 2020; Garg *et al.*, 2020). Os dados traduziam a preocupação com a doença. Atualizados diariamente, informes epidemiológicos divulgaram indicadores que alarmavam o elevado índice de transmissibilidade do vírus.

No Brasil, o primeiro caso foi na cidade de São Paulo, confirmado em 25 de fevereiro, e então, o número de pessoas contaminadas cresceu rapidamente, com 1.891 casos conformados em 23 de março de 2020 (Antunes *et al.*, 2020). Notificados à OMS, em junho de 2021 o Brasil chegou ao lastimável número de mais de 500 mil mortes pela doença (WHO, 2021a). No Paraná, Curitiba, a capital do Estado, foi uma das primeiras cidades que apresentaram casos de Covid-19, em março de 2020; as primeiras mortes foram divulgadas cerca de duas semanas depois, em Maringá, no dia 27 de março. Desde então, o Paraná já confirmou 2.906.444 casos e, infelizmente, 45.772 óbitos pela doença, o que remonta à elevadas taxas de ocupação hospitalar, exigindo leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para este perfil (Paraná, 2023a).

Ao passo em que os números emergiram, a necessidade de adaptação e reorganização dos serviços de saúde também se mostrava urgente. Os governos, nas esferas federal, estadual e municipal, buscavam soluções estratégicas para o enfrentamento da doença, permeando toda a RAS.

Experiências foram compartilhadas a respeito de hospitais internacionais e serviços de saúde brasileiros, que reorganizaram seus atendimentos para este fim (Wax; Christian, 2020; Wong *et al.*, 2020; Rodrigues; Silva, 2020). Partindo de recomendações nacionais e internacionais, a

atenção terciária (re)pensou também a sua estrutura. Para se preparar para uma pandemia, os hospitais precisaram usar estratégias de gerenciamento de espaço físico, equipe e suprimentos, de modo a ofertar um atendimento nos preceitos da Qualidade. Além disso, medidas de prevenção de infecções precisaram ser implementados para reduzir a transmissão hospitalar (Wong *et al.*, 2020).

Os gerentes da área de saúde buscaram gerenciar e apoiar adequadamente os centros de saúde e usar medidas de apoio à organização e à equipe para fornecer os melhores serviços de saúde possíveis. Atrelado a isto, recorreram à estrutura científica para gerenciar centros de saúde (Massaro *et al.*, 2018), no descompasso da atuação pelo governo federal. Considerando as situações de saúde incertas como a que a pandemia representou, hoje, o volume que se tem de publicação a respeito de compartilhamento das experiências para enfrentamento da pandemia pode ser considerado um apoio aos gestores em condutas a serem tomadas.

A gestão do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, hospital de referência de Curitiba, também se mostrou preocupada. Para além da assistência, os hospitais, de modo particular aos hospitais federais, outros componentes também sofreram influência da pandemia, tais como o ensino e a pesquisa (Santos *et al.*, 2020).

Com uma visão inovadora e com atuação por meio de Planejamentos Estratégicos, o CHC/UFPR passou por diversos redesenhos. As pesquisas passaram a integrar equipamentos e práticas inovadoras no cotidiano da pesquisa, ensino e assistência, com vistas à garantia da excelência na formação de profissionais da saúde, potencializando seu papel no ensino, na assistência no nível terciário e de pesquisas de impacto nacional e internacional. Foram 600 pesquisas em diversas frentes e, também, destaque em buscar soluções relacionadas à Covid-19. Além da questão da pesquisa, os modelos assistenciais e operacionais do CHC/UFPR passaram por inovações (Ebserh, 2022).

Diante do cenário desafiador que foi a pandemia de Covid-19, é essencial recordar as medidas adotadas para ampliar a resiliência dos sistemas de saúde, em conjunto da implementação de ações de contenção para reduzir o impacto da doença sobre as populações (Massuda *et al.*, 2020). Foram preconizadas medidas que incluíram o distanciamento físico, testagem, isolamento de casos, minimização da circulação de pessoas e uso de máscaras, objetivando evitar o crescimento descontrolado de casos e o colapso dos sistemas e serviços de saúde (Walensky; Del Rio, 2020; Anderson *et al.*, 2020; Portela; Grabois; Travassos, 2020).

A busca por uma vacina que prevenisse a transmissibilidade do vírus passou a ser uma “corrida contra o tempo” pelos *experts* da área. Com sua descoberta, a imunização iniciada apenas em 2021 no Brasil, transitando entre *fake news* e hesitação vacinal (Silva *et al.*, 2023), somavam-se as dificuldades que, direta ou indiretamente, refletiam no volume da demanda percebida.

Para a linha de cuidado² Covid-19, os serviços de saúde de atenção primária têm papel essencial na vigilância epidemiológica, na identificação e mitigação dos efeitos das vulnerabilidades sociais e econômicas da população; na comunicação e orientação da comunidade acerca dos fluxos relevantes na RAS e é porta de entrada e continuidade do cuidado à Covid-19 (Portela; Grabois; Travassos, 2020). Em uma perspectiva de rede, o contexto hospitalar, por sua vez, articula seu processo de trabalho no sentido de recompor a alocação do paciente que vai acessar e ser admitido no hospital, seu fluxo interno percorrido até a alta hospitalar e ser “devolvido” para a atenção primária.

Portela, Grabois e Travassos (2020) recomendam um fluxo do paciente regulado nesta linha de cuidado, considerando a prontidão adequada e a complexidade necessária ao cuidado dos pacientes que iniciam quadro clínico já com formas graves da doença ou aqueles que apresentam evolução rápida. Essa regulação deve se dar diretamente para os hospitais de referência a tal perfil de atendimento, evitando qualquer postergação para o cuidado efetivo e seguro (Portela; Grabois; Travassos, 2020).

Com estas prerrogativas, justifica-se que a ausência de um plano pré-existente de contingenciamento para hospitais gerais – que se ancore em referencial teórico –, no âmbito da assistência de ensino e pesquisa como sua missão, foi considerada uma lacuna para esta pesquisa. A pandemia reivindica respostas rápidas, territoriais e com base em orientações que se atualizam com alguma rapidez a partir da experiência e do conhecimento produzido a partir dela (Possa *et al.*, 2020). Empiricamente, em virtude da diversidade de ações percebidas na mídia, foi considerado relevante o resgate de uma história de enfrentamento a uma pandemia por um hospital como o CHC, em um contexto de crise, e compartilha-la na forma de pesquisa científica.

Neste contexto, a inovação deste projeto consiste na contribuição com o entendimento do cenário vivido: hospital *versus* Covid-19, no município de Curitiba. Apresentar os aspectos que se

² Uma linha de cuidado é definida por Ceccim e Ferla (2006, p. 165) como: “[...] uma proposta que efetive uma organização da gestão setorial e das práticas assistenciais capaz de responder por uma concepção de saúde não centrada somente no tratamento das doenças, mas na inclusão de pessoas em uma rede de práticas cuidadoras em saúde e de afirmação da vida”.

relacionam à reorganização do CHC poderá mostrar o resultado das medidas adotadas pela instituição, contribuindo com o fortalecimento da coordenação da RAS, como importante ponto-chave para a Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) na resposta à pandemia Covid-19 (Massuda *et al.*, 2020). Além da análise de ajustes rápidos de um hospital para responder às demandas, seus desdobramentos podem contribuir na antecipação de iniciativas para monitorar e assistir às pessoas com sequelas da doença além de acumular conhecimentos para qualificar respostas futuras dos sistemas de saúde (Possa *et al.*, 2020).

O desfecho esperado é que o efeito da reestrutura organizacional, uma vez visibilizada, possa refletir na rede de saúde do município, para o paciente e na organização do trabalho dos profissionais da saúde, alargando a missão social do CHC como organismo SUS. Ademais, à luz de referenciais teóricos, como a Tríade Donabedian: estrutura-processo-resultado (Donabedian, 1990, 2003), possam fomentar análises em profundidade, que instrumentalizem gestores e profissionais de saúde.

Ante ao exposto, são apresentados os seguintes pressupostos:

- a) Considerando sua missão de assistência, ensino e pesquisa, o CHC tem o compromisso de contribuir com estratégias diversas em cenários incertos para o gerenciamento de crise.
- b) A reestruturação do hospital engloba sua estrutura, seus processos e resultados.
- c) Considerando o impacto do CHC/UFPR na assistência para a cidade de Curitiba e região metropolitana, seja no volume de atendimentos, serviços ofertados à rede ou parceria com os gestores estaduais e municipais, espera-se que seja uma referência para outros serviços de saúde, no que se refere à gestão do cuidado diante de situações incertas, como foi a pandemia Covid-19.
- d) A sistematização dos resultados pode permitir generalizações e contribuir para um modelo futuro.

Nesse sentido, este trabalho defende a seguinte tese:

Houve uma reestruturação do Complexo Hospital de Clínicas, no que concerne a estrutura, processo e resultado para o enfrentamento da pandemia Covid-19, com influência no ensino, na pesquisa e na assistência no hospital, com potencial para propor um modelo de contingenciamento a pandemias.

Questiona-se, portanto: **“Como o Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná se reestruturou para o enfrentamento da pandemia Covid-19 em sua missão de ensino, pesquisa e assistência?”**.

Para responder à questão, apresenta-se o seguinte objetivo:

1.1 OBJETIVO

Analisar a reestruturação do CHC/UFPR frente à pandemia Covid-19 nos componentes estrutura, processo e resultado em suas relações com o ensino, pesquisa e assistência.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo apresenta o referencial teórico: Estrutura, Processo e Resultado, escolhido para orientar e sustentar a pesquisa.

2.1. ESTRUTURA, PROCESSO E RESULTADO

De modo crescente, a qualidade nos serviços de saúde se apresenta como um tema mundialmente discutido. Em nível nacional, abordar a questão da qualidade dos cuidados de saúde (ponderadas nesta pesquisa em termos de qualidade nos serviços de saúde), pode ser motivado por várias razões – que vão desde um compromisso geral com a prestação de cuidados de saúde de alta qualidade, como um bem público, ou o foco renovado nos resultados dos pacientes, no contexto de ideias populares de saúde baseadas em valores, para a identificação de problemas específicos de qualidade de saúde (Busse; Panteli; Quentin, 2019).

A qualidade tem um conceito multifacetado e geralmente difere entre contextos, paradigmas disciplinares e níveis de análise (Busse; Panteli; Quentin, 2019). Destaca-se nos modelos gerenciais, na política de recursos humanos, na organização dos processos de trabalho, bem como no cuidado centrado no usuário. A qualidade imbuí-se de um caráter político, técnico, ético, social, coletivo e de ações sistematizadas ancoradas no conhecimento técnico-científico, com a necessidade de métodos capazes de avaliá-la e monitorá-la no contexto da saúde (Tronchin; Freitas; Melleiro, 2016).

Autores como Deming, Juran, Feigenbaum, Crosby, Taguchi e Ishikawa, são amplamente conhecidos e referenciados. Apresentados como gurus da qualidade, contribuíram para a teoria da qualidade com conceitos e técnicas específicas, nem sempre em concordância com desenvolvimentos anteriores. Contudo, o objetivo similar pode ser atribuído ao conjunto de elementos-chave que envolvem os pilares para esta teoria, tais como: envolvimento da gestão de topo, envolvimento e autonomia dos colaboradores, gestão baseada em fatos, e ênfase no cliente (Gomes, 2004).

Na área da saúde, a interface do conceito de qualidade pauta-se, fundamentalmente, no referencial teórico de Avedis Donabedian, tendo como eixo norteador os componentes de estrutura, processo e resultado (Tronchin; Freitas; Melleiro, 2016; Donabedian, 2003).

De família armênia, Donabedian nasceu em 1919, em Beirute, no Líbano, e cresceu perto de Jerusalém. Ele frequentou a Universidade Americana de Beirute, no ano de 1940 e, após, iniciou sua carreira médica no Hospital de Missão Inglês de Jerusalém nos anos de 1945 a 1947. Posteriormente, iniciou um curso de pós-graduação em pediatria e saúde infantil na Universidade de Londres. Em 1948, atuou como docente na Universidade Americana de Beirute. Em 1953, migrou para os Estados Unidos para participar da *Harvard School of Public Health*, na qual finalizou seu mestrado em saúde pública no ano de 1955. Após, começou a pesquisar sobre a avaliação de cuidados médicos como um associado no *United Community Services of Metropolitan Boston*, nos anos de 1955 a 1957 (Pflug, 2023; Frenk, 2000).

Anos passados, promovido como professor titular, centrou-se na área de avaliação de qualidade e monitoramento de serviços de saúde. Publicou oito livros e escreveu inúmeros artigos no campo do serviço de saúde. Desenvolveu o “paradigma Donabedian”, uma ideia que foi a base para o conceito e o design do modelo estatístico usado para *rankings* hospitalares. No ano de 1989, se retirou na Universidade de Michigan e recebeu o status de emérito, vindo a falecer em novembro de 2000 (Pflug, 2023; Frenk, 2000).

Donabedian define qualidade em termos gerais como “a capacidade de atingir objetivos desejáveis usando meios legítimos” (Donabedian, 1980). A definição, por si só, representa a abrangência do termo, não atribuindo restrição à área de saúde e ampliando para diferentes setores. As pessoas usam o termo qualidade quando descrevem uma série de aspectos positivos de hospitais e da medicina, mas também quando falam sobre comida ou carros, por exemplo. O uso generalizado do termo explica parte da confusão em torno do conceito de qualidade em saúde, quando os formuladores de políticas ou pesquisadores usam o termo para todos os tipos de atributos positivos ou desejáveis dos sistemas de saúde.

Assim, uma definição mais específica de qualidade de atendimento, proposto pelo autor delimita-se na maximização de medidas inclusivas de bem-estar do paciente (Donabedian, 1980), somando o produto de dois fatores, sendo um deles a ciência e tecnologia de cuidados de saúde e, o outro, a aplicação dessa ciência e tecnologia na prática eficiente (Donabedian, 2001).

O bem-estar do paciente, certamente, inclui o estado de saúde do paciente nas dimensões físicas, fisiológicas e psicológicas (Donabedian; Wheeler; Wyszewianski, 1982). É, também, um conceito que considera o que é importante na perspectiva do próprio paciente. Além disso, da

definição proposta, reconhece os limites naturais da qualidade e sua melhoria, ao destacar que ganhos e perdas são esperados no processo de atendimento (Busse, Panteli; Quentin, 2019).

Ao pensar em avaliação de qualidade em saúde, Donabedian (1990) propõe sete atributos, por ele chamados de “Sete Pilares da Qualidade”: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. E, para o entendimento do quadro conceitual da avaliação de qualidade em saúde, desenvolveu os conceitos de estrutura, processo e resultado em serviços de saúde. Classicamente considerados uma tríade, corresponde às noções da Teoria Geral de Sistemas: *input-process-output* (Donabedian, 1980).

Neste modelo, os três aspectos são conectados por setas unidirecionais em tal ordem. Estes aspectos representam três tipos de informações que podem ser coletadas, a fim de fazer inferências sobre a qualidade dos cuidados em um determinado sistema (Donabedian, 1993) (Figura 1).

FIGURA 1 - A TRÍADE CLÁSSICA DE DONABEDIAN



Fonte: Pineault (2016).

A estrutura inclui todos os fatores que afetam o contexto em que os cuidados são prestados. Relaciona-se com o desenvolvimento do nível institucional, abrangendo a avaliação dos elementos estáveis da instituição e as características necessárias ao processo assistencial, ou seja, irá avaliar os recursos físicos, humanos, materiais, financeiros, incluindo a capacitação dos profissionais e a organização dos serviços (D’innocenzo; Adami; Cunha, 2006). Neste componente, por vezes, é fácil a observação e a mensuração, podendo ser a causa montante dos problemas identificados no processo (Donabedian, 2001).

O processo diz respeito às atividades, prestação da assistência que envolve os profissionais, segundo padrões técnico-científicos. Logo, é realizado uma analogia entre as normas e os procedimentos. Pode-se considerar o ponto de vista técnico e/ou administrativo, pois irá descrever as atividades na assistência, a competência médica e os aspectos éticos relacionados ao

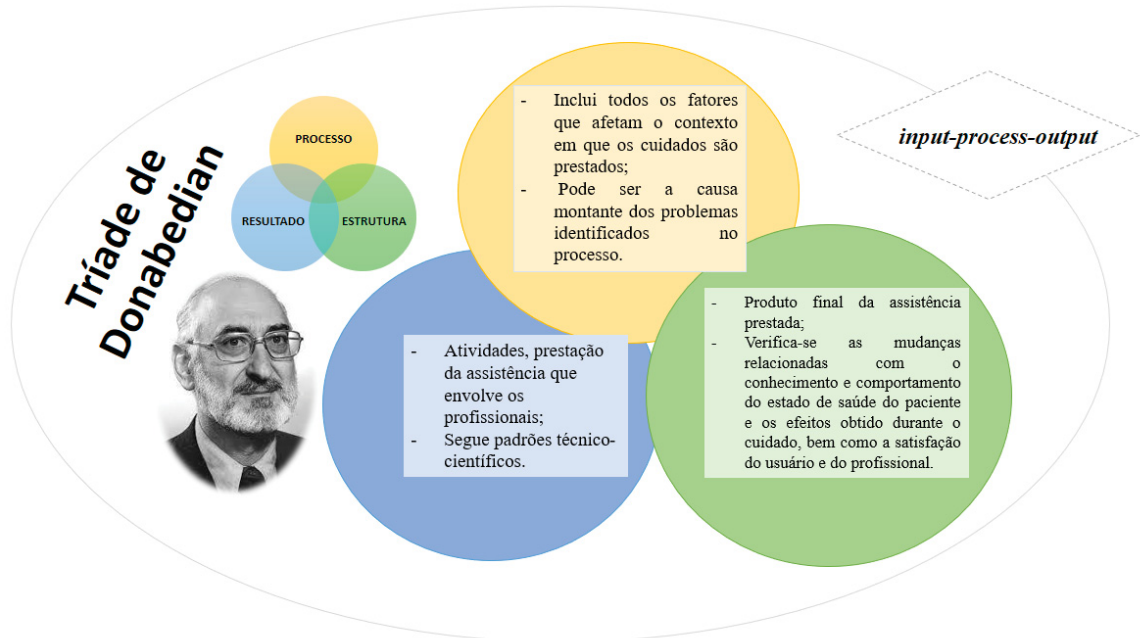
profissional e ao paciente em todo o processo de cuidado. Os processos podem ser classificados como processos técnicos, como os cuidados são entregues, ou processos interpessoais, que englobam a maneira pela qual o cuidado é entregue (Donabedian, 1978, 1993).

Informações sobre o processo podem ser obtidas a partir de registros médicos, entrevistas com pacientes e profissionais, ou observações diretas de visitas de saúde (Donabedian, 1993). O autor enfatiza que a medição do processo é quase equivalente à medição da qualidade do atendimento, porque o processo contém todos os atos de entrega de cuidados médicos. O relatório *To Err Is Human* do *Institute of Medicine* (IOM) (Kohn; Corrigan; Donaldson, 2000), por exemplo, identificou como uma das grandes causas da ocorrência de erros, os processos e condições de trabalho que levam os profissionais de saúde a cometê-los ou a não conseguir impedir que ocorram.

O resultado é considerado como produto final da assistência prestada. Nesta etapa, são verificadas as mudanças relacionadas com o conhecimento e o comportamento do estado de saúde do paciente, os efeitos obtidos durante o cuidado, bem como a satisfação do usuário e do profissional. Serve como indicador para a avaliação indireta da qualidade, sendo responsável por intervir nos outros componentes e operar mudanças objetivas no sistema como um todo (Donabedian, 1993; D’Innocenzo; Adami; Cunha, 2006; Righi; Schmidt; Venturini, 2010). O alcance de tais objetivos inclui aos estudos de trajetórias e traçadores (“tracers”), que se baseiam na seleção de uma (ou mais) condição. Assim, é possível estabelecer o acompanhamento do indivíduo desde sua chegada ao serviço de saúde até o resultado final (Donabedian, 1978).

Mesmo que os resultados constituam um indicador de qualidade da assistência médica, é necessário realizar avaliações simultâneas das estruturas e dos processos para compreender as discrepâncias encontradas, de forma a planejar intervenções, que levem não apenas à melhoria da assistência à saúde, mas também ao alcance da eficiência na administração dos serviços de saúde (Donabedian, 1985). É este o componente que serve de indicador para a avaliação indireta da qualidade, responsável por intervir nos outros componentes e operar mudanças objetivas no sistema como um todo (Donabedian, 1992). A Figura 2 sintetiza o referencial proposto.

FIGURA 2 – RESUMO DO REFERENCIAL TEÓRICO TRIÁDE DE DONABEDIAN: ESTRUTURA-PROCESSO-RESULTADO



Fonte: a autora (2023).³

Percebe-se uma crescente adoção do referencial teórico de Donabedian em estudos na área da saúde, constituindo referência na avaliação de qualidade das organizações, almejada por gestores destes serviços em visão macro e micro. Em razão disso, utilizá-lo como arcabouço para analisar uma organização com o perfil do CHC fomenta os essenciais aspectos que devem compor uma organização hospitalar (contorno à sua estrutura, seus processos desenhados e seus resultados obtidos diante de uma reestruturação) e, principalmente potencializa a proposição de um modelo de contingenciamento à pandemia pautado em consistência teórica.

³ Imagem de Avedis Donabedian extraída de: AVEDIS Donabedian. **EuroMediterranean Institute For Quality And Safety In Health Services** [site], s. d. Disponível em: <https://eiqsh.eu/en/avedis-donabedian/>. Acesso em: 25 jan. 2024.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Este tópico apresenta uma face da literatura⁴ sobre a pandemia nos serviços de saúde. Comporta os seguintes subtópicos: “A Covid-19 e a reorganização das práticas assistenciais” e “Gestão e o gerenciamento hospitalar para o enfrentamento à pandemia afunilado para o contexto do CHC”.

3.1 A COVID-19 E A REORGANIZAÇÃO DAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS

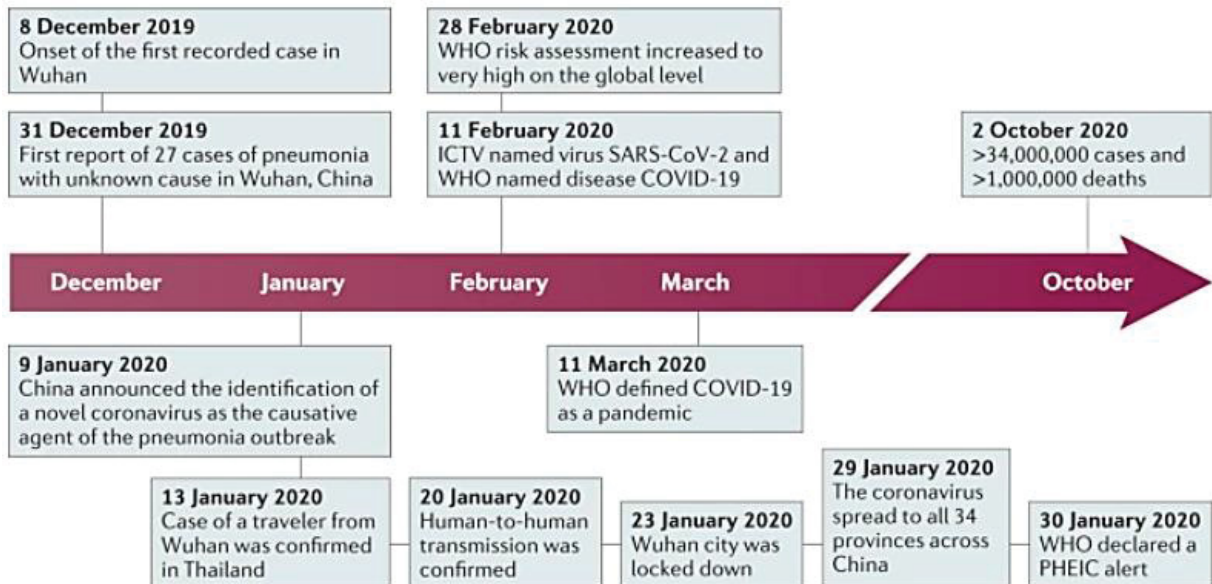
Mundialmente e historicamente, as pandemias vêm causando desordem de saúde pública, acometendo muitas pessoas e levando a taxas significativas de óbitos. O estudo de Costa e Merchan-Hamann (2016) apresenta uma estrutura sanitária brasileira sobre a história de eventos de Influenza, por exemplo. Os autores descrevem uma cronologia pandêmica datado inicialmente dos anos 1889-1890, com o vírus sugestivo de Influenza A (subtipo H2 ou H3); de 1918 a 1920, denominada Gripe Espanhola, com o vírus Influenza A (H1N1); em 1957, a Gripe de Hong Kong e Russa, com períodos até de décadas entre elas; já nos anos de 2003 a 2004, houve a Gripe Aviária (H5N1) e, em 2009, uma pandemia vírus Influenza A (H1N1), que fortaleceu a vigilância de tal vírus (Costa; Merchan-Hamann, 2016).

Na China, em novembro de 2019, houve o início do que seria uma preocupação de saúde pública global. O primeiro caso com início de sintomas por Coronavírus foi apresentado e

⁴ Dado o volume de publicações sobre o tema e atualização ágil e diversa de literatura na temática, foi elaborado recentemente pela pesquisadora, com o auxílio de uma doutora em revisão sistemática, uma estratégia de busca para *Scoping Review*: (((("health"[MeSH Terms] OR "health"[All Fields] OR "health s"[All Fields] OR "healthful"[All Fields] OR "healthfulness"[All Fields] OR "healths"[All Fields]) AND ("assistances"[All Fields] OR "assistant s"[All Fields] OR "assistants"[All Fields] OR "assisted"[All Fields] OR "assisting"[All Fields] OR "assistive"[All Fields] OR "dental assistants"[MeSH Terms] OR ("dental"[All Fields] AND "assistants"[All Fields]) OR "dental assistants"[All Fields] OR "assistant"[All Fields] OR "helping behavior"[MeSH Terms] OR ("helping"[All Fields] AND "behavior"[All Fields]) OR "helping behavior"[All Fields] OR "assist"[All Fields] OR "assistance"[All Fields] OR "assists"[All Fields])) OR ("health services administration"[MeSH Terms] OR ("health"[All Fields] AND "services"[All Fields] AND "administration"[All Fields]) OR "health services administration"[All Fields]) OR ("health manage"[Journal] OR ("health"[All Fields] AND "management"[All Fields]) OR "health management"[All Fields])) AND ("hospitals, public"[MeSH Terms] OR ("hospitals"[All Fields] AND "public"[All Fields]) OR "public hospitals"[All Fields] OR "hospitals public"[All Fields]) AND ("pandemic s"[All Fields] OR "pandemically"[All Fields] OR "pandemicity"[All Fields] OR "pandemics"[MeSH Terms] OR "pandemics"[All Fields] OR "pandemic"[All Fields])). As bases de dados utilizadas foram: Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) e Embase; o portal de dados utilizado foi o US National Library of Medicine (Pubmed/Medline), o qual apresentou 2510 artigos. Optou-se em pormenorizar o detalhamento dos artigos utilizados neste tópico, face ao protocolo e manuscrito em desenvolvimento para posterior submissão em periódico. Contudo, implicou em tais principais subtópicos.

relacionado ao Mercado de Frutos do Mar de Wuhan, capital da província de Hubei (Guhan *et al.*, 2020). A Figura 3, completa aspectos da cronologia inicial do surto.

FIGURA 3 – CRONOLOGIA DOS PRINCIPAIS EVENTOS INICIAIS DO SURTO DE COVID-19



LEGENDA: ICTV - *International Committee on Taxonomy of Viruses*;
PHEIC - *Public health emergency of international concern*.

Fonte: Hu *et al.* (2020, p. 142).

O Coronavírus é um vírus zoonótico, um ácido ribonucleico (RNA) vírus da ordem *Nidovirales*, da família *Coronaviridae*. Trata-se de uma família de vírus que causou infecções respiratórias, os quais foram isolados pela primeira vez no ano de 1937 e descritos como tal em 1965, em decorrência de seu perfil na microscopia parecendo uma coroa (Lima, 2020).

Os tipos de coronavírus conhecidos até o momento são: alfa coronavírus HcoV-229E e alfa coronavírus HcoV-NL63, beta coronavírus HcoV-OC43 e beta coronavírus HcoV-HKU1, Sars-CoV – causador da Síndrome Respiratória Aguda grave ou Sars –, Mers-CoV – causador da Síndrome Respiratória do Oriente Médio ou Mers – e, então recentemente, o Sars-CoV-2, que provoca a doença que foi chamada de Covid-19 (Lima, 2020).

Os modos de transmissão da Sars-CoV-2 ocorrem por meio da exposição a fluidos respiratórios portadores de vírus infecciosos que, por sua vez, caracterizam-se por três formas distintas, conforme apresenta o WHO (2021b):

(1) inalação de gotículas respiratórias muito finas e partículas de aerossol, (2) deposição de gotículas respiratórias e partículas nas membranas mucosas expostas na boca, nariz ou olhos por respingos diretos e sprays, e (3) tocar membranas mucosas com as mãos que foram sujas diretamente por fluidos respiratórios contendo vírus ou indiretamente tocando superfícies com vírus. Diferentemente do que fora orientado inicialmente, a evidência atual sugere fortemente que a transmissão por meio de superfícies contaminadas não contribui substancialmente para novas infecções.

O espectro clínico da infecção por coronavírus é amplo, podendo apresentar desde um simples resfriado até uma pneumonia grave. O quadro clínico inicial da doença foi caracterizado como uma síndrome gripal. Ademais, os sinais e sintomas em pessoas com Covid-19 incluem, geralmente, problemas respiratórios leves e febre persistente, em média de 5 a 6 dias após a infecção, com um período médio de incubação de 5 a 6 dias e intervalo de um a 14 dias (Lima, 2020).

O manejo clínico diferenciado ao paciente diagnosticado com Covid-19 vem sendo um marco importante na reorganização da assistência, dada a complexidade da doença – e, inicialmente, seu desconhecimento. Destaca-se que alguns pacientes com Covid-19 não apresentaram febre ou mesmo anormalidades em exames radiológicos no início, o que dificultou o diagnóstico (Lima, 2020; Goh *et al.*, 2020); como consequência, atrasou a procura por atendimento, aumentando as chances de propagação do vírus, asseveradas em casos contrários à adoção das medidas postas à época, como o isolamento social.

Outros sintomas são citados pela Organização Pan-Americana de Saúde (Opas, 2020a), como o cansaço e a tosse seca. Ainda mais, alguns pacientes podem apresentar dores, congestão nasal, dor de cabeça, conjuntivite, dor de garganta, diarreia, perda de paladar ou olfato, erupção cutânea na pele ou descoloração dos dedos das mãos ou dos pés. Esses sintomas geralmente se caracterizam por leves e tiveram início gradual. Estimou-se que uma em cada seis pessoas infectadas por Sars-CoV-2 ficou gravemente doente e desenvolveu dificuldade de respirar. Cerca de 80% das pessoas se recuperaram sem necessitar de tratamento hospitalar e apenas foram monitorados pelos órgãos de saúde responsáveis e, portanto, foram classificados como casos leves ou moderados (Opas, 2020a; Conass, 2020; Conasems; Conass, 2021; Daumas *et al.*, 2020). O total de 20% de pacientes restantes evoluiu com dispneia e hipoxemia secundárias à pneumonia viral extensa, necessitaram de acesso hospitalar para oxigenioterapia, bem como de outras intervenções conforme condição clínica. Há, no entanto, a porcentagem daqueles que evoluíram para um estado crítico devido à insuficiência respiratória, coagulação intravascular disseminada, choque

circulatório ou disfunção orgânica múltipla. Tal contexto, requereu cuidados de terapia intensiva, com demanda a recursos hospitalares altamente complexos para tratamento de cerca de 5% desses casos graves (Conass, 2020; Conasems; Conass, 2021; Daumas *et al.*, 2020; Portela; Grabois; Travassos, 2020).

As pessoas com idade avançada, superior a 60 anos, e as que têm comorbidades, como doenças crônicas, hipertensão, problemas cardíacos e do pulmão, diabetes ou câncer, têm maior risco de ficarem gravemente doentes. A idade média dos infectados variou entre 49 e 56 anos, sendo raro nos indivíduos inferiores a 20 anos. As crianças, em geral, apresentaram-se assintomáticas, com a gravidade acentuando-se com a idade, sendo a idade média dos óbitos na Itália – o segundo epicentro da pandemia – de 79,5 anos (Opas, 2020a; Wang *et al.*, 2020).

Mesmo diante de tais informações, qualquer indivíduo pode ser infectado pelo vírus e ficar gravemente doente ou evoluir a óbito. Corrobora, nesse sentido, o surgimento de novas variantes do vírus e as três ondas⁵ da Covid-19, que implicaram no aumento da transmissibilidade e piora da situação epidemiológica no local de expansão. Um estudo comparativo apontou maior incidência e aumento na proporção de casos da doença nas faixas etárias mais jovens na segunda onda, detectando mudanças no padrão de mortalidade entre as faixas etárias e sexo, sugerindo mudanças nos perfis de patogenicidade e virulência (Freitas *et al.*, 2021).

As complicações decorrentes da Covid-19 são inúmeras e se relacionam com a condição clínica do paciente; sendo que o conhecimento dos fatores é necessário ao ajuste das estratégias de prevenção e controle da pandemia. Desde os acontecimentos iniciais em paralelo, buscou-se investir em pesquisas para a descoberta de medicamento antiviral específico para tratamento da Covid-19 (Opas, 2020a).

Em dezembro de 2020 foi emitida uma autorização de uso emergencial para vacinas contra a Covid-19 em todo o mundo (Tosta *et al.*, 2023). Os programas de vacinação visavam proteger as populações vulneráveis e reduzir a gravidade da doença. No entanto, o acesso às vacinas continuou a ser um desafio significativo, especialmente aos países de baixos rendimentos, levantando preocupações sobre a equidade global das vacinas. O surgimento de novas variantes – *Ômicron*, identificada pela primeira vez no final de 2021 –, os esforços sobre a vacinação e a necessidade de

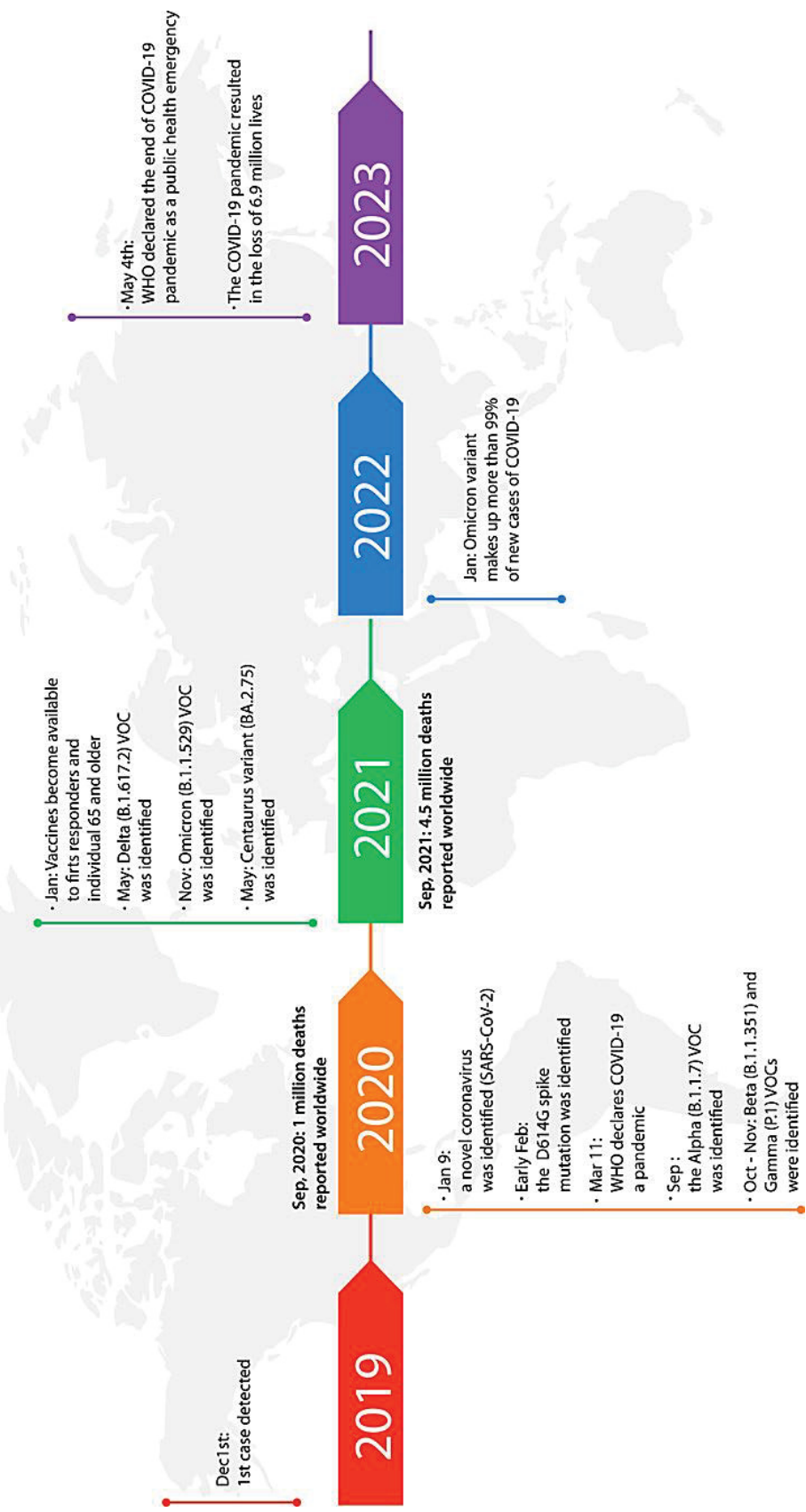
⁵ O termo “onda” refere-se ao pico intenso de casos positivos e mortalidade em decorrência da Covid-19. Desde o final de 2020, há grande preocupação internacional com as variantes do Sars-CoV-2: B.1.1.7, identificada no Reino Unido; B.1.351, descoberta na África do Sul; e P.1, que emergiu inicialmente estado brasileiro do Amazonas. A linhagem B.1.1.7 foi associada ao aumento da taxa de letalidade no Reino Unido. No entanto, ainda não existem estudos conclusivos sobre letalidade das outras duas variantes (Freitas *et al.*, 2021).

vigilância contínua realçaram a necessidade de ininterruptas medidas de saúde pública e de colaboração internacional. O caminho para a recuperação permaneceu incerto, com o vírus Sars-CoV-2 continuando a evoluir e a colocar desafios, enfatizando a importância de esforços sustentados para controlar a pandemia e proteger a saúde global. O ano de 2022 começou com um número significativo de casos e mortes notificados, refletindo a propagação contínua do vírus (Viana *et al.*, 2022; Giovanetti *et al.*, 2023).

Cronologicamente, novos e numerosos casos surgiram rapidamente em países asiáticos: Tailândia, Japão, Coreia do Sul e Singapura, seguindo para os países da Europa e demais continentes (Aquino *et al.*, 2020; Lima *et al.*, 2020), demonstrando a preocupação internacional.

Em junho de 2022, os Estados Unidos registaram mais de 84 milhões de casos de Covid-19, tornando-se o país com o maior número de casos em todo o mundo. Este marco significativo destacou o impacto contínuo da pandemia à escala global. Em resposta à imunização implementada, no dia 4 de maio de 2023, mais de três anos após sua declaração inicial, a OMS encerrou o estado de emergência global para a Covid-19 (WHO, 2023; Giovanetti *et al.*, 2023). A Figura 4, na forma de linha do tempo por Giovanetti e demais autores (2023), compilam os principais acontecimentos anuais sobre a Covid, bem como seus aspectos relacionados.

FIGURA 4 - LINHA DO TEMPO COM O RESUMO DOS ACONTECIMENTOS COVID-19



Fonte: Giovanetti *et al.* (2023, p. 3).

No Brasil, o primeiro caso conhecido de Covid-19 teve registro em 25 de fevereiro de 2020; a primeira morte foi anunciada em 17 de março do mesmo ano; e o número de pessoas contaminadas cresceu rapidamente, com 1.891 casos confirmados em 23 de março de 2020. Para aliviar os danos causados à população, muitos governos adotaram medidas de controle para redução dos níveis de transmissão, que incluíram a suspensão das aulas em escolas e universidades, a proibição de eventos e o fechamento de fronteiras (Antunes *et al.*, 2020).

Desde o surgimento do vírus, as orientações voltaram-se ao reforço na adoção de medidas não farmacológicas para prevenção contra a infecção: realizar higiene das mãos, evitar ambientes fechados e contato com pessoas provenientes da região onde o surto teve início. Para os profissionais da área da saúde, o uso dos óculos de proteção ou protetor facial, máscara cirúrgica N95, avental, luva de procedimento e lavagem das mãos foram utilizados para a prestação de assistência aos pacientes com casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo Coronavírus (Belasco, Fonseca, 2020).

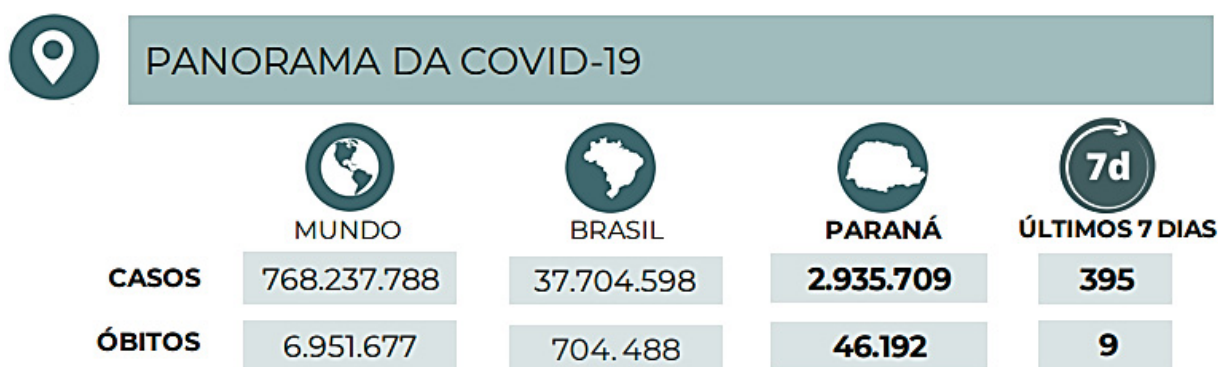
Outrossim, o distanciamento social também foi adotado como medida, sendo essencial para evitar a ocorrência de aglomerações; ademais, orientou-se pela manutenção de, no mínimo, um metro e meio de distância entre as pessoas. Implicou, ainda, na proibição de eventos que ocasionassem um grande número de indivíduos reunidos, como escolas, universidades, shoppings, academias, etc. (Reis-Filho; Quinto, 2020). Tais medidas auxiliaram na redução da velocidade da transmissão, achatando a curva de crescimento do vírus e diminuindo o impacto no sistema de saúde (Conass, 2020).

O isolamento social foi concebido como outra medida implementada: as pessoas foram orientadas manterem-se restritas a seus domicílios; as pessoas suspeitas de possuírem Covid-19, assim como os casos positivos, foram instruídas a aderir a um isolamento total por 14 dias, chamado de quarentena (considerando o período de incubação do Sars-CoV-2) (Oliveira; Lucas; Iquiapaza, 2020). Fizeram parte dessas medidas os pacientes com Síndrome Gripal (SG) como um sinal de caso suspeito, bem como os contatos domiciliares. Os Casos confirmados do vírus ocorreram por critério laboratorial, biologia molecular *Reverse Transcription Polymerase Chain Reaction* (RT-PCR) em tempo real, com detecção do vírus Sars-CoV2 (Conass, 2020). Todos os esforços empreendidos foram imprescindíveis ao enfrentamento, embora percebidos desafios, asseverados àquela parcela da população que não adotou as medidas de segurança por descrença na ciência.

Os esforços para combater a pandemia foram multifacetados, incluindo o desenvolvimento de vacinas eficazes, o aumento dos testes e do rastreamento de contatos, e a utilização de tratamentos terapêuticos para pacientes com Covid-19. As vacinas foram desenvolvidas, aprovadas e foram distribuídas em todo o mundo para mitigar a propagação do vírus e a gravidade da doença (Giovanetti *et al.*, 2023).

Na Figura 5, o informe epidemiológico mostrou os números que marcaram a história mundial até o contexto local do panorama Covid-19, até julho de 2023.

FIGURA 5 - PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DA COVID-19



Fonte: Paraná (2023b)⁶.

A proteção à saúde dos trabalhadores expostos aos pacientes confirmados com Covid-19 também foram uma preocupação da gestão (Munster *et al.*, 2020). Os resultados da pesquisa intitulada “Condições de Trabalho dos Profissionais de Saúde no Contexto da Covid-19”, realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) em todo o território nacional, traduziram a preocupação. Entre eles, apontou que pandemia alterou de modo significativo a vida de 95% dos trabalhadores; aproximadamente 50% admitiram excesso de trabalho ao longo da crise mundial de saúde, com jornadas excedidas das 40 horas semanais, perfazendo uma jornada dupla de trabalho (45%). A referida pesquisa sobre tal contexto explanou a urgência por garantias às condições de trabalho desses profissionais.

Se, anteriormente à pandemia, o gerenciamento dos recursos materiais e insumos era um componente desafiador para gestores, com o novo Coronavírus, as mídias sociais e a experiência

⁶ Dados publicados em 25 de julho de 2023: PARANÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Paraná. Boletim - Informe Epidemiológico Coronavírus (COVID-19) - ano 2023. Paraná [site], 25 jul. 2023b. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Boletim-COVID19-2023>. Acesso em: 25 jan. 2024.

em campo de prática retrataram uma escassez de materiais que precarizou a proteção dos profissionais na linha de frente⁷ e a continuidade da assistência com segurança e qualidade.

Durante a fase inicial do surto em Wuhan, China, a escassez de equipamentos fez com que 75% dos mortos não tivessem recebido ventilação mecânica (VM) (Xie *et al.*, 2020); assim como recursos sobrecarregados para UTI na Lombardia, Itália (Grasselli; Pesenti; Cecconi, 2020). O espaço físico de cuidados de alta complexidade demanda que gestores de hospitais gerenciem com eficiência para sustentar contextos de saúde, pois relacionam-se ao cuidado direto no manejo de pacientes críticos acometidos pela Covid-19.

À medida que a disseminação do vírus se manifestava, o desenvolvimento das etapas de estudos científicos com candidatos a vacinas também pôde ser acompanhado com atenção. Ainda em 2020, as primeiras vacinas receberam autorização para uso emergencial em alguns países europeus e nos Estados Unidos (Castro, 2021).

No dia 17 de janeiro de 2021, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) autorizou o uso emergencial de duas vacinas no Brasil: a vacina da AstraZeneca, produzida em parceria pela Universidade de Oxford com a Fiocruz; e CoronaVac, produzida pela chinesa Sinovac em parceria com o Instituto Butantan. Em questão de minutos, Mônica Calazans, mulher negra e enfermeira da UTI do Instituto Emílio Ribas em São Paulo, foi a primeira brasileira vacinada no território nacional (Castro, 2021).

Houve o empenho de pesquisas para o desenvolvimento de outras vacinas, introduzidas sempre com a prerrogativa de segurança na administração e eficácia da imunização. Em casos de efeitos colaterais, ocorriam nos primeiros dias após a vacinação. Nenhuma das vacinas aprovadas contém o vírus vivo que causa a Covid-19; portanto, não podem ocasionar a doença no indivíduo (WHO, 2021b). Após a vacinação, geralmente o corpo necessita de algumas semanas para construir imunidade contra o Sars-CoV-2. Neste ínterim, uma pessoa poderia estar infectada com o vírus pouco antes ou depois da vacinação e ainda ficar doente, com Covid-19, em razão do tempo insuficiente para fornecer proteção (WHO, 2021b). Tais informações foram importantes para direcionar o trabalho nos serviços de saúde.

Frente ao que era desconhecido, as medidas iniciais assistenciais pautaram-se em experiências anteriores por gestores da saúde e *expertises* da área, tais como nas epidemias de Sars e Mers, que oportunizaram evidências de que somente as condições de prontidão e capacidade de

⁷ Profissionais na assistência direta aos pacientes com suspeita ou confirmação da Covid-19.

resposta abrangente poderiam fornecer mecanismos para que governos e sistemas de saúde pudessem superar os surtos (Tolentino *et al.*, 2021; Mohammadpour *et al.*, 2021).

O estudo realizado por Scales e demais autores (2003) na UTI de um hospital, na cidade de Toronto, Canadá, mostrou que uma vez identificado o risco de Sars, todos os pacientes foram considerados potencialmente expostos. Sendo assim, obedecendo a medida para evitar a disseminação do vírus no hospital, houve o fechamento da UTI para novas admissões e altas, e implementadas rigorosas precauções respiratórias e de contato para todos os pacientes restantes. Os mesmos autores descrevem que o total de 69 profissionais de saúde foram colocados em quarentena e considerados de alto risco para o desenvolvimento de Sars. Com base na compreensão da transmissão da doença, consideraram alto risco qualquer pessoa que tivesse entrado no quarto do paciente-índice ou que estivesse na UTI por um período superior a quatro horas durante a estadia de 30,75 horas do paciente. Os resultados do estudo sugeriram que a proximidade e a duração do contato com um paciente com Sars se associam ao risco de transmissão viral (Scales *et al.*, 2003).

Com a premissa de mudança de práticas para o enfrentamento inicial da Covid-19, o departamento de anestesia no Hospital Universitário de Cuidados Agudos de Nível Superior, em Singapura – com 1.700 leitos –, e o Hospital Geral de Sengkang implementaram medidas relacionados a controles de engenharia, como identificação e preparação de uma sala de operações de isolamento; medidas administrativas, como modificação do fluxo de trabalho, processos, introdução de proteção individual, equipamento para o pessoal e formularam diretrizes clínicas para controle anestésico. Realizaram, ainda, uma valiosa simulação para analisar a viabilidade de novas instalações de salas de cirurgia ou fluxo de trabalho (Wong *et al.*, 2020).

No Brasil, na grande parte dos locais distantes dos grandes centros, entre outros desafios, os hospitais tinham aventais de tecido disponíveis, não descartáveis, precisando que fossem imediatamente encaminhados à lavanderia, não sendo recomendado seu reuso ao longo dos novos atendimentos. O reuso, por exemplo, levou ao risco aumentado de contaminação e disseminação do vírus, implicando em adicional de casos mais graves e, ainda, no afastamento do próprio profissional de saúde por sua contaminação (Oliveira; Lucas; Iquiapaza, 2020).

Também como estratégia de prevenção, a orientação do uso de luvas de procedimento foi para o descarte antes do profissional deixar o quarto de isolamento do paciente com suspeita ou confirmação do diagnóstico. O uso de luvas de borracha de cano longo foi uma implementação para o pessoal de apoio, como aos profissionais da limpeza (Anvisa, 2020). Todavia, houve a

premissa de que o uso de luvas não substitui a higiene das mãos e de que as áreas próximas dos pacientes, infectados ou não, como mesas e grades laterais da cama, devem ser consideradas contaminadas, não devendo ser tocadas com luvas, minimizando riscos de contaminação cruzada e aumento da morbidade entre os pacientes (Oliveira; Lucas; Iquiapaza, 2020).

Um hospital geral de emergência da província de Guangdong, Guangzhou, considerando a maior parte do trabalho dos enfermeiros no contato direto com os pacientes e, portanto, sua alta vulnerabilidade ao Covid-19, estabeleceu protocolos hospitalares específicos para reduzir o risco de infecção aos profissionais. O protocolo compunha medidas de oferta de educação e treinamento intensivos aos enfermeiros, estabelecimento de um cronograma de turnos e um sistema de controle de infecção, chamado sistema de observação. Tal sistema constituiu-se de profissionais que monitoram a equipe médica em tempo real por meio de computadores e auxiliam na correção instantânea de alguma prática, se houvesse a necessidade (Huang *et al.*, 2020).

Atualmente, em 2023, muito já se sabe e se tem produzido sobre a doença, o que tem facilitado e conduzido práticas assistenciais e gerenciais mais assertivas.

3.2 GESTÃO E O GERENCIAMENTO HOSPITALAR NO ENFRENTAMENTO A PANDEMIA COVID-19

A gestão à frente de uma situação de crise em serviços de saúde precisa estar ciente de que sua atuação implica em outros aspectos na sociedade, não se limitando apenas à área específica. Como testemunhado no surto da Covid-19, outros setores, como economia ou política externa, foram e podem ser fortemente afetados (Bergner, 2020). Muitas vezes, as crises de saúde não apenas atingem vários setores, mas também podem cruzar as fronteiras nacionais, tornando as respostas em nível estadual insuficientes e, eventualmente, ineficazes. Desse modo, justifica-se a importância de uma resposta coordenada desde os níveis locais até o global⁸. Além disso, atores não-estatais, como Organizações Não Governamentais (ONGs) e setor privado, tiveram papel ativo nas crises de saúde, em especial na pandemia (Bergner, 2020).

⁸ Em termos de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, foi a sexta vez na história que uma foi declarada. As outras foram: 25 de abril de 2009: pandemia de H1N1; 5 de maio de 2014: disseminação internacional de poliovírus; 8 agosto de 2014: surto de Ebola na África Ocidental; 1 de fevereiro de 2016: vírus zika e aumento de casos de microcefalia e outras malformações congênitas; 18 maio de 2018: surto de ebola na República Democrática do Congo (Opas, 2023).

O estudo de Oliveira, Lucas e Iquiapaza (2020), que buscou analisar a pandemia da Covid-19 e o que foi (re)aprendido com a experiência mundial na adoção das medidas de prevenção preconizadas pela OMS, bem como o panorama epidemiológico no mundo, mostrou uma triste resposta. Com base na curva epidemiológica da doença, explanou as proporções devastadoras na Itália, Espanha e nos Estados Unidos, superando a China em registros de óbitos, evidenciando o atraso na adoção das medidas influenciadas por elementos comportamentais e coletivos.

A conduta inicial pelos governantes mundiais e gestores de saúde foi a adoção de medidas emergenciais para lidar com a crise de saúde, ajustando a tomada de decisões em tempo real, buscando reparo às ocorrências de erros que se fizeram presentes devido ao pouco tempo de planejamento (Bernardino *et al.*, 2021). Representou, assim, um sério desafio à resiliência dos sistemas de saúde em todo o mundo. Em particular, a capacidade hospitalar e a disponibilidade de leitos de UTI e respiradores, que se tornaram escassos em vários países durante a primeira onda de Covid-19, foram identificados como um dos fatores mais relevantes.

Ao considerar que 5% de pacientes acometidos pela Covid-19 incitou cuidados complexos, uma vez categorizados como casos graves, surgiu a preocupação pela elevada demanda de cuidados de saúde em níveis terciários de saúde. Se anteriormente à pandemia já eram evidentes os gargalos de filas de espera no país, com a Covid-19 as preocupações foram intensificadas, considerando os índices de transmissibilidade do vírus, que expõem profissionais de saúde e intensificam a possível exposição de pacientes com outras condições de saúde ao utilizarem os serviços de saúde (Portela; Gravois; Travassos, 2020).

Um hospital em Singapura (Ásia) foi um dos primeiros a ter o surto de Covid-19. A resposta de cuidados críticos no maior centro médico terciário acadêmico de Singapura preparou e implementou protocolos rápidos de identificação e isolamento de pacientes com o vírus; aumentou a capacidade de leitos de UTI; focou no controle de infecções; buscou garantir suprimentos adequados para equipar as UTIs e de proteção aos profissionais; manteve uma gestão clínica de qualidade e uma comunicação eficaz (Goh *et al.*, 2020).

Na Espanha, um hospital público de ensino parceiro da Universidade de Barcelona, com 750 leitos, reorganizou sua estrutura para atender às necessidades clínicas. Foi criado o *Health Hotel* para fornecer assistência médica aos pacientes internados com sintomas leves de Covid-19. Assim que o período de internação atingiu o pico, as unidades especializadas foram lotadas e enfermeiras e médicos foram direcionados aos pacientes Covid-19; ainda, as creches locais foram

convertidas em UTIs. Todas as adaptações geraram a necessidade de contratação de profissionais de saúde, principalmente enfermeiros; como alternativa, estudantes de enfermagem foram contratados como Auxiliares de Saúde. Esta força de trabalho foi integrada com condições de trabalho plenas, benefícios, um salário mensal e supervisão de um enfermeiro formado (Casafont *et al.*, 2021). Assevera-se, assim, que o impacto da pandemia não se restringiu às reorganizações e medidas voltadas à assistência, mas também foi forte influência no ensino.

A ativação do Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública em resposta ao Covid-19 (COE-Covid-19), entronou às medidas não farmacológicas. Além disso, foram realizadas coletivas de imprensa diárias, atualização diária dos números de casos, painel de dados, boletins epidemiológicos, guia de vigilância, plano de contingência, estabelecimento de estratégia de comunicação com porta-vozes fixos (Ministério da Saúde, 2021).

O processo para compra de insumos, abertura de laboratório – máquinas e testes moleculares e sorológicos – e capacitação de profissionais de saúde foram emergentes (Ministério da Saúde, 2020). Em fevereiro, foi divulgada a lei que tratava sobre medidas para enfrentamento da emergência decorrente do Coronavírus: a Lei n. 13.979, de 6 de fevereiro de 2020 (Brasil, 2020).

As lições das pesquisas em gerenciamento de crises⁹ sustentam a existência de barreiras cognitivas, informacionais, culturais, de recursos e políticas, que limitam, em grande medida, a efetividade do planejamento de crises no âmbito governamental (Boin; McConnell, 2007). Este último soou um desafio em potencial para o Brasil, pois o SUS teve suas fragilidades agravadas por uma crise política e econômica, intensificadas pelo modo como a pandemia foi conduzida pelo governo federal, que se desvinculou da ciência e (des)orientou ações para a tomada de decisões como responsabilidade dos estados (Massuda *et al.*, 2020; Floss *et al.*, 2023).

O Brasil, dada sua dimensão continental, marcado por contextos de desigualdades regionais na oferta de serviços e sociais que entornam o acesso do paciente a todos esses serviços, adotou estratégias diversas de mitigação da pandemia, procurando fortalecer uma articulação na perspectiva de rede de saúde. Essa articulação voltou-se, inicialmente, à ampliação do acesso do paciente aos leitos hospitalares de forma segura (Portela; Grabois; Travassos, 2020).

Os iniciais grandes desafios aos hospitais, especialmente os universitários integrados ao SUS, foram: “reorganizar o atendimento, ampliar leitos de UTI, abastecer-se com equipamentos

⁹ O gerenciamento de Crise é uma estratégia que trata da prevenção, do planejamento e da análise de uma situação de risco. No entanto, quando a crise já está instalada, revela-se como uma alternativa para melhor condução, controle, administração e redução da confusão e desordem apresentada (Pereira; Ferreira, 2016).

de proteção individual, sobretudo máscaras e aventais de proteção, em escassez no mercado, e ter testes suficientes para o diagnóstico” (Medeiros, 2020, p. 2). Como ação da gestão, tais hospitais foram solicitados pelos gestores a oferecer leitos intensivos e enfermarias especializadas. De modo rápido, realizaram a gestão do cuidado e reconfiguraram sua estrutura para atender um perfil de usuário com doença desconhecida, contrataram e treinaram profissionais, atualizaram sua carta de atendimento, cancelaram procedimentos eletivos, direcionaram recursos financeiros e humanos, e adequaram a estrutura física e os processos de trabalho (Bernardino *et al.*, 2021).

A preparação de uma UTI é essencial para qualquer resposta pandêmica, sendo desafiadora no que tange: limitação de recursos, controle de infecção, proteção de profissionais de saúde e adaptação de serviços a uma situação de pandemia em rápida evolução (Goh *et al.*, 2020). Leitos de UTI foram habilitados, temporariamente, para pacientes graves ou críticos de Covid-19, nos estados Espírito Santo, São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Bahia e Piauí (Ministério da Saúde, 2020).

Com a pandemia, as fragilidades na rede de saúde, antes já debatidas, foram ampliadas pela insuficiência de leitos para internação, bem como problemas no fluxo de acesso a tais leitos. No Município do Rio de Janeiro, por exemplo, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) não realizou o atendimento domiciliar às urgências por Covid-19 e as Unidades Básicas de Saúde (UBSs) ficaram responsáveis por acolher os pacientes que apresentaram sintomas respiratórios, solicitando vagas de internação, implicando em acúmulo de espera por acesso hospitalar. O mesmo ocorreu com a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), como outra porta de entrada para os leitos Covid-19. A nova dificuldade somou-se às existentes e crescentes, na referência aos pacientes para leitos especializados (Daumas *et al.*, 2020; Altino, 2020).

As respostas iniciais dos sistemas de saúde foram centralizadas no cuidado de pacientes graves e dos indivíduos considerados grupos de risco. No entanto, para reduzir a velocidade de transmissão da doença e evitar o colapso dos sistemas de saúde, é premente que sejam desenvolvidas medidas de prevenção, diagnóstico, isolamento e cuidado de toda a população e de todos os casos da Covid-19, incluindo aqueles identificados como leves e moderados (Portela; Grabois; Travassos, 2020).

A tecnologia foi aliada como estratégia pensada por gestores. No Hospital Universitário Pedro Ernesto, no Rio de Janeiro, a equipe do Núcleo de Cuidados Paliativos organizou o fluxo de atendimento aos pacientes também utilizando de modalidades de teleconsulta. A estratégia gerou

aumento da comunicação na tríade paciente, família e equipe de saúde, preservando um plano terapêutico baseado no cuidado e acolhimento (Castro *et al.*, 2020). Trata-se, ainda, de um perfil de pacientes que carecem de cuidado continuado, independente da demanda por Covid-19, além de caracterizarem-se grupo de risco. Em experiência semelhante, no Rio Grande do Sul, a telessaúde se mostrou como recurso eficiente para o atendimento de pacientes com demandas fonoaudiológicas em uma Unidade Básica de Saúde que funciona como ambiente de ensino junto de um hospital universitário (Dimer *et al.*, 2020).

Partindo das ações abrangentes, cada serviço de saúde *in loco* precisou se ajustar, sobretudo no campo da assistência. No Paraná, experiências compartilhadas na literatura atrelaram o gerenciamento destas ações, pautado nas normativas da OMS, do Ministério da Saúde, da Anvisa, da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná (Sesa) e das Secretarias de Saúde das Prefeituras Municipais locais (Bernardino *et al.*, 2021). Buscou, ainda, fortalecer as medidas de enfrentamento pensado em rede. A RAS como integradora dos diversos pontos de atenção de um território micro e macrorregional de saúde foi considerada primordial, com a convocação inicial da rede de urgência e emergência (Conass, 2020).

Nessa perspectiva, um arcabouço matricial permitiu a conformação de diferentes arranjos assistenciais, que os gestores puderam adaptar às realidades loco-regionais na organização do cuidado efetivo à Covid-19. Essa matriz é composta pela descrição do fluxo de pacientes, as funções dos pontos de cuidado, indicando quando e quais cuidados podem ser prestados em cada ponto e as relações entre eles (referência e contrarreferência) (Fiocruz, 2020).

Assim, foi discutida, elaborada e implementada uma Linha de Cuidado no contexto da pandemia. A Linha de Cuidado Covid-19 foi uma importante ferramenta para os gestores desenharem a gestão do cuidado a este perfil de pacientes. Possa e demais autores (2020) sumarizaram as proposições como resposta à pandemia, por meio de ações e pontos de atenção articulados, a partir da gestão do trabalho em conjunto à educação para sua construção (Figura 6).

FIGURA 6 – SÍNTESE DAS AÇÕES DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO PARA CONSTRUÇÃO DA LINHA DE CUIDADO – COVID-19

Pontos de Atenção da Linha de Cuidado – COVID-19											
Promoção e Prevenção	Vigilância em Saúde	Primeiro Atendimento	Atenção Básica	Serviços de Acolhimento	Atendimento Pré-Hospitalar Móvel	Central de Regulação de Leitos e Internações	Serviços de Internação	Atenção Domiciliar	Reabilitação	Cuidado em Situação de Óbito	Proteção física e psicossocial dos trabalhadores da saúde
Identificação da força de trabalho existente e disponível											
Dimensionamento das necessidades de força de trabalho											
Revisão das atribuições e papéis dos trabalhadores											
Identificação, proposição e implementação de políticas e instrumentos de contratação e provimento da força de trabalho											
Proposição e implementação de políticas e instrumentos de redistribuição, remanejamento e reorientação das práticas e atribuições dos trabalhadores											
Recrutamento da força de trabalho adicional											
Desenvolvimento de medidas de apoio e incentivo aos trabalhadores de saúde											
Apoio à gestão e organização dos processos de trabalho no cotidiano com a agilidade demandada pela complexidade e pela rápida modificação de cenários											
Constituição e manutenção de canais de comunicação com gestores e trabalhadores											
Proposição e implementação de medidas de prevenção, proteção e cuidado físico e psicossocial dos trabalhadores											
Organização e implementação de ações de capacitação, educação permanente, produção e sistematização e compartilhamento do conhecimento											
Articulação de formas ágeis e rápidas de sistematização e análise de informações sobre a evolução da pandemia no território e nos territórios adjacentes, assim como de conhecimentos produzidos sobre a doença, o contágio e os protocolos válidos de tratamento											
Articulação entre as áreas de gestão do trabalho e educação dos diferentes entes federados e os serviços e as instituições de ensino superior do território											
Articulação, negociação e desenvolvimento de uma agenda de trabalho para a construção de políticas, de atividades conjuntas e de canais de comunicação com as organizações dos trabalhadores											
Fortalecimento de ações no território, sobretudo nos pontos de atenção básica, para identificação e organização da linha de cuidado, inclusive por meio de ações intersetoriais											
Estabelecimento de fluxos claros e transparentes de seguimento das pessoas na linha de cuidado, sobretudo nas ações de maior densidade tecnológica											
Articulação com espaços de governança do sistema local de saúde e fortalecimento da capacidade de gestão da linha de cuidado das pessoas com COVID-19.											

Fonte: Possa *et al.* (2020).

Os fluxos regulatórios desenhados e a actualización com a RAS, que estiveram relacionados a financiamento, contratos, habilitação de leitos, etc. foram um diferencial para o enfrentamento à pandemia (Bernardino *et al.*, 2021). No Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná não foi diferente. Capital do Estado, a cidade de Curitiba, apresentou uma corrida para fortalecer as medidas de mitigação da pandemia, desde seu marco inicial.

No mês de setembro de 2020, houve troca de experiências com a Opas em parceria com a Secretaria de Saúde do estado do Paraná. Tal ação esteve voltada ao conhecimento de política de enfrentamento à Covid-19, ao conhecimento do trabalho implementado no estado nas áreas de vigilância, assistência e laboratorial, bem como a comunicação de riscos (Opas, 2020b). Como ferramenta, um Plano de Contingência foi elaborado e publicado, com o intuito de instrumentalizar o município de Curitiba no enfrentamento da infecção humana pelo Coronavírus (Curitiba, 2021).

Com perfil de hospital público e de referência, o CHC/UFPR foi um hospital que precisou ajustar suas estrutura e dinâmica de atendimento, diante da complexidade da demanda Covid-19. O hospital, assim como outros que prestam ações e serviços no âmbito do SUS, constitui-se como um ponto ou conjunto de pontos de atenção, cuja missão e perfil assistencial devem ser definidos diante do perfil demográfico e epidemiológico da população, de acordo com o desenho das RAS loco-regional, vinculado a uma população de referência com base territorial definida, com acesso regulado e atendimento por demanda referenciada e/ou espontânea (Brasil, 2013).

Habilitado¹⁰ à Gestão Plena do sistema, ao CHC são disponibilizados recursos financeiros por meio da Portaria nº 2.584, de 2 de dezembro de 2004 (Brasil, 2004). Entre outras, gerenciar recursos humanos foi uma necessidade urgente. Além da realocação interna dos profissionais, uma resposta comum em outras realidades, houve a contratação de força de trabalho. Atualmente, há cerca de 800 trabalhadores terceirizados no hospital (CHC, 2021).

Consoante à Linha de Cuidado na atenção à Covid-19, o hospital levantou tendas objetivando fluxos de triagem, de atendimento e de exames diagnósticos das pessoas com sintomas respiratórios e identificadas como casos suspeitos da Covid-19, bem como houve o separo de capacidades instaladas. Portanto, foram ações de garantia aos hospitais, salas, unidades e/ou partes do edifício, com plantas separadas, condições de isolamento com o foco na redução de riscos aos

¹⁰ Ato do Gestor Federal do SUS autorizar um estabelecimento de saúde já credenciado junto ao gestor local de saúde a realizar procedimentos constantes na Tabela SUS, de acordo com os requisitos em legislação específica (Ebserrh, 2021).

trabalhadores e os próprios pacientes e usuários (Portela; Grabois; Travassos, 2020). Então, hospitais de campanha foram levantados.

A expertise de gestores também foi um elemento caracterizado como potencializador ao enfrentamento da pandemia pelas instituições. Dehnavieh e Kalavani (2020) descreveram uma série de práticas de apoio, como estratégia à gerência, a saber: envolver a liderança com forte relação direta para o desempenho de médicos e enfermeiros, com comunicação eficaz; falar sobre a importância do trabalho em equipe e incentivo aos colegas; observar o equilíbrio entre vida pessoal e profissional e, para isso, definir uma carga de trabalho adequada e equilibrada aos funcionários; fornecer recursos para proteger aos funcionários e sua saúde mental, criando um ambiente propício de trabalho; conversar com a equipe sobre progressos e sucessos e cancelar reuniões desnecessárias, priorizando encontros remotos.

O CHC-UFPR foi totalmente reestruturado para prover 89 leitos de enfermarias respiratórias e 78 leitos de UTI, representando o maior incremento de leitos para atendimento à pandemia na cidade. Os atendimentos eletivos foram suspensos para remanejamento dos leitos e direcionamento das forças de trabalho para enfrentamento da pandemia. Entre as principais alterações, destacam-se: reforma e ampliação de 12 para 21 leitos da infectologia, conversão dos oito leitos da UTI Cirúrgica para UTI Covid; transformação dos 20 leitos de enfermaria ortopédica para 18 leitos de UTI Covid; conversão de 35 leitos cirúrgicos para leitos de enfermaria; ampliação da hemodiálise para o atendimento de pacientes com Covid-19; o atendimento de obstetria de baixo risco do Hospital Vitor do Amaral (HVA) foi transferido para a maternidade do Hospital de Clínicas junto às gestantes de alto risco, sendo o imóvel da HVA cedido para uso da Secretaria Municipal de Saúde, para ampliação da capacidade hospitalar para atendimento à Covid-19 (Ebserh, 2021, p. 851).

A organização do trabalho, a combinação de habilidades profissionais e técnicas, a gestão de capacidades, a inovação e incorporação de diversas tecnologias de maneira integrada e dinâmica, e a proteção e cuidado dos trabalhadores são os novos desafios que se apresentam à gestão da força de trabalho em saúde, para garantir uma resposta ideal aos cidadãos, não apenas durante a emergência da pandemia da Covid-19, mas também na perspectiva operacional do SUS a médio e longo prazo (Portela; Grabois; Travassos, 2020).

Em paralelo às ações locais direcionadas à gestão no contexto hospitalar, para além da assistência, cabe mencionar as respostas ao ensino e à pesquisa do CHC, como hospital universitário. Considerando a definição de Hospital Universitário (HU), percebe-se, ainda, uma lacuna em estudos brasileiros, passada quase uma década no que se refere a uma visão mais ampla destes componentes. Para Araújo e Leta (2014),

A definição oficial de HU deixa claro que o compromisso dessa instituição não está somente na assistência e no ensino, mas também na pesquisa. A introdução de um processo de certificação dos Hus brasileiros em 2004 reforçou a trílice missão dos Hus. Mas será que os Hus brasileiros incorporaram e integraram de fato essas missões? Como será que os gestores dessas instituições percebem essas missões no passado e no presente? (Araújo; Leta, 2014, p. 1267).

O estudo desenvolvido pelos mesmos autores apontou que ora o ensino apareceu mais evidente, ora a assistência; a atividade de pesquisa, quando apareceu na fala dos entrevistados, foi associada a uma dessas duas atividades ou a ambas. Frente aos acontecimentos recentes, como refletir tal contexto?

Um estudo documental gaúcho realizado em período inicial da pandemia resultou no levantamento de 495 ações para o enfrentamento da pandemia de Covid-19, as quais foram distribuídas entre Assistência (38,99%), Gestão (37,58%), Extensão (16,16%) e Ensino e Pesquisa (7,27%). Como detalhamento, obteve-se que,

Na Assistência, destacou-se a suspensão de consultas não relacionadas à COVID-19 e cirurgias eletivas, bem como mudanças em rotinas com reforço às questões de biossegurança para evitar transmissão do vírus. No âmbito da Gestão, ocorreu contratação de novos profissionais e capacitação das equipes de saúde. Na dimensão Extensão, foram desenvolvidos principalmente materiais educativos sobre medidas de prevenção da COVID-19. Em relação ao Ensino e Pesquisa, houve suspensão de atividades educativo-formativas e sobressaiu-se o engajamento dos hospitais no desenvolvimento de pesquisas sobre o tema (Santos *et al.*, 2020).

Se, por um lado, as universidades precisaram parar o atendimento presencial, com aulas ministradas por plataformas online, com acesso restrito aos hospitais, fragilizando o processo ensino-aprendizagem por meio da prática; e também as pesquisas (re)adequando-se metodologicamente ou sofrendo interrupções, corte de verbas, etc. De outro lado, novas oportunidades diante da crise emergiram: uma nova forma de comunicação exigiu que habilidades fossem desenvolvidas, o (re)pensar sobre o modo como a academia realiza seu processo de trabalho teve realce e estreitos laços foram desenvolvidos, acerca de parcerias nacionais e internacionais, para o conhecimento em profundidade do vírus, bem como à vacina descoberta.

4 METODOLOGIA

Este capítulo tem por finalidade apresentar o percurso metodológico e os procedimentos adotados na pesquisa, a saber: tipo de estudo, cenário do estudo, participantes, procedimentos para a coleta, tratamento e análise dos dados, e os aspectos éticos. Aponta-se que foram seguidos os critérios apresentados no *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (Coreq)* (Tong; Sainsbury; Craig, 2007).

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa descritiva, de natureza qualitativa e de estudo de caso do tipo único integrado. Um estudo de caso é definido como uma investigação empírica que se concentra em fenômenos contemporâneos selecionados com o passar do tempo, proporcionando descrições aprofundadas de suas dimensões e processos essenciais. No que concerne às pesquisas de estudo de caso, dois autores são referência para o método: Robert Stake e Robert Yin, sendo que Yin possui estudos voltados para a área da saúde (Favero; Rodrigues, 2016), integrante da presente pesquisa.

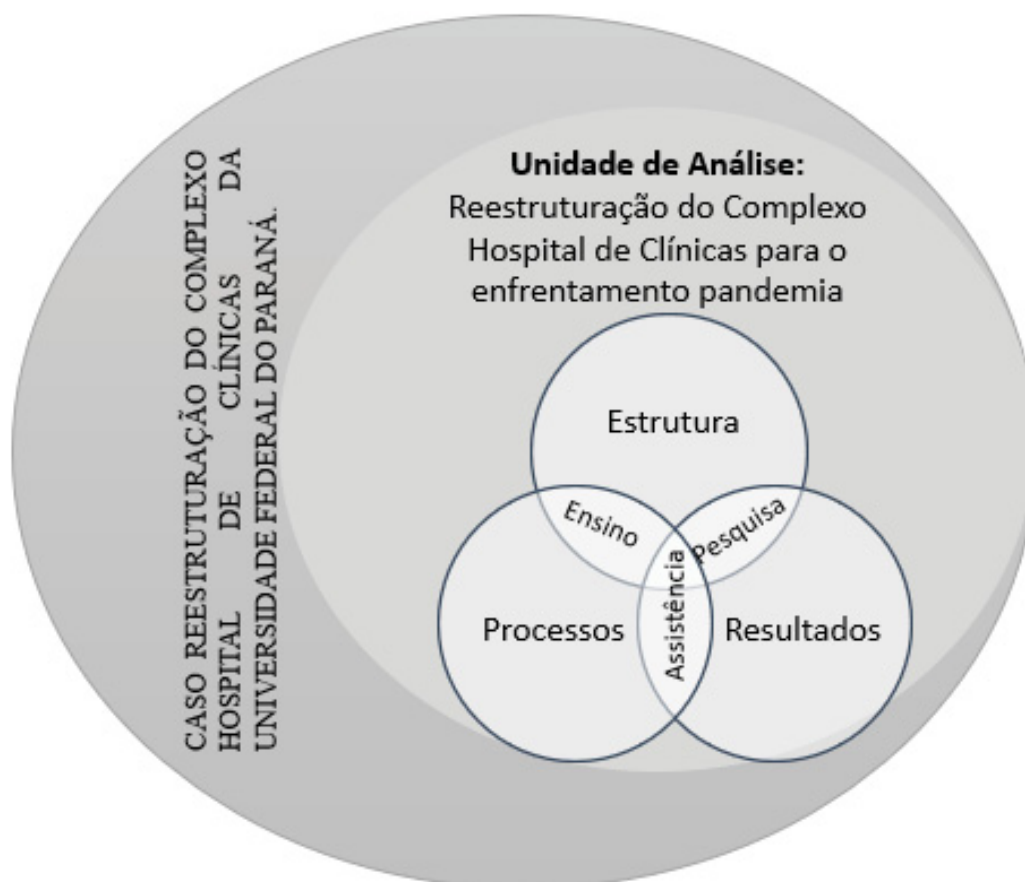
O estudo de caso foi escolhido para esta pesquisa por ser utilizado em muitas situações que contribuem ao conhecimento de fenômenos individuais, grupais, organizacionais, sociais, políticos, entre outros, nos quais é possível apreender características holísticas e significativas dos eventos reais, tais como o comportamento de pequenos grupos e processos organizacionais. O caso estudado deve ser um fenômeno social complexo e contemporâneo a ser investigado em profundidade e em seu contexto real, permitindo evidenciar melhor seus limites, somado à procura de respostas para questões de “como” e “por que” as coisas acontecem daquele modo (Yin, 2015).

Sobre o CHC, em contexto único, apenas os limites da sua realidade foram estudados, isto é, com a pandemia sendo um evento comum a outras instituições, mas com suas particularidades de organização. O ponto central da construção de um estudo de caso é a lógica da replicação. Cada caso serve como uma experiência distinta; uma série de casos funcionam como pequenos experimentos, que servem como repetições, contrastes e extensões para a teoria emergente (Yin, 2015).

A abordagem qualitativa também foi escolhida por aprofundar conhecimentos sobre a compreensão de respondentes-chave a respeito de elementos que abordam diversos aspectos de reestruturação da instituição hospitalar, por meio de coleta e análise de materiais subjetivos, com foco em aspectos holísticos e dinâmicos, próprios desta abordagem (Polit; Beck, 2011).

O estudo de caso foi desenvolvido no CHC/UFPR, hospital público de ensino e de referência no município de Curitiba, capital do estado do Paraná. Um dos componentes dos estudos de caso é(são) a(s) unidade(s) de análise, ou seja, os participantes da pesquisa, que podem ser uma única pessoa, um grupo de pessoas, algum evento ou entidade, programas ou organizações (Yin, 2015). Nesta pesquisa, a reestruturação do hospital foi selecionada como **unidade de análise**, isto é, o caso a ser estudado e os seus componentes Estrutura, Processo e Resultado (articulados à missão do hospital – Ensino, Assistência e Pesquisa), foram as **subunidades** de análise integrados ao caso único (Figura 7).

FIGURA 7 - CASO COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ



Fonte: a autora (2023).

4.2. CENÁRIO DO ESTUDO

O CHC/UFPR atende à população de Curitiba, Região Metropolitana (Figura 8). A cidade, capital do estado do Paraná, é um dos locais que apresenta um modelo de atenção fundamentado nos princípios e diretrizes do SUS, que busca consolidar tal sistema (Paraná, s. d.).

FIGURA 8 - MAPA REPRESENTANDO A 2ª REGIONAL DE SAÚDE DA CIDADE DE CURITIBA-PR E REGIÃO METROPOLITANA



Fonte: Paraná (s. d.).

O Complexo do Hospital de Clínicas da UFPR/Ebserh, constituído pelo Hospital de Clínicas (HC) e pelo Hospital Vitor do Amaral (HVA), é um órgão Suplementar da Universidade Federal do Paraná, que faz parte da Rede Ebserh de Hospitais Universitários Federais (HUFs) (Ebserh, 2022), desde outubro de 2014, por meio de uma gestão compartilhada (CHC, 2020b). O organograma do CHC é disposto por órgãos de administração e de fiscalização; está organizado a partir de uma estrutura de governança, que inicia por conselho executivo, superintendência e três gerencias; Gerencia Administrativa, de Ensino e Pesquisa e de Atenção à Saúde, as quais dirigem suas respectivas divisões, setores e unidades¹¹.

Trata-se do maior hospital público do Paraná e o terceiro maior hospital público do país; disposto em blocos e anexos, comporta diversas especialidades médicas, como a Infectologia; UTI Adulto; Cirurgia do Aparelho Digestivo; Cirurgia Torácica Cardiovascular; Cirurgia Geral; Neurocirurgia; Cirurgia Plástica; Urologia; Transplante Hepático; Clínica Médica Masculina; Clínica Médica Feminina; Nefrologia; Neurologia; Oftalmologia; Otorrinolaringologia; Cirurgia Pediátrica; Pediatria; UTI Pediátrica; Transplante de Medula Óssea; Obstetrícia; Neonatologia; Cirurgia Ginecológica; Quimioterapia de Alto Risco; Transplante Renal Infectologia; Pediátrica Cardiologia; Ortopedia; Hematopediatria, entre outras (CHC, 2020a; Ebserh, 2022).

Até 2021, o hospital possuía 650 leitos no cadastro nacional de estabelecimento de saúde, com 435 leitos ativos destinados ao atendimento de nível terciário, das mais diversas especialidades médicas. Houve dinamicidade de contratualização leitos de UTI e para a demanda COVID: dados apresentados em novembro de 2022 demonstraram que o hospital abriu 20 leitos de clínica cirúrgica, com ênfase em ginecologia e saúde da mulher; 18 leitos de retaguarda, com ênfase em cuidados paliativos; 20 leitos de clínica cirúrgica, com ênfase em nefrologia e urologia com vistas às habilitações do transplante e hemodiálise crônica. Essa dinamicidade do hospital permeia recompor os leitos de terapia intensiva, reabrir dois leitos de UTI Geral bloqueados e converter seis leitos de terapia semi-intensiva em leitos de terapia intensiva nível 3 (Ebserh, 2022).

Para operacionalização do trabalho, a assistência integral aos usuários do SUS referenciados ocorre em articulação com o Complexo Regulador da Secretaria Municipal da Saúde,

¹¹ Para consultar a estrutura organizacional do CHC/UFPR, acesse: BRASIL. Ministério da Educação. Anexo Portaria 21 VP - estrutura organizacional do Complexo Hospitalar de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (CHC-UFPR). Gov.br [site], Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 5 set. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/acao-a-informacao/boletim-de-servico/sede/2022/anexos/anexo-portaria-21-vp-estrutura-organizacional-do-complexo-hospitalar-de-clinicas-da-universidade-federal-do-parana-chc-ufpr.pdf/view>. Acesso em: 25 jan. 2024.

utilizando de sistema informatizado (e-Saúde), Central de Leitos Hospitalares, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e Pronto Atendimento do Hospital. Soma-se, em razão da pandemia Covid-19, a firmação de Contrato emergencial com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) visando garantir o atendimento exclusivo em leitos de UTI tipo II adulto, em leitos clínicos/enfermaria adulto e leitos de UTI e enfermaria pediátricos aos usuários do SUS com quadro clínico suspeito ou confirmado de Covid-19 (CHC, 2020b).

Ademais, a assistência como foco do CHC também apresenta um perfil de hospital-escola, atuando na formação de novos profissionais da área da saúde. São cerca de 600 pesquisas em andamento, que vão desde pesquisas por estudantes da graduação até desenvolvimento de dissertações de mestrado e teses de doutorado adicionados aos programas *Lato sensu*. Com a pandemia, foi evidenciada na pesquisa da vacina *Coronavac*, como o maior centro recrutador de participantes no Brasil (cerca de 1.400 voluntários; e do antiviral Monupiravir) (Ebserh, 2022).

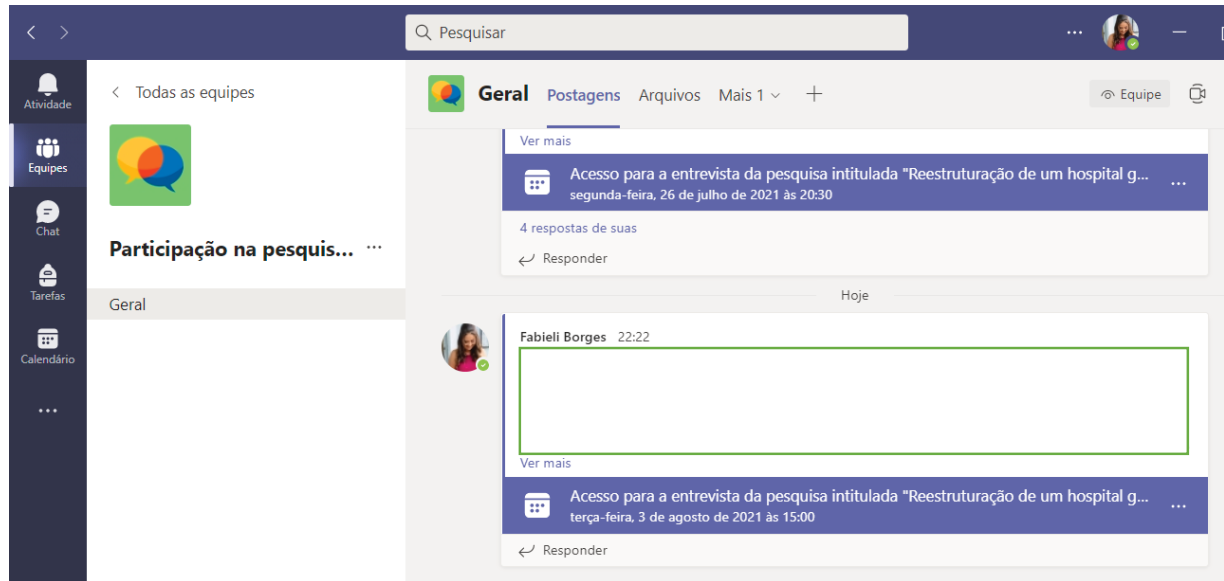
Ainda, o CHC comporta, anualmente, aproximadamente dois mil estudantes, que desenvolvem atividades de ensino e extensão. São 51 Programas de Residência Médica, com 406 residentes médicos; e um Programa de Residência Multiprofissional, com seis áreas de concentração e 117 residentes multiprofissionais de nove diferentes profissões: Enfermagem, Nutrição, Psicologia, Terapia Ocupacional, Serviço Social, Odontologia, Farmácia, Farmácia Bioquímica e Fisioterapia, com a inclusão do Centro de Simulação. Oficialmente, o hospital dispõe de eventos e cursos realizados pelos professores e alunos da UFPR no âmbito do CHC-UFPR, propiciando que a instituição oriente as melhores práticas para realização das atividades e controle dos indicadores, facilitando a interface da comunidade acadêmica com o Complexo e a sociedade, de modo a beneficiar todos os envolvidos (Ebserh, 2022).

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes desta pesquisa foram profissionais que desenvolvem atividades assistenciais e administrativos com ou sem cargos, de diversas áreas no CHC/UFPR. Assevera-se que não foi detalhado o perfil dos participantes na presente pesquisa por questões éticas, que incorrem no aumento da possibilidade de identificação dos participantes em relação a cargos específicos.

O recrutamento foi feito, inicialmente, via e-mail, com a redação de carta-convite; em anexo, o parecer de aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Após o aceite em resposta ao e-mail encaminhado, foi realizado um agendamento de reunião na plataforma *Teams*, de acordo com a disponibilidade e preferência do participante. No *Teams*, foi criada uma equipe (canal) exclusivamente para agendamento e concentração das entrevistas (Figura 9).

FIGURA 9 - CANAL DE AGENDAMENTO ÀS ENTREVISTAS



Fonte: a autora (2023), em *print screen* da Plataforma *Teams*.

A seleção dos participantes foi intencional e com o uso da técnica bola de neve para compor uma amostra de participantes. A técnica bola de neve permite a definição da amostra por referência, ou seja, os sujeitos são referenciados por possuir características relevantes para a pesquisa (Biernacki; Waldorf, 1981), como é o caso dos respondentes-chave por estarem

diretamente envolvidos na reestruturação do hospital para o enfrentamento da pandemia Covid-19. Em razão desse tipo de seleção, não foi realizado cálculo amostral.

Para critérios de elegibilidade, **incluíram-se**, para a entrevista, profissionais pertencentes ao organograma da instituição, da equipe multiprofissional, assistência e administrativo, alocados em cargos ou não, no período da pandemia; e os participantes que assinalaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) online enviado via *DocuSign*, por e-mail. Como **critérios de exclusão**: profissionais que estivessem em período de licença, férias, ou em qualquer tipo de afastamento no período de coleta de dados; e os profissionais que, após três agendamentos, não aderissem à entrevista. Não houve perdas.

Foi considerada a saturação de dados e ausência de indicações de respondentes-chave como critérios de encerramento da coleta dos dados pela pesquisadora. Para este tipo de pesquisa, o tamanho da amostra é determinado a partir da necessidade de informações; dessa forma, é amostral até o ponto em que não for obtida nenhuma informação nova e as respostas começaram a se repetir (Nascimento *et al.*, 2018). A amostra foi composta por 42 participantes. Os critérios e demais detalhamentos definidos para os dados secundários encontram-se descritos nos procedimentos a seguir, bem como na Tabela 2, apresentada posteriormente.

4.4 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

4.4.1 Protocolo do estudo de caso

Yin (2015) aponta que, para a realização de pesquisa de estudo de caso, é necessário a construção de um protocolo, contendo os seguintes itens:

4.4.2 Caso piloto

O estudo de caso piloto contribui para refinar a organização da coleta de dados, assim como os instrumentos próprios que serão utilizados na pesquisa. Aprimora, portanto, todo o processo e contribui com os aspectos em torno do fenômeno estudado (Yin, 2015).

O teste piloto para a presente pesquisa foi realizado com uma representante-chave, integrante do comitê de crise de um hospital público, que foi referência para o atendimento aos

pacientes com Covid-19, no Paraná. A similaridade foi considerada como importante aspecto para o alcance dos objetivos desta pesquisa. Sendo assim, foram realizados três testes pilotos, dos quais, o terceiro foi incluído na amostra por compor conteúdo importante à apreensão do fenômeno do estudo.

4.4.3 Coleta dos dados

Yin (2015) descreve que são necessárias três fontes de coleta para a coleta de dados no estudo de caso. E então, a pesquisa ora apresentada adotou as seguintes técnicas: Entrevistas; Documental e Diário de bordo, realizadas no período de junho de 2022 a fevereiro de 2023.

A entrevista, fonte primária de dados, ocorreu de forma remota, videoaudiogravada por meio da ferramenta *Microsoft Teams*. Para Yin (2015), a entrevista conduzida na forma de conversas guiadas e não estruturadas, que direcionam o pesquisador em sua linha de investigação, caracteriza-se como uma das fontes mais importantes de informação para o estudo de caso.

Conduzida pela própria pesquisadora, a entrevista seguiu a utilização de um roteiro semiestruturado de elaboração própria, alinhado ao referencial teórico da tríade Donabediana: Estrutura, Processo e Resultado (Apêndice 1). A primeira parte do roteiro foi composto por variáveis de caracterização dos participantes. A segunda parte contemplou sete questões abertas. Em conjunto, perguntas ocultas foram elaboradas de modo que fosse possível explorar o fenômeno de estudo. A entrevista teve duração mínima de 12 minutos e duração máxima de uma hora e 15 minutos.

Em paralelo à etapa de entrevistas foi adotado um Diário de bordo¹² como estratégia para tomar nota sobre aspectos de reorganização dos serviços, interações entre gestão e assistência no enfrentamento à pandemia, e demais aspectos que sobressaírem no momento da entrevista que fossem avaliados com potencial de contribuição aos dados da pesquisa e atendessem à característica do estudo de caso.

Para a etapa documental, então, foram utilizados materiais computadorizados da instituição, concentrados em roteiro-guia (Apêndice 2). Em primeiro momento, solicitou-se via e-mail, por meio de uma carta formal à gerência, uma cópia online dos documentos da instituição

¹² Em decorrência da pandemia, no período da coleta dos dados, o acesso foi restrito ao hospital. Desse modo, o Diário de Campo, por meio de observação não participante inicialmente descrita, foi substituído pelo Diário de Bordo.

elaborados no período da pandemia – ou acesso remoto a eles. Os arquivos, dispostos em pasta zipada, foram concedidos por compartilhamento de nuvem de armazenamento digital. Assim que recebidos, foram armazenados em pasta *offline* no computador de acesso restrito da pesquisadora e, após o término da pesquisa, a pesquisadora os excluiu permanentemente.

É oportuno ressaltar que a coleta dos dados foi adaptada à modalidade online durante os trâmites no Comitê de Ética em Pesquisa. A escolha foi considerada diante da situação pandêmica ainda preocupante no estado e no local de estudo, somada às fortes recomendações para as medidas de prevenção: distanciamento social e isolamento social.

4.4.5 Análise dos dados

A Análise dos dados consiste na “tentativa de evidenciar as relações existentes entre o fenômeno estudado e outros fatores” (Marconi; Lakatos; 2017, p. 167). Para análise dos dados, os discursos provenientes das entrevistas aos participantes foram transcritos em documento de texto, por meio de *Microsoft Office Word*.

A técnica analítica escolhida foi a de Análise de Conteúdo Temático-Categorial (ACTC). Proposta por Oliveira, a ACTC teve sua versão original em 2004 e publicada em 2008, e desde então é empregada como modelo de análise na academia (Oliveira, 2016). Trata-se de um dos diferentes tipos de técnicas que podem ser adotadas para o desenvolvimento de uma Análise de Conteúdo (AC), que pode ser definida, entre outras formas, como:

[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/ recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens (Oliveira, 2016, p. 483).

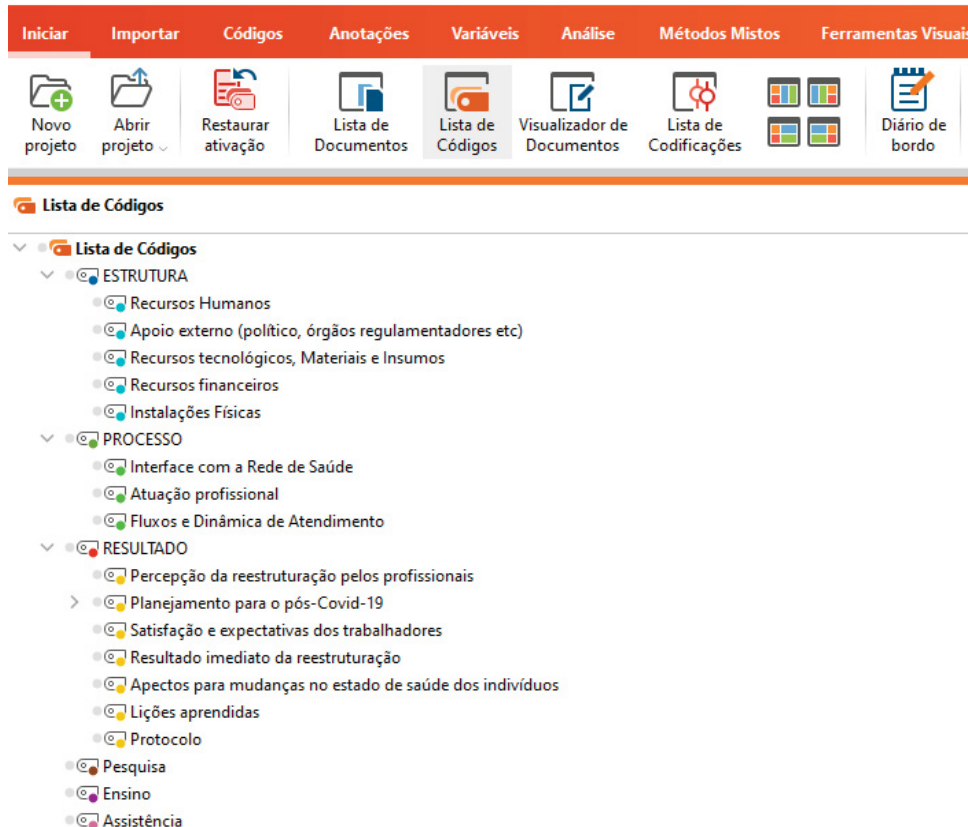
A técnica de AC pressupõe três etapas: (1) **Pré-análise**: desenvolvimentos das operações preparatórias para a análise; (2) **Exploração do material** ou **codificação**: dados brutos são transformados sistematicamente e agregados a unidades menores, permitindo uma descrição exata; (3) **Tratamento dos resultados, inferência e interpretação**: colocam-se em relevo as informações fornecidas pela análise, com quantificação simples, apresentando os dados em diagrama, figuras, entre outros. A inferência, por sua vez, permite que os dados analisados sejam

reconstruídos teoricamente. Utilizando de uma sistematização por meio de procedimentos definidos, tem como princípio a redução dos dados (Oliveira, 2016).

Para Oliveira (2016), o pesquisador pode recorrer a categorias previamente definidas, com base em referenciais teóricos ou presentes no roteiro da entrevista, de modo a operar um processo de indução com respaldo teórico. Uma das estratégias para analisar os dados é elaborar uma matriz de categorias após a investigação e transcrição dos dados (Yin, 2015), como proposto nesta pesquisa.

Para operacionalizar a codificação, foi utilizado o *software* MaxQda® Analytics Pro 22, com a disposição apresentada na Figura 10¹³. Trata-se de um *software* profissional, elaborado por pesquisadores alemães, lançado em 1989, para a análise de dados qualitativos e métodos mistos de pesquisa. O conteúdo documental e registros do Diário de bordo também incorporaram o documento indexado no *software* utilizado.

FIGURA 10 – CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS OPERACIONALIZADAS PELO SOFTWARE MAXQDA®



Fonte: *Print screen* pela autora dos dados da pesquisa operacionalizados no *software* MaxQda® (2023).

¹³ No decurso da operacionalização e análise, no *software*, as subcategorias foram sofrendo compactações e subcategorias puderam ser (re)agrupadas e concentradas conforme será apresentado em sequência.

Mediante referencial teórico de Donabedian, os dados foram organizados e reorganizados em quadro com categorias e subcategorias construídas, dispostas nos componentes “Estrutura”, “Processo” e “Resultado”. Os elementos do “Ensino”, “Pesquisa” e “Assistência” também foram incorporados na matriz. Representaram um agrupamento sintetizado dos dados da entrevista, documentos e diário de bordo, configurando uma triangulação dos dados que se propõe o estudo de caso (Yin, 2015) e viabilizado com o recurso do *software* MaxQDA® Analytics Pro 22.

Os procedimentos que integram a ACTC, congruentes à etapa de análise de conteúdo, apresentam-se em sequência:

(1) Leitura flutuante, intuitiva ou parcialmente orientada do texto. Foi realizada a leitura em profundidade do texto de modo a deixar-se impressionar pelo conteúdo presente e sem intencionalidade de perceber elementos específicos no decorrer da leitura (Oliveira, 2016). Neste estudo, houve a leitura das 438 páginas de texto digital oriundo das entrevistas transcritas, além de quatro folhas transcritas acerca dos materiais/arquivos computadorizados da etapa documental, e duas folhas de roteiro contendo as informações de dados dos registros.

(2) Definição de hipóteses¹⁴. Consiste em construir hipóteses provisórias relacionadas ao objeto estudado bem como os conteúdos do texto analisado. Tais hipóteses conduzirão o desenvolvimento do processo de análise, a fim de que o objeto esteja sempre em pauta. Ao final da pesquisa, as hipóteses poderão ser aceitas ou refutadas (Oliveira, 2016). Nesta pesquisa, foram considerados os pressupostos em aplicabilidade desta etapa.

(3) Determinação das unidades de registro (UR). Trata-se da escolha do tipo de UR que o pesquisador adotará em cada processo de análise, podendo ser palavras, frases, parágrafos, temas, objeto, personagem, acontecimento ou documentos (Oliveira, 2016). Optou-se pela escolha da resposta do participante a uma pergunta aberta, quantitativo e tipos de documentos, bem como anotações registradas do Diário de bordo. Em um primeiro momento, foi gerado um relatório com resumos de segmentos codificados no *software* (de 37 páginas); depois, uma nova leitura foi realizada e, só então, foi iniciada a determinação das Urs. O total de Urs obtido pode ser visualizado na Tabela 1.

¹⁴ O referencial de Oliveira (2016) utiliza o termo “hipótese”. Neste estudo, considera-se os pressupostos apresentados na introdução.

TABELA 1 – TOTAL DE UNIDADE DE REGISTRO

Técnica de Coleta	Total de Unidade de Registro (UR)
Entrevista	622
Documentos	380
Notas do Diário de Bordo	35
Total	1037

Fonte: a autora (2023).

(4) Marcação no texto do início e final de cada UR observada. A maior parte do texto analisada deve receber recorte considerando a UR: a unidade de registro tem existência física, assim, pode haver recorte e extração de um *corpus* de análise (Oliveira, 2016). As Urs foram identificadas e organizadas por meio de dimensões seguindo a lógica de Matriz de análise, selecionadas por um código e denominadas pela pesquisadora de UR. Esta operacionalização ocorreu inicialmente no *software* MaxQDa[®].

(5) Definição das unidades de significação (US). Trata-se da associação das Urs com as US, significando que todas as US deverão abranger um conjunto de Urs expressando os significados contidos nas Urs (Oliveira, 2016). A etapa de determinação e análise das Urs, foi organizada nos Quadros 1, 2 e 3 (Apêndice 3), que também compuseram a etapa.

(6) Análise temática das US. Quantificação das URs em cada US e, ao final de cada categoria/subcategoria (Oliveira, 2016). Os dados analisados dos participantes da pesquisa, que originaram as US, estão também evidenciados nos Quadros 1 a 3.

(7) Análise categorial das US. A partir das Uss elencadas, bem como de sua quantificação, foi necessário agrupá-las de acordo com suas semelhanças e, em seguida, construir as categorias finais (Oliveira, 2016). Embora as categorias foram construídas *a priori*, esta etapa propiciou reflexões à pesquisadora e validou sua manutenção.

(8) Tratamento e apresentação dos resultados. Os resultados podem ser apresentados em descrições cursivas, com exemplificação de Urs conforme categoria, em tabelas e gráficos, entre outros (Oliveira, 2016). Houve, portanto, a leitura atenta dos Quadros 1 a 3 com a soma da evidência quantitativa das Urs dos respectivos quadros, compactando e concentrando as informações. Foram considerados novamente os pontos em comum, tal como a busca da variação natural dos dados. A pesquisadora fez nova leitura e os dados foram (re)compactados; a redução dos dados foi expressa na versão final da matriz de análise, com a apresentação do somatório quantitativo e percentual a cada categoria (Quadros 5, 6 e 7).

(9) Discussão dos resultados e retorno ao objetivo de estudo. A última etapa, caracteriza as categorias que expressam a reconstrução do discurso por meio da lógica impressa pelo pesquisador, com a intenção de representar o seu objeto de estudo (Oliveira, 2016). Para facilitar a fluidez da leitura, os resultados no corpo desta tese foram apresentados também descritivamente. Vale apontar que essa última etapa foi (re)discutida sempre que necessário, entre doutoranda-orientadora, além de discussão com grupo de pesquisa, pois trata-se de uma etapa que fortalece os passos anteriores na busca pela melhor representação dos resultados, para estabelecimento de convicção para atender ao objetivo estabelecido.

4.4.6 Aspectos Éticos

As exigências da Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõe sobre as Diretrizes e Normas Éticas da Pesquisa que envolve Seres Humanos (Brasil, 2012), foram respeitadas no momento de elaboração desta pesquisa e foram seguidas na fase de execução até a finalização e publicação dos resultados.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do CHC/UFPR, sob o Parecer n.º 4.790.490 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (Caae) n.º 46604721.7.0000.0096, em 18 de junho de 2021 (Anexo 1).

A coleta dos dados foi iniciada com o recrutamento dos participantes. E, somente após o aceite formalizado via e-mail e/ou outro meio de contato, bem como depois da assinatura do TCLE (por meio do dispositivo online *DocuSign*), as entrevistas videoaudiogravadas foram realizadas. Tais videoaudiografações, imediatamente após o término, foram arquivadas no computador da pesquisadora e excluídas do *stream* que concentra as gravações proveniente da plataforma *Teams*. Foram medidas adotadas para assegurar o sigilo dos participantes.

Por meio de uma carta formal aos gestores, foi solicitada cópia dos materiais referente à coleta documental, também atentando ao cuidado de acesso por terceiros. Os dados coletados estiveram sob responsabilidade da pesquisadora durante o período de quatro anos e, assim que encerrada a pesquisa, o conteúdo armazenado foi destruído/deletado.

Para garantir o anonimato e sigilo, no momento da apresentação dos resultados, os participantes foram identificados por letras seguidas de um número em ordem crescente, conforme a ordem de realização das entrevistas. Por exemplo, a letra “E” e a sequência numérica representa

aos participantes (Entrevista 1: E1; Entrevista 2: E2; e assim sucessivamente). Em relação às fontes secundárias, foram identificados pela inicial “D”, para Documentos, e “DB”, para Diário de bordo, seguindo também a sequência numeral. A Tabela 2, em sequência, sintetiza as etapas relativas às três técnicas de coleta dos dados.

TABELA 2 - RESUMO DA COLETA DOS DADOS

Etapa	Entrevista	Documental	Diário de bordo
Período da Coleta	Junho de 2022 a fevereiro de 2023.		
Fonte de dados	Roteiro semiestruturado (Apêndice 1).	Pasta computadorizada compartilhada via nuvem digital e e-mail. Conteúdo organizado conforme roteiro de coleta (Apêndice 2).	Caderno físico próprio da pesquisadora para registro.
Critério de elegibilidade	<p>Inclusão: Profissionais vinculados ao hospital, no mínimo, atuante por seis meses.</p> <p>Exclusão: profissionais indicados para a entrevista como um representante-chave, mas que estivessem de férias, atestado médico ou licença maternidade.</p>	<p>Inclusão: Documentos, Protocolos, fluxos, representações, arquivo de mídias e outros materiais confeccionados no período da pandemia</p> <p>Exclusão: materiais duplicados.</p>	<p>Todos os registros avaliados pertinentes em complemento aos demais dados, foram incluídos.</p>
Recrutamento dos participantes População/ Amostra/ Procedimentos adotados	<ul style="list-style-type: none"> - Recrutamento intencional. - Carta-convite por e-mail ou <i>WhatsApp</i> enviado ao participante. - TCLE no formato <i>DocSign</i> para leitura e assinatura digital prévios. - Agendamento de data e horário conforme disponibilidade dos participantes. - Link de reunião pelo recurso <i>Microsoft Teams</i>. - Entrevista videoaudiogravada, (exceto dois casos em que verbalizaram preferência por gravação em áudio). - As gravações (com celular próprio) e posterior <i>download</i> e armazenamento em pasta de acesso único da pesquisadora. - Não houve perdas: 42 participantes compuseram a amostra (administrativo e assistência multiprofissional). - Saturação dos dados e ausência de indicação de respondentes-chave para encerramento. 	<p>Descrição do tipo de material.</p> <p>Foram excluídos oito por duplicidade, totalizando 380 materiais (denominados nesta pesquisa como documentos).</p>	<p>Tomou-se nota de aspectos que emergissem durante a entrevista e também em nova escuta pela pesquisadora a <i>posteri</i>.</p> <p>Houve o total de 35 impressões pessoais digitadas e armazenadas em ícone disponível no <i>Software MaxQda</i>® denominado Diário de bordo.</p>
Análise dos dados	<ul style="list-style-type: none"> -Entrevistas digitadas em arquivo de texto <i>Microsoft Office Word</i> e indexadas no <i>software MaxQda</i>®. - Matriz de análise construída e fundamentada no referencial teórico de 	<p>O conteúdo foi adicionado ao <i>software MaxQda</i>® diluindo-se nas mesmas categorias e subcategorias de análise.</p>	<p>O conteúdo foi adicionado ao <i>software MaxQda</i>® constituindo-se das mesmas categorias</p>

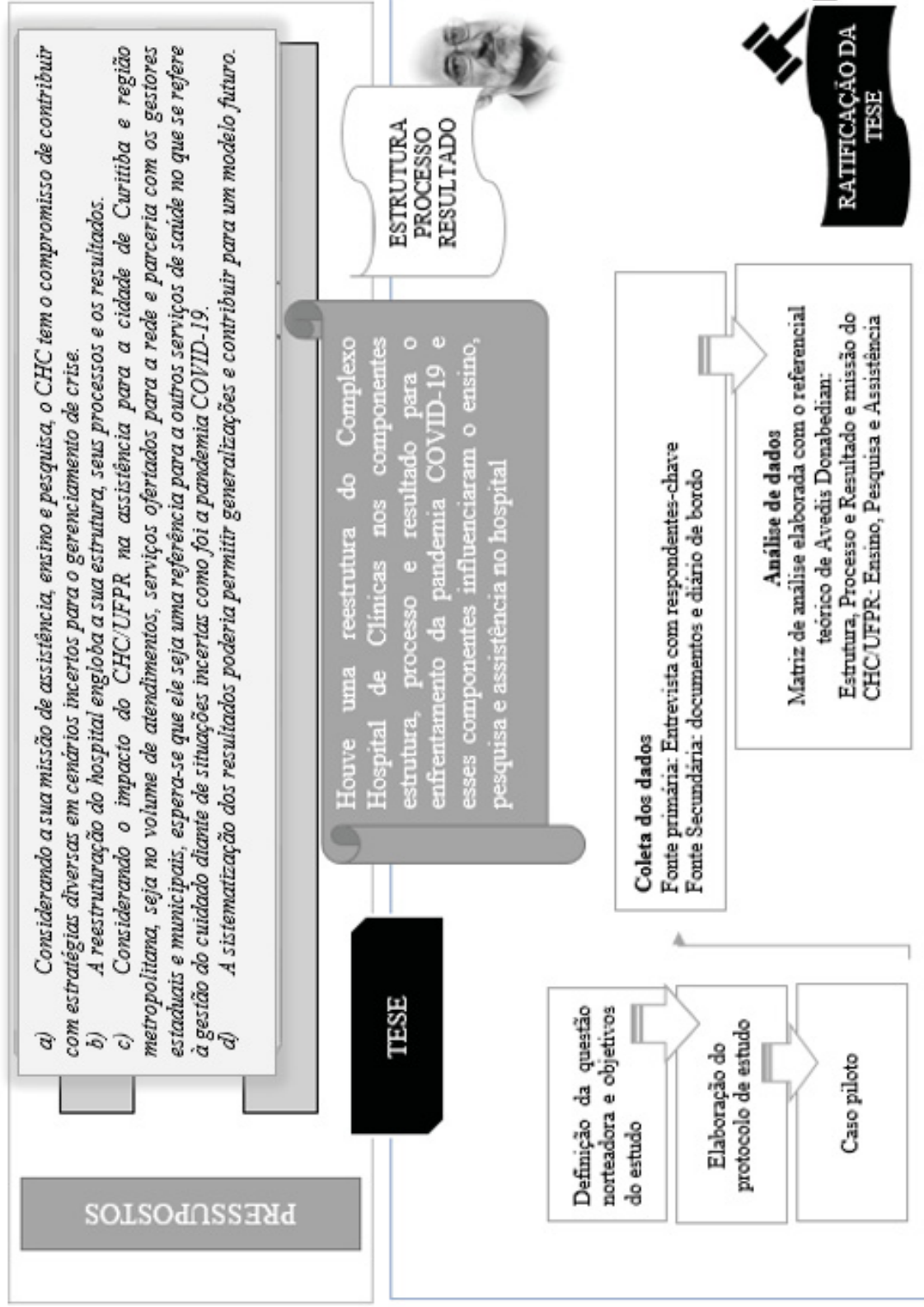
TABELA 2 - RESUMO DA COLETA DOS DADOS

Etapa	Entrevista	Documental	Diário de bordo
	Avedis Donabedian: Disposição em categorias analíticas (UR) e subcategorias (US) construídas <i>a priori</i> , conforme as etapas da ACTC (Oliveira, 2016).		e subcategorias de análise.
Fonte: a autora (2023).			(Conclusão)

4.4.7 Representação do protocolo do estudo

Esta pesquisa utilizou os cinco componentes pertencentes a um estudo de caso, a saber: a questão norteadora, as proposições teóricas (pressupostos), a unidade de análise, a lógica que une os dados às proposições, e os critérios para interpretar as constatações; os dois últimos perfazem a análise dos dados (Yin, 2015). A representação resumida e articulada desses componentes é apresentada em seguida (Figura 11).

FIGURA 11 – DESENHO DO ESTUDO



Fonte: a autora (2023).

5 RESULTADOS

Neste tópico, são apresentadas as caracterizações dos participantes do estudo, seguidas das categorias “Estrutura”, “Processo” e “Resultado” e subcategorias respectivas, apresentadas na forma descritiva e complementadas com representações gráficas no intuito de sintetizar os principais achados.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS DADOS

5.1.1 Caracterização dos participantes entrevistados

Do total de 42 participantes, houve um quantitativo maior de participantes na faixa etária de 45 a 54 anos de idade (42,86%) e sexo feminino (73,8%). Esta caracterização pode ser atribuída ao perfil feminino – característico da categoria de enfermagem –, composta por 54,8% participantes com qualificação em especialização, mestrado e doutorado. No período da pandemia, pouco mais da metade dos participantes tiveram tempo de trabalho de 5 a 10 anos (54%), na então atual função (com ou sem cargo e assistencial) há mais de 5 anos (62%). O tempo é importante quando refletido na experiência de profissionais, tão logo em *expertises* a ser retomada no decorrer dos resultados. A Tabela 3 detalha a caracterização do perfil dos participantes.

(Continua...)

TABELA 3 - CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Caracterização dos participantes entrevistados	N	%
Idade		
25 a 34 anos	7	16,7
35 a 44 anos	9	21,42
45 a 54 anos	18	42,86
55 a 59 anos	5	11,90
Acima de 60 anos	3	7,14
Total	42	100
Sexo		
Feminino	31	73,8
Masculino	11	26,20
Total	42	100
Formação		
Medicina	07	16,7
Enfermagem	23	54,8
Farmácia bioquímica	04	9,53
Nutricionista	02	4,7

TABELA 3 - CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Caracterização dos participantes entrevistados	N	%
Fisioterapia	02	4,7
Gestão Pública	03	7,2
Psicóloga	01	2,38
Total	42	100
Qualificação		
Doutorado	8	19,04
Mestrado	15	35,71
Especialista	19	45,23
Total	42	100
Tempo de Exercício no CHC		
Inferior a 5 anos	8	19
5 a 10 anos	22	54
11 a 20 anos ou mais	12	28
Total	42	100
Tempo na atual função (assistencial ou administrativa, com ou sem cargo)		
1 ano e 30 dias a 5 anos	16	38
Acima de 5 anos	26	62
Total	42	100

Fonte: Dados da pesquisa

(Conclusão)

O volume de materiais produzidos e utilizados durante a pandemia no CHC/UFPR foi expressivo (n = 380) (Tabela 4). Em relação à caracterização dos arquivos computadorizados que constituíram a etapa documental, percebeu-se a prevalência de Boletim Epidemiológicos com 68,95% disponibilizados pelo CHC/UFPR, composto de cronologia e dados epidemiológicos sobre a Covid-19.

Este dado pode ser justificado pela elaboração diária, transformada a semanal, organizados na pasta computadorizada: duas pastas, datadas do ano de 2021 e 2022, em cada ano, organizados mensalmente, oscilando entre um a 20 arquivos. Sua expressiva produção deve-se à apresentação semanal. As dinâmicas de atendimento pelos profissionais em atuação ao enfrentamento a pandemia foram instrumentalizadas no contingente somatório dos demais materiais produzidos, compondo 31,05% deles.

TABELA 4 – CARACTERIZAÇÃO DOS ARQUIVOS COMPUTADORIZADOS DA ETAPA DOCUMENTAL

Caracterização dos arquivos da Etapa Documental	N	%
Boletim Epidemiológico	262	68,95
Outros (orientações gerais, fichas, apresentações, etc.)	50	13,15
Fluxos, fluxogramas e diagrama	39	10,26
Protocolos e Protocolo Operacional Padrão	24	6,32
Vídeos	5	1,32
Total	380	100%

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

5.2 CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS

As categorias foram elaboradas, *a priori*, conforme a Tríade de Donabedian – Estrutura, Processo e Resultado, que são apresentadas conforme relacionadas na proposta do quadro de análise, ou seja, na assistência, ensino e pesquisa. Cada categoria, seguindo os passos da ACTC, por similaridade originaram subcategorias, em parte denominadas pela própria descrição da concepção teórica Donabidiana de Estrutura, Processo e Resultado.

5.2.1 Estrutura

A primeira categoria, “Estrutura”, originou quatro subcategorias, a saber: a) Recursos Humanos, b) Recursos Tecnológicos, Materiais e de Insumos, c) Recursos Físicos, e d) Recursos Financeiros e apoio externo.

5.2.1.1 Recursos Humanos

A subcategoria Recursos Humanos mostrou a exigência de uma ação conjunta na assistência ao Covid-19, ação que englobou todos os níveis: da superintendência até a linha de frente. Para tanto, a primeira ação foi a criação de um comitê de crise composto por representantes-chave do hospital (alta-gestão e coordenadores/administradores), de modo a articular estratégias de mitigação e enfrentamento da pandemia para o CHC/UFPR. Por se tratar de ação conjunta, foi necessário potencializar a equipe multiprofissional, cada qual com sua *expertise*.

Outras ações estiveram relacionadas à contratação emergencial e imediata de recursos humanos, denominado Processo Seletivo Simples, com aumento gradativo, dependendo

diretamente do aumento do número de leitos. Houve contratação da enfermagem e, também, de equipe multiprofissional. Por ocasião da segunda onda de Covid-19, foi necessária, principalmente, a contratação de mais médicos. A frequência de reuniões com muitos servidores no hospital foi diminuída, de modo a evitar a aglomeração face ao distanciamento físico das pessoas como uma estratégia de proteção dos profissionais. Assegurou-se, ainda, medidas como o uso de máscara e álcool em gel e comunicação por meios tecnológicos.

Muitos profissionais foram acometidos pelo Sars-CoV-2, aumentando exponencialmente o número de atestados médicos com casos suspeitos, diagnósticos confirmatórios, que foram de casos mais leves à casos severos com o uso de ventilação mecânica, sequelas e um caso de óbito, abalando a equipe hospitalar e causando medos ainda maiores. O impacto emocional foi representativo, no início da pandemia, o sentimento por parte de chefias foi associado à guerra:

[...] a sensação era de guerra, em que o líder era o general e que enviava seus guerreiros à linha de frente enquanto este permanecia em um cenário mais confortável (E42).

Assim, foi preciso que o CHC/UFPR também disponibilizasse apoio psicológico aos profissionais. Ainda sobre a configuração de recursos humanos, normatizou-se as insalubridades¹⁵ aos profissionais, à medida que outras unidades foram sendo redesenhadas.

Não houve resultados para a missão pesquisa nesta subcategoria. Em relação ao ensino, percebeu-se o descontentamento de profissionais da assistência relacionados ao apoio frágil da comunidade docente para o enfrentamento da demanda Covid-19:

A academia [ensino] esteve mais alheia ao enfrentamento (E36).

Nesta subcategoria, percebeu-se que os recursos humanos se ativeram predominantes no elemento assistencial como missão do CHC/UFPR.

¹⁵ Implantação de Nota Técnica sobre a Avaliação e registro da exposição laboral ao Sars-CoV-2, da Ebserh, de 27/04/2020, para fins de concessão de adicional em grau máximo para equipes de atendimento a pacientes suspeitos e/ou confirmados para Covid-19 no período da pandemia, para todos os Empregados/Servidores do CHC-UFPR (dado documental).

5.2.1.2 Recursos Físicos

O Município de Curitiba-PR optou por não abrir um hospital de Campanha¹⁶ e, por isso, os hospitais foram requisitados pelo Estado como estruturas físicas para o enfrentamento. De início, a maternidade Vítor do Amaral foi reorganizada estruturalmente, na forma de comodato para o município, por aproximadamente 12 meses, distribuídos em leitos de retaguarda e leitos de casos leves.

Inicialmente, o CHC não se colocou como hospital de referência para Covid-19, o que gerou críticas. A crítica decorreu, em parte, pelo papel social e perfil do hospital, isto é, atendimento na esfera pública; contudo, pode-se inferir que o hospital procurou não se comprometer em demasia em temor de responsabilidade total para o enfrentamento da crise. O fato se explica porque foi ponderado que uma responsabilidade exclusiva poderia comprometer o atendimento de suas competências e compromissos com pacientes vinculados, como, por exemplo, cardiologia, neurologia, hematologia, hemato-oncologia, etc. Neste contexto, o hospital ofereceu à rede de atenção à saúde metade de seus leitos para atendimento emergencial a pacientes vinculados e metade a pacientes acometidos pela Covid-19 (cerca de 210 leitos), estes financiados pelo Ministério da Saúde. Paulatinamente, dada a experiência com pacientes graves, o CHC recebeu pacientes de Covid-19 mais graves regulados pela rede de atenção.

Ainda no início de 2020, o CHC admitiu o seu primeiro paciente em 27 de março, em uma estrutura modificada para seu perfil. O sexto andar¹⁷ foi transformado em UTI exclusivamente para atendimento Covid-19, imediatamente isolado dos demais fluxos, restringindo acessos e organizado em equipe de apoio: logística de entrega de material, hotelaria, limpeza, volante, etc. Ainda mais, as salas de aulas foram requisitadas e destinadas para apoio/dormitórios de

¹⁶ Houve muitos casos de abertura de hospital de campanha no Brasil. “Tais instituições representam unidades móveis estruturadas em caráter excepcional e temporário para estabilização de pacientes, sendo o termo majoritariamente utilizado em situações militares como também em tempos de desastres. A sua estrutura compõe-se de um abrigo de fácil instalação estratégica o que favoreceu um atendimento a demanda COVID-19” (Conz *et al.*, 2021, p. 2).

¹⁷ O CHC-UFPR foi totalmente reestruturado para prover 89 leitos de enfermarias respiratórias e 78 leitos de UTI, representando o maior incremento de leitos para atendimento à pandemia na cidade. No período, foram concluídas 12 obras e ainda existem outras 11 ações de reforma, trazendo modernização geral na estrutura física do prédio (inaugurado em 1961). Destaca-se a modernização da central de esterilização do Complexo, com a implantação de um moderno sistema de rastreabilidade; ademais, houve a reforma completa do centro cirúrgico da maternidade e a ampliação e modernização da Unidade de Infectologia, que aumentaram tanto a capacidade de atendimento como a qualidade de seus serviços prestados. Foram entregues obras na Unidade de Cirurgia Pediátrica, no Ambulatório da Especialidades Pediátricas e no Serviço de Doença Renal Crônica. Ocorreram reformas no Serviço de Arquivo, no barracão de suprimentos e no auditório do sétimo andar do Anexo B, que é utilizado em reuniões administrativas, eventos e aulas (Ebserh, 2022).

funcionários. Houve um mapeamento de todo o hospital para levantar as condições de saída de Oxigênio, ar comprimido, rede elétrica, entre outros¹⁸.

Na onda de Covid-19 que precedeu a vacinação¹⁹, foi o momento que o hospital mais sentiu dificuldade em termos de demanda. Todo o 7ª andar era destinado a Covid, todas as UTIs foram destinadas a Covid, paciente adulto internado em ala pediátrica, masculino e feminino em mesmo espaço, em detrimento a ausência de leitos, muitos casos de óbitos, pacientes morrendo na porta (E42).

Existiram, ainda, filas de ambulância e muitos pacientes em ventilador mecânico nas enfermarias. O hospital também reservou leitos para funcionários (aproximadamente dois leitos) que precisassem do leito.

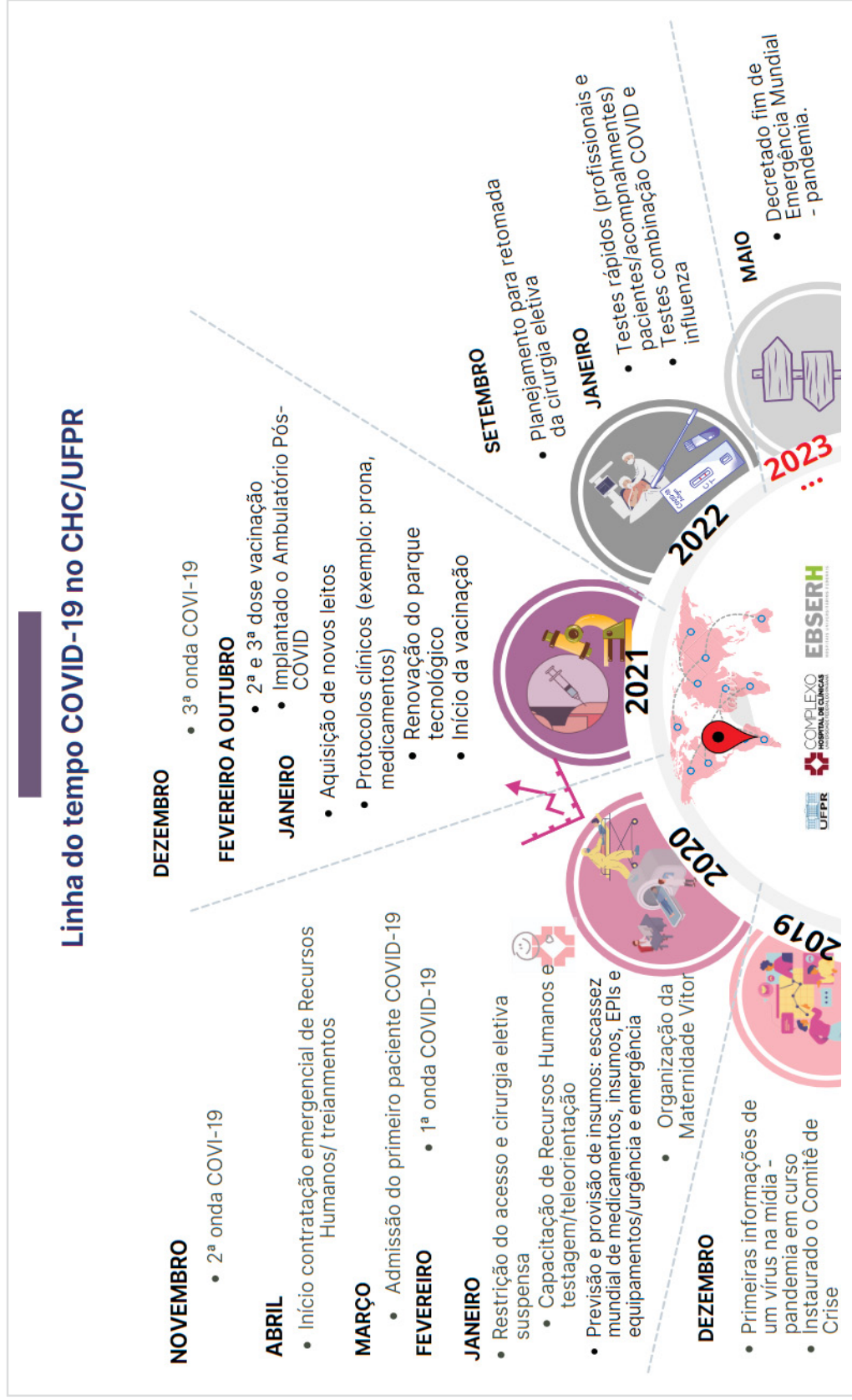
Nesta subcategoria, as salas de aulas foram designadas como espaços físicos no que compete ao campo do ensino, destinadas ao alojamento de profissionais, realização de treinamentos, entre outras finalidades. Na missão de pesquisa, no CHC/UFPR, o espaço físico que comportavam as pesquisas clínicas laboratoriais foi mantido, ao passo em que outras áreas e metodologias de pesquisa (contato com profissionais, pacientes, etc.) foram comprometidas e/ou suspensas temporariamente.

A Figura 12 sintetiza os principais aspectos do redesenho do hospital em perspectiva cronológica.

¹⁸ Embora caracterizado também como recursos tecnológicos, foi considerado importante incluir nesta subcategoria por veicular parque tecnológico ao espaço físico necessário no hospital. Em síntese, pode ser atribuído simultaneamente à subcategoria de *Recursos Tecnológicos, Materiais e de Insumos*.

¹⁹ A primeira onda teve pico de mortalidade na 30ª semana epidemiológica de 2020; já na segunda, o auge ocorreu na 14ª semana de 2021; a terceira, na sexta semana de 2022. Os picos das ondas não foram coincidentes nas cinco regiões brasileiras. Os dois primeiros casos, registrados na nona semana de 2020, ocorreram na região Sudeste. Todavia, a evolução da pandemia diferiu conforme a região do país, inicialmente progredindo na região Norte, com pico de casos para a primeira onda na 26ª semana epidemiológica de 2020, seguida pela região Nordeste (27ª semana), Centro-Oeste (32ª semana), Sudeste (33ª semana) e, por último, a região Sul (36ª semana) (Moura *et al.*, 2022, p. 3).

FIGURA 12 - LINHA DO TEMPO COVID-19 NO CHC/UFPR



Fonte: a autora (2023).

5.2.1.3 Recursos Tecnológicos, Materiais e de Insumos

Com a complexidade de cuidados clínicos aos pacientes Covid-19, foram adquiridos e doados equipamentos específicos na etapa inicial da pandemia, com o dinheiro captado pela Associação dos Amigos do HC, como: respiradores, ventiladores mecânicos e tomógrafos. Para o setor de suprimentos e farmácia, houve a provisão de máquinas unitalizadoras de medicamentos, que, em razão do volume medicamentoso, demandou equipamento para operacionalização de códigos de barras que etiquetasse as unidades medicamentosas – sendo um recurso tecnológico que facilitou o processo de trabalho diante do déficit de recursos humanos necessários. Retoma-se que todo o insumo mundial foi direcionado à China, asseverando a preocupação sobre falta desses insumos no início da pandemia; assim, reuniões foram realizadas para a conferência de estoques existentes – Equipamento de Proteção Individual (EPI), luva, máscara, avental, enfim, inventário de equipamentos.

No início de 2020 (Figura 10), houve levantamento de insumos para previsão de quantitativo necessário de tais recursos (junto do ano fiscal envolvendo empenho e custeio de insumos/materiais aos hospitais da esfera pública). Assim, quando a demanda de pacientes iniciou, o hospital estava com o estoque reforçado de insumos para os atendimentos, em comparação aos outros serviços. Os aparelhos para a ventilação mecânica que se encontravam obsoletas foram calibrados e utilizados no período de maior demanda para UTI neonatal e UTIs pediátricas.

Em 2021, ajustou-se o número de geradores e de todo o parque tecnológico. A cada leito de UTI – adquiridos em maior quantitativo em janeiro do mesmo ano –, foram calculadas oito bombas de infusão, um respirador, um monitor e uma máquina de hemodiálise. No período, foi colocado filtros Hepa²⁰. O CHC/UFPR mostrou preocupação em realizar controles diários para o estoque de medicamentos e controle de oxigênio – o último, considerado critério de decisão para colocar o paciente no respirador. Neste período, iniciou-se a vacinação em cronograma de doses, e implantação de teste rápido aos profissionais suspeitos, aos pacientes e seus acompanhantes, implicando na necessidade de adquirir mais insumos.

²⁰ A sigla Hepa vem do inglês *High Efficiency Particulate Arrestance* (Detenção Altamente Eficaz de Partículas). O CDC e a Agência de Proteção Ambiental dos Estados Unidos (EPA) recomendam o uso de purificadores compostos de Hepa como estratégia adjunta para o controle da transmissão de Sars-CoV-2, reduzindo a possível contaminação em espaços fechados (CDC, 2021).

Em conclusão, aponta-se a inexistência de aspectos relacionados com missão de ensino e a pesquisa nesta subcategoria.

5.2.1.4 Recursos financeiros e apoio externo

O apoio e trabalho coletivo interno ao CHC/UFPR foi importante, porém insuficiente. Apoios externos foram necessários, a saber: da Associação dos Amigos do HC, na aquisição de recursos tecnológicos, materiais e insumos; de órgãos regulamentadores por meio de condutas, *guidelines* orientadas pelo Ministério da Saúde (MS), além da disponibilização de recursos financeiros envolvendo compras centralizadas.

O Estado do Paraná foi uma parceira na compra de insumos e medicamentos, como bloqueadores, sedativos para a rede Ebserh. Ademais, os hospitais Ebserh se apoiaram no compartilhamento de insumos e de experiências no atendimento com o uso do *WhatsApp* como ferramenta de comunicação entre hospitais Ebserh, por exemplo: rede da Bahia do hospital de Salvador, a qual, na perspectiva do profissional farmacêuticos, compartilhava sua experiência clínica; e do Maranhão, que necessitou de empréstimos de medicamentos. Por vezes, os entraves estiveram relacionados à pouca agilidade nos processos de compra, por se tratar de um órgão público e seus trâmites específicos de licitação, embora alguns participantes relatassem possuir o “dinheiro”, porém não existir o produto/matéria-prima disponível no mercado.

Os pacientes acessavam o hospital por entrada regulada, muitos já em estado grave; diante disso, um trabalho em interface, com apoio da Rede de saúde e a regulação nela imbuída apresentou-se como aspecto importante para o acesso ao CHC.

Para o ensino, o apoio centrou-se na manutenção de bolsas de iniciação científica, extensão e bolsas para pesquisa aos pós-graduandos. Na mesma linha, houve o financiamento para pesquisas sobre medicamentos, vacinas e testagem relacionados à Covid-19 (medicamentos e vacina Coronavac e testes combinados Covid/Influenza).

É oportuno realçar que esta foi a subcategoria que apreendeu importantemente o ensino e pesquisa do CHC/UFPR.

5.2.2 Processo

Esta categoria subdividiu-se em duas subcategorias, a saber: a) Protocolos, Fluxos e Dinâmica de Atendimento; e, b) Atuação profissional.

5.2.2.1 Protocolos, Fluxos e Dinâmica de Atendimento

Na assistência, as visitas e acompanhantes dos pacientes hospitalizados foram suspensas. As cirurgias eletivas foram suspensas em atendimento às normativas locais e estaduais²¹. Os documentos (protocolos, fluxos, desenhos/representação esquemáticas) orientaram a dinâmica de atendimento. Houve uma produção expressiva de materiais (380 produções: protocolos, boletim epidemiológico CHC, fluxos, fluxogramas, entre outros) disponibilizados em pasta compartilhada no hospital (canal institucional Microsoft *Teams* – Covid-CHC-UFPR) concentrando todo o material produzido para apoio), e na forma de publicação, por exemplo, no site CHC “Covid” para manter os profissionais e a população informados. Todos visando estabelecer canais de comunicação interna ou externa.

Inicialmente, as áreas Covid-19 foram isoladas com uso de tapumes para barreiras físicas. Áreas respiratórias foram restritas e os trajetos marcados. O fluxo desenhado ajudou a minimizar o medo e contaminação, uma vez centralizada em uma entrada apenas, que possuía triagem nas portas. Procurou-se representar a logística estabelecida para fluxo de Resíduos de Serviços de Saúde (RSS); procedimentos adotados em casos de óbito e o reconhecimento pelo familiar. Além disso, foram estabelecidos fluxos para a emergência e Apoio (exames de imagem, laboratório e centro cirúrgico). Igualmente, foram orientados fluxos e horários para rouparia, laboratório, necrotério, etc. Os vestiários, banheiros e copas exclusivos para funcionários de área Covid-19 foram fixados em suas próprias áreas de trabalho. O refeitório e as salas de espera foram modificados.

Quanto ao ensino, as aulas da graduação e pós-graduação foram suspensas. Mais tarde, as atividades extensionistas e aulas da graduação foram retomadas remotamente, via *Microsoft*

²¹ Não houve normatização federal inicial aos acontecimentos conforme explanado na revisão de literatura (Massuda *et al.*, 2020).

Teams. Na pesquisa, a prioridade dada foi à pesquisa clínica, as demais pesquisas, mais tarde, precisaram passar por avaliação de justificativa para a sua continuidade.

5.2.2.2 Atuação profissional

Para a assistência, o suporte de profissionais infectologistas foi uma das primeiras condutas adotadas. Houve treinamentos para sequência de intubação rápida para a medicina. O manejo clínico do paciente foi (re)aprendido diante da complexidade de atendimento. Ainda, foi necessária mais inserção de fisioterapeutas. A área de hemodiálise precisou se readequar também por motivo da condição clínica dos pacientes Covid-19.

Houve uma organização pela equipe em dois Times de Resposta Rápida, Clínico e Covid-19, de modo a operacionalizar com agilidade, principalmente, casos de intubação rápida, motivada pela rápida deterioração clínica de pacientes Covid-19. A fisioterapia deparou-se com dificuldades no manejo em razão do cuidado na exposição ao paciente, assim como na enfermagem, na aspiração orotraqueal, também facilitada pelo uso de sistema fechado. Um gasómetro foi disponibilizado primeiramente nas UTIs e, depois, nas unidades de internação, facilitando o processo de trabalho.

Os farmacêuticos não entravam em contato com a equipe assistencial, pois isolamentos de contato foram acoplados como barreira neste setor. A conciliação de medicamentos, estudada por intensivistas, anesthesiologistas e farmacêuticos clínicos, permitiu avaliar o uso racional de anestésicos; a partir desse estudo, houve otimização de seu uso, permitindo atender e rentabilizar a demanda. Como ferramentas de apoio à educação permanente, foram elaborados e disponibilizados vídeos de auxílio aos treinamentos dos profissionais do hospital.

A missão de ensino reforçou a importância de algumas especialidades, como infectologia, medicina intensiva, pneumologia, cardiologia, neurologia e todas as multiprofissionais. Outras especialidades de residência, principalmente as cirúrgicas, tiveram suas competências prejudicadas, mas auxiliaram no atendimento aos pacientes Covid-19, principalmente em UTIs. Na pesquisa, os pós-graduandos com vínculo trabalhista no CHC tiveram de pausar suas pesquisas temporariamente, por motivo das demandas do trabalho.

5.2.3 Resultados

A terceira e última categoria foi subdividida em cinco subcategorias, a saber: a) Resultados imediatos da reestruturação do CHC; b) Mudanças no estado de saúde dos indivíduos como resultado da prestação de serviços pelo CHC; c) Satisfação e expectativas dos trabalhadores; d) Lições aprendidas; e, e) Planejamento para o pós-Covid-19.

5.2.3.1 Resultados imediatos da reestruturação do CHC

Assistencialmente, os objetivos propostos pela gestão para a reestruturação do CHC, desde o início da pandemia, foram específicos: atender ao paciente, mas proteger quem estava atendendo. Conforme novas informações surgiram, questões voltadas para segurança de ambos foram pensadas no sentido de minimizar a contaminação.

Um resultado imediato mencionado foi a sobrecarga de trabalho. Todos os setores/unidades se reestruturaram/reorganizaram de alguma forma, não se restringindo à Covid-19. Houve o monitoramento diário pela CCIH. Um dos participantes sinalizou:

Chegamos a monitorar 70 pacientes/dia de Covid e tínhamos as outras demandas também do setor (E5).

Tal situação apresentada decorre da especificidade do setor que implicou na pressão redobrada aos profissionais no anseio por condutas a serem tomadas ante ao contexto vivido.

Foi possível perceber que os resultados imediatos foram acontecendo em fases; a primeira fase: compreender o cenário, mapear e operacionalizar estrutura para atendimento.

[...] a CCIH não parou, continuamos tendo micro-organismos multirresistentes. Estudar e estudar muito rápido tudo sobre a doença (E5).

A segunda fase: houve uma pressão por leitos. Os aspectos voltados aos cuidados paliativos (cuidado em fim de vida) passaram a requerer maiores discussões e condutas basearam-se em protocolos internacionais de extubação, tal como os protocolos elaborados no hospital. Foi a fase de condições clínicas graves e rápidas da Covid-19.

Terceira fase: O medo da falta de medicamento. Os pacientes Covid-19 foram sedados com “Propofol” (2,6-diisopropilfenol) o que levava ao medo de escassez. Uma estratégia foi a harmonização de sedação.

Dentro das condições de estrutura e processos (re)adequados, o hospital conseguiu atender a demanda de Covid-19. A instituição hospitalar assumiu sua responsabilidade social, considerando a expertise de gestão e a relação com a rede; respondeu melhor, pois houve boa mobilização de modo a atender muitos pacientes com êxito. Mesmo diante da crise, existiu menção a um salto em qualidade no cuidado; embora, em contraponto, outros relatos apontaram a necessidade de retomar protocolos antes implantados sobre a segurança do paciente.

Em setembro 2022, houve um planejamento de retomada das atividades suspensas no hospital, como a retomada das cirurgias eletivas, por exemplo. Com as especialidades da residência médica direcionadas ao atendimento Covid-19, aconteceram atrasos importantes em cirurgias eletivas, quantitativamente.

Em relação ao ensino, o saldo é péssimo (E42).

[...] não se tinha cabeça para pensar em pesquisa. Mas à medida que foi passando, a Coleta de dados foi em volume alucinante, a gente coletou muita coisa, controle de infecção, perfil, prognóstico...exemplo: técnicas, adaptações feitas, validação (E5).

A necessidade de descoberta por uma vacina/medicamentos suscitou interesse pela pesquisa clínica no hospital. Pesquisas posteriores foram constituídas por profissionais da assistência, que também são professores e assumiram as pesquisas relacionadas à Covid-19.

5.2.3.2 Mudanças no estado de saúde dos indivíduos como resultado da prestação de serviços pelo CHC

Na assistência, a intubação rápida e intubação também nas enfermarias foi evidência devido à rápida evolução do paciente Covid-19, por volta do sétimo/décimo dia em que se encontrava internado. Direta ou indiretamente, o quantitativo de profissionais assistindo ao paciente intubado, em pronação, é um dos aspectos que podem influenciar no estado de saúde deste perfil – foi citado como exemplo até sete profissionais para pronar um paciente, com Pressão

Expiratória Final Positiva (Peep), Pressão Expiratória Final Positiva (Fio2) alta, de forma sincronizada na UTI.

Como uma forma de atenção humanizada ao paciente Covid-19, a nutrição buscou atender as particularidades do paciente quanto à alimentação e ao metabolismo, considerando os gostos pessoais do paciente. A aquisição ágil de equipamentos durante a pandemia, como ressonância magnética e raio-x, pode ter favorecido o cuidado. Talvez em outro momento, sob perspectiva dos participantes, não haveria tal agilidade.

O ensino não foi evidenciado nesta subcategoria. No tocante à pesquisa, a vacina permitiu que pacientes que adquiriam o vírus pudessem ter sintomas mais brandos ou mesmo a ausência de evolução ruim de seu estado de saúde. A cada nova onda, novas descobertas sobre o vírus permitiam atuar de forma ágil, implicando, assim, em cuidados mais assertivos à clientela.

5.2.3.3 Satisfação e expectativas dos trabalhadores

O convênio com o estádio de futebol Couto Pereira propiciou o alojamento de profissionais que tinham receio de retornar aos seus domicílios por medo da contaminação dos filhos, esposas, maridos e pela convivência com grupos considerados vulneráveis como estratégia de segurança. Ainda mais, foram adotadas medidas como o telemonitoramento daqueles afastados do hospital pelo cenário Covid-19.

Embora tenha sido apontado, em geral, saldo psicológico negativo pelos participantes, o hospital também criou um canal de escuta com os psiquiatras e apoio psicológico, em todas as sextas-feiras. Acerca da saúde do trabalhador e seus direitos, o CHC se preparou por meio de protocolos de atendimento médico e psicológico para responder aos processos jurídicos/administrativos, auditoria de óbitos de profissionais e ação coletiva a respeito de insalubridades. Para a insalubridade, foram produzidos formulários para registro e acompanhamento de pacientes que estiveram em áreas Covid-19.

Em contrapartida, houve saldo positivo voltado ao espírito de pertencimento ao local de trabalho, por utilizar o conhecimento e expertise, pelo trabalho em equipe e disposição em participar de reuniões coletivas e multiprofissionais. Este último foi ganho importante ao hospital, assistencialmente: a título de exemplo, profissionais de serviço social e odontologia, antes em

quantitativo reduzido no hospital, puderam aumentar seus quadros quantitativos com as contratações.

Além disso, alguns cenários para estágios práticos da graduação e pós-graduação ficaram restritos mediante o risco de contaminação.

O ensino parou (E3).

Aos poucos os internatos voltaram; porém, as residências foram aqueles que tiveram muitas perdas: a cirurgia coloproctologia, cirurgia geral, cirurgia plásticas, dermatologia, urologia, neurocirurgia e cirurgia pediátrica, por exemplo, foram muito prejudicadas, pois não conseguiram desenvolver as respectivas competências, gerando frustração a este público, também integrante da equipe do CHC.

[O] Residente recém-chegado no hospital, talvez nunca tivesse feito uma intubação, aprendeu a fazer no paciente Covid. Aprender no susto é difícil. É rico, mas é doloroso (E5).

Sendo um hospital de ensino, foi um desapontamento para a equipe da linha de frente a decisão da academia ter sido omissa no suporte operacional ao enfrentamento da pandemia, para eles, o enfrentamento foi feito pela Ebserh, não pela UFPR, o que, por sua vez, configurou uma grande perda de oportunidade de aprendizado. Como parte do CHC, a visibilidade do hospital na sua missão de Pesquisa foi importante também aos trabalhadores. Em razão das pesquisas, também foram beneficiados com a testagem rápida e a vacinação contra a Covid-19.

5.2.3.4 Lições aprendidas

A primeira fase da pandemia, ao longo dos primeiros meses de 2020, foi assustadora: medo e situações exigiam tomadas de decisões rápidas. Um redesenho de instalação física pré-existente foi uma das primeiras estratégias pensadas; no entanto, a lição reside na necessidade de mensuração dos riscos de uma reestruturação de modo que possa comportar uma demanda ainda maior do que se espera. Os casos leves de Covid-19 rapidamente foram transformados em casos graves e sobrecarregaram o sistema do hospital:

Emergência dentro da nossa emergência (E42).

Com a variante *Ômicron*, as tomadas de decisão ficaram mais fáceis, embora novamente demandassem mais recursos e operacionalização. Portanto, é preciso um plano de contingenciamento na gestão de crises dada a dinâmica que o contexto pode exigir, projetadas também para o ensino.

Sempre há potencial para que o profissional possa se desenvolver; com a pandemia foi (re)aprendida a melhor noção de elaboração de protocolos, de otimização de recursos, de rotatividade de leitos e de formas ágeis de atender ao paciente. O desafio se inseriu na nova realidade do CHC à época, isto é, muitos *experts* se aposentaram, muitos profissionais novos compuseram a equipe, profissionais temporários com desligamento posterior, muitos pacientes graves e o hospital pressionado pela Rede de Saúde, numa situação em que, agora – após o contexto de maior demanda, que afetou principalmente o ano 2022 –, encontra-se sem o financeiro do início da pandemia.

Todavia, como uma aliada, a tecnologia aproximou o paciente com a equipe de saúde sobre a demora em contatá-lo, anterior a pandemia. Articulado à tecnologia, abriu espaço para pensar em investimentos de ambiente simulado de aprendizagem, também como estratégia para contribuir com um “amadurecimento”/formação profissional. Na pesquisa, a pandemia exigiu que os pesquisadores estivessem sempre prontos para situações de flexibilização e adaptação metodológicas de suas pesquisas, quando se deparassem com um cenário tal como foi a adaptação para coletas de formas remotas. Outro destaque girou em torno de “*acreditar na ciência*” (E2). O que lança luz à importância da missão de ensino e pesquisa, articuladas às práticas de assistências e no fomento às condutas por gestores.

5.2.3.5 Planejamento para o pós-Covid-19

Evidenciou-se que, na assistência, com o passar do tempo, pacientes crônicos e/ou eletivos ficaram desassistidos, daí o retorno a este perfil de pacientes. Foi planejado um Ambulatório Pós-Covid-19 aos pacientes, implantado em 2022, devido ao aparecimento de casos de sequelas de Covid-19, principalmente nas especialidades de pneumologia, cardiologia e neurologia. Os pacientes com alta hospitalar (Covid-19 e demais crônicos) também foram telemonitorados pelo hospital, como forma de cuidado continuado por meio do Serviço de gestão de altas.

Pacientes com diagnósticos tardios (por exemplo, os de oncologia), chegando com condições clínicas mais complexas, implica em maior gasto financeiro. O pós-Covid-19 implicou na abertura de leitos-dia²², monitoramento para casos oncológicos, interconsultas, linhas de cuidados prioritários, atualização de protocolos, trabalho acentuado com hospitalistas, implantação da Casa pós-Covid²³, estudos para estratégias face às filas cirúrgicas represadas, mutirões de audiometria e ressonância com parcerias privadas.

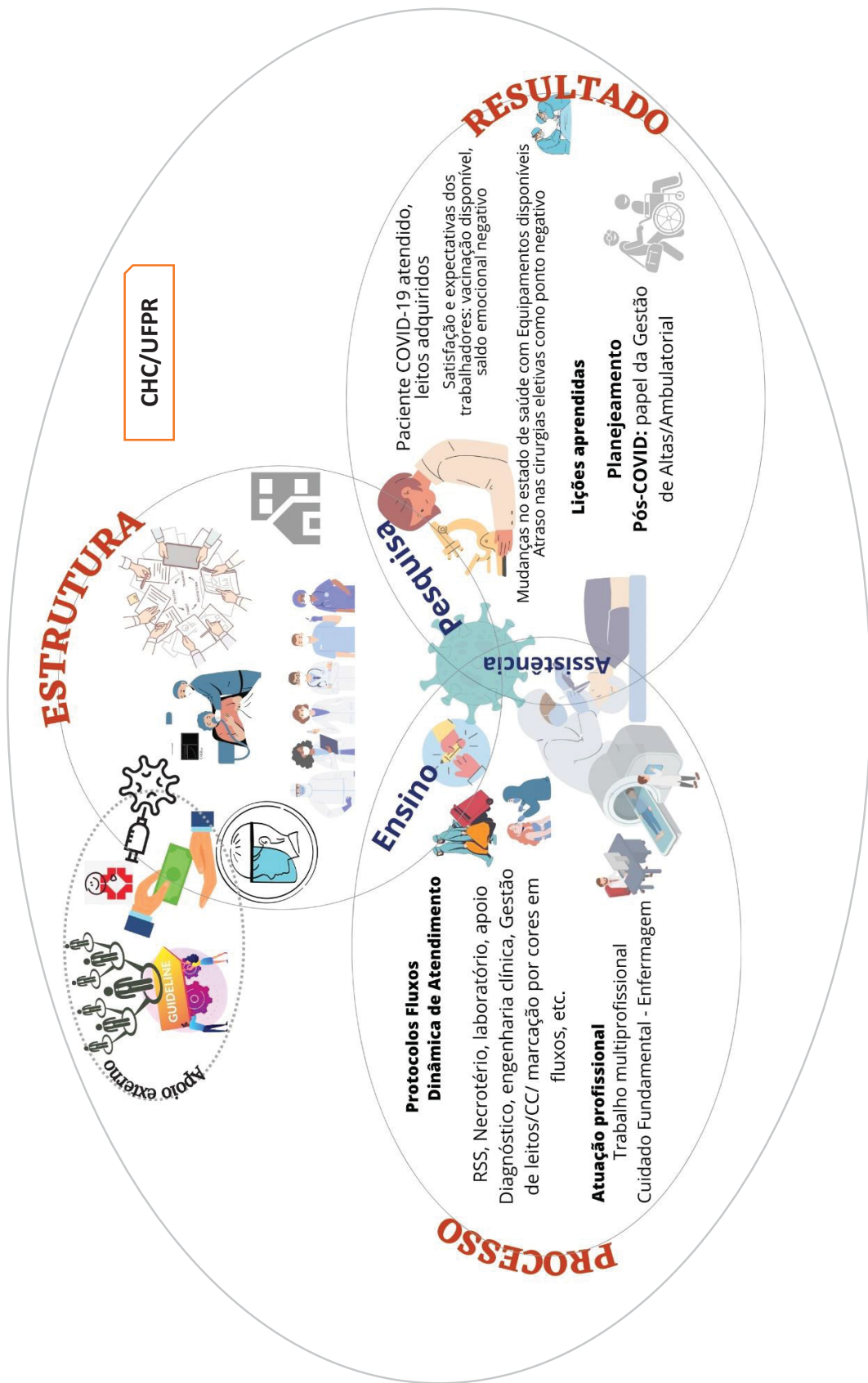
Com as aulas retomadas remotamente, os currículos da graduação buscaram incluir o cuidado ao paciente Covid-19 em suas grades curriculares, sendo o CHC uma escola para tal demanda em sua missão de ensino. Inúmeras pesquisas foram tramitadas no CEP do Hospital, voltadas à condição pós-Covid-19 dos pacientes nas suas mais diversas especialidades – materno-infantil, intensivo, obstetrícia, neurologia, entre outros –; ao todo, foram aproximadamente 600 pesquisas. Também, um acontecimento destacável no CHC, em paralelo à vacinação, os alergologistas foram referência para reação vacinal da Covid-19.

Os principais achados desta pesquisa considerando as três categorias podem ser vislumbradas na Figura 13. A ilustração buscou representar os achados projetados na tríade de Donabedian: Estrutura-Processo-Resultado. Percebe-se, ao centro, o símbolo do vírus que desencadeia a Covid-19 como um “plano de fundo”; e, em torno, elementos que se interrelacionam com o ensino, a pesquisa e a assistência.

²² Tratam-se de Leitos-dia operacionais, ou seja, unidade de medida que representa a disponibilidade de um leito hospitalar de internação por um dia hospitalar.

²³ Centro Avançado de Atenção Multiprofissional Pós-Covid-19, criado para melhor atender pacientes que tratam as sequelas da Covid-19. Saiba mais sobre: BRASIL. Ministério da Educação. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Complexo Hospitalar Ebserh/MEC em Curitiba (PR) inaugura Centro Avançado de Atenção Multiprofissional Pós-Covid-19. **Gov.br** [site], 21 dez. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/comunicacao/noticias/complexo-hospitalar-cbserh-mec-em-curitiba-pr-inaugura-centro-avancado-de-atencao-multiprofissional-pos-covid-19>. Acesso em: 1 fev. 2024.

FIGURA 13 – ILUSTRAÇÃO DOS PRINCIPAIS RESULTADOS. CURITIBA, PARANÁ, 2023



Fonte: a autora (2023).²⁴

²⁴ Desenvolvido pela autora com uso da plataforma Canva (liberação do uso das imagens).

Em maior análise com base nas subcategorias que emergiram, pode-se pensar em um modelo projetado numa proposta giratória (Figura 13). Tais subcategorias, embora conectadas ao seu elemento maior (categorias), mantêm suas particularidades ao passo em que se misturam, interagem e criam certa interdependência. A ilustração pode explicar, inclusive, os resultados que se adequariam em mais de uma categoria analítica, por similaridade em certo sentido.

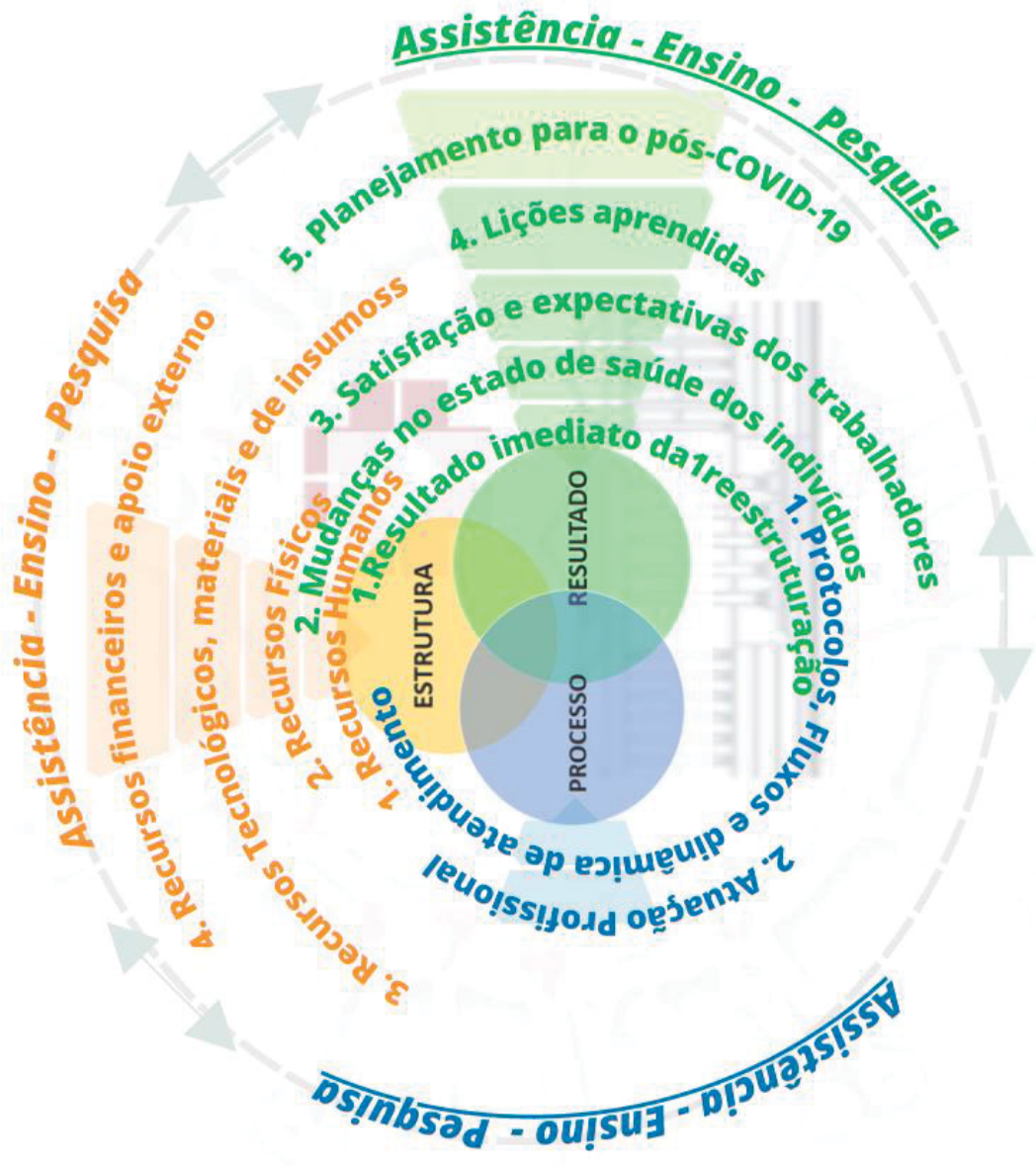
É notório o quanto uma organização dispense de recursos para operacionalizar suas ações. Muito embora o Processo esteja reduzido em tamanho – se comparado às demais subcategorias –, não interfere em sua relevância significativa na pesquisa. Com a redução dos dados, foi proposto realçar exatamente o que se entende nesta categoria: como os profissionais atuaram no enfrentamento frente à dinâmica de atendimento instrumentalizadas por meio de Protocolos, Fluxos.

Foram apresentadas como aspectos que se complementam na ideia de uma engrenagem de um “motor” para que “algo” pudesse “funcionar”. A analogia é oportuna visto o que propunha Donabedian, sobre os recursos necessários de uma organização (CHC), para que os profissionais pudessem atender a demanda proveniente da Covid-19 e, por tal motivo, apresentar aspectos resultantes dos dois primeiros (quer sejam positivos ou não).

O ensino, a pesquisa e a assistência alinham-se à ideia dissertada. Ainda que seja mais presente em uma subcategoria e, por vezes, ausente em outras, como mostra a descrição dos resultados, tiveram interface às subcategorias, em consonância aos pressupostos desta tese.

Alinhado e de forma a esmiuçar a representação gráfica, apresenta-se uma descrição de cada componente como proposta para o modelo (Quadro A).

FIGURA 14 – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA PROPOSTA DE MODELO DE CONTINGENCIAMENTO A PANDEMIAS



Fonte: a autora (2023).²⁵

²⁵ Desenvolvido pela autora com uso da plataforma Canva (liberação do uso das imagens).

QUADRO 1 – PROPOSTA PARA UM MODELO DE CONTINGÊNCIA À PANDEMIAS. BRASIL. CURITIBA/PR (2023)

AÇÕES PROPOSTAS PARA UM CONTINGENCIAMENTO A PANDEMIAS		PROCESSO	RESULTADO
MISSÃO DO HOSPITAL	ESTRUTURA	PROCESSO	RESULTADO
	<p><i>Elenque os recursos necessários</i></p> <p>Recursos humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instaurar um Comitê de Crise com representantes-chave da instituição. <i>Considere incluir a área assistencial visando ponte de comunicação e assertividade das tomadas de decisões.</i> • Mapear e fortalecer a equipe multiprofissional vinculada ao hospital. • Identificar expertises e (re)alocá-los em pontos estratégicos de serviços e ações. • Dimensionar a força operacional. <i>Considere (re)alocar em setores que requerem maior contingente dada a complexidade (exemplo: unidades intensivas). Busque possibilidades de Contratação emergencial. Busque articulações com a comunidade acadêmica, por exemplo: propostas de plantão docente em soma ao quantitativo operacional.</i> • Capacitar e treinar de forma articulada a Educação Permanente: profissionais já vinculados e profissionais recém contratados. Buscar apoio da academia neste quesito (docentes, graduação, residência), Produção de vídeos para disponibilização, apoio científico e capacitação in loco são estratégias. • Considerar a implantação de teleatendimento aos trabalhadores. • Buscar fomentos de proteção aos trabalhadores: periculosidade, insalubridade, oferta de Equipamento de Proteção Individual (EPI) e outras medidas de mitigação de exposição ao vírus em potencial. 	<p><i>Como as atividades podem ser desenvolvidas e como podem ser instrumentalizadas</i></p> <p>Protocolos, fluxos e dinâmica de atendimento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Considerar o bloqueio de cirurgias eletivas (se normativas estabelecidas), para que as retome gradualmente. <i>Considere a implantação de uma equipe para teleacompanhamento aos casos crônicos visando a prevenção de sua agudização. Considere o suporte do Enfermeiro de Ligação e serviço de Gestão de Atlas do hospital.</i> • Interromper temporariamente visitas, acompanhantes, estágios. <i>Avalie casos especiais de acompanhantes conforme legislação.</i> • Identificar Protocolos já existentes e adequá-los ao novo contexto. <i>Considere identificar representantes-chave (coordenações) para cada ação, inclusive para elaboração de protocolos, criação de fluxos, fluxogramas, etc.</i> • Atribuir Protocolo para fluxos de Resíduos de Serviço de Saúde. <i>Consulte e adequar o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS).</i> • Atribuir Protocolo para fluxo de casos de óbitos (necrotério) e operacionalização para o reconhecimento pelo familiar. • Atribuir fluxos/fluxogramas/diagramas para o serviço de hotelaria hospitalar. • Atribuir fluxos laboratoriais e apoio diagnóstico. • Atribuir Protocolo para a dinâmica de atendimento do paciente intensivo. <i>Considere Linhas de Cuidados.</i> 	<p>Resultados imediatos com a reestruturação</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer os objetivos primários para uma (re)estruturação hospitalar e (re)organização em seus processos. <i>Considere ofertar atendimento ao paciente, sempre viabilizando proteção ao trabalhador.</i> • Monitorar indicadores administrativos e assistenciais visando qualidade na oferta de serviços e, consequentemente, de cuidados seguros ao público-alvo. <i>Mediante resultados de um contexto macro, considere retomar atividades com cautela.</i> • Identificar a produção em pesquisas e visibilizá-las no intuito de consumo científico pela população e comunidade acadêmica. • Flexibilizar adaptações metodológicas des de que não infrinjam aspectos éticos. Considere discutir em Comissão Ética e Comitê de Ética em Pesquisa, pois são estratégias para assegurar tais aspectos. • Mensurar ganhos e perdas para a graduação e pós-graduação na vigência do período pandêmico. • Articular-se à comunidade docente sobre assumir pesquisas voltadas ao tema.

QUADRO 1 – PROPOSTA PARA UM MODELO DE CONTINGÊNCIA À PANDEMIAS. BRASIL. CURITIBA/PR (2023)
AÇÕES PROPOSTAS PARA UM CONTINGENCIAMENTO A PANDEMIAS

Recursos físicos	Atuação profissional	Mudanças no estado de saúde dos indivíduos
<p>• Identificar a estrutura existente para a otimização do uso.</p> <p>• Avaliar o custo-benefício para hospital de Campanha em seu município e referência ao hospital e, em caso positivo, se as competências do hospital serão continuadas concomitante à nova demanda. <i>Considere também as requisições postas pelo Estado e Secretaria de Saúde. É preciso potencializar o papel social do hospital como organização pública integrada ao SUS. Além de possibilidades de comodato para este fim.</i></p> <p>• Avaliar a inclusão de sistema de triagem no acesso de entrada ao hospital. Por exemplo, a colocação de tendas.</p> <p>• Modificar a infraestrutura física e utilizar, por exemplo, enfermarias que possam ter uma logística facilitada. <i>Considere blocos, andares (se horizontal, com elevador), enfermarias que possam ser isoladas dos demais fluxos de atendimento. Identificar as Linhas de Cuidado: pode ser um facilitador.</i></p> <p>• Estabelecer fluxos de acesso ao hospital com pacientes, visando diminuir riscos de contágio.</p>	<p>• Fortalecer equipe multiprofissional e interprofissional para o gerenciamento de crises.</p> <p>• Fortalecer a cultura de Time de Respostas Rápidas para situações de crises instaladas na saúde e situações específicas, como intubação rápida aos pacientes com vírus em alta propagação de contágio, manejo clínico, entre outros cuidados na Linha de Frente. <i>Para tanto, considere ações contínuas de educação permanente, trabalhando com simulação de casos.</i></p>	<p>• Considerar que a crise pandêmica pode se apresentar em fases conforme avanço (ou não) de medidas farmacológicas, isto é importante pois pode requerer (re)dimensionamentos de oferta de pessoal, e novas previsões e provisões de recursos materiais, insumos e tecnologias. <i>Considere, por exemplo, que uma condição de caso clínico leve pode rapidamente passar para caso grave.</i></p> <p>• Fortalecer a linha de frente para cuidados além de procedimentos clínicos e também cuidados fundamentais, como higiene e conforto, crenças, entre outros. Trata-se do cuidar holístico ao paciente em sua necessidade de cuidado.</p>

QUADRO 1 – PROPOSTA PARA UM MODELO DE CONTINGÊNCIA À PANDEMIAS. BRASIL. CURITIBA/PR (2023)

Recursos tecnológicos, materiais e insumos	AÇÕES PROPOSTAS PARA UM CONTINGENCIAMENTO A PANDEMIAS	Satisfação e perspectivas dos trabalhadores
<p style="text-align: center;">ASSISTÊNCIA ENSINO PESQUISA</p> <ul style="list-style-type: none"> Aquisição de parque tecnológico: respiradores/ventiladores mecânicos/tomógrafos, gasômetros, entre outros, e com rede elétrica condizente. Faça o inventário do que há disponível e planeje compra emergencial se necessário. <i>Considere o apoio do setor de engenharia do hospital. Ainda, busque manter operante os equipamentos mesmo considerados obsoletos, portanto, calibragem e manutenção em dia (Prontuário de equipamentos/materiais médico-hospitalares)</i> 	<p><i>Observação: as ações propostas alinham-se a ambas subcategorias neste componente de processo.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Planejar estratégias de manutenção adaptada de atividades de ensino, extensão e estágios, junto da academia; conjuntamente planejar a proteção à saúde do público acadêmico. Otimizar o apoio operacional dos Programas de residência de todas as categorias. Buscar articulação com pós-graduandos, alinhando a assistência ao escopo de pesquisa, somando forças. 	<ul style="list-style-type: none"> Implantar e implementar estratégias de proteção dos trabalhadores: alojamentos, afastamento dos grupos vulneráveis, sistema de teleatendimento, legislação pertinente (periculosidade). <i>Considere disponibilizar protocolos e orientações para formulários de pedidos para tais questões.</i> Providenciar testagens para detecção de virulência, calendário vacinal e/ou outras medidas farmacológicas para proteção; estabelecer grupo prioritário. Ofertar apoio psicológico. Fortalecer e visibilizar a atuação da equipe no hospital. Buscar estabelecer equipes volantes e de forma rotativa para minimizar a sobrecarga de trabalho. Considere redirecionar carga-horária de trabalho, planos de cargos e benefícios, motivação, etc. Inserir a linha de frente assistencial também nas discussões para tomada de decisão. Compreender o residente também como membro do hospital e, portanto, estar aberto às perspectivas de sua atuação mediante crise instalada.

(Continuação)

QUADRO A – PROPOSTA PARA UM MODELO DE CONTINGÊNCIA À PANDEMIAS. BRASIL. CURITIBA/PR (2023)

AÇÕES PROPOSTAS PARA UM CONTINGENCIAMENTO A PANDEMIAS	
<p>Recursos financeiros e apoio externo</p> <ul style="list-style-type: none"> Identificar o que há de apoio interno: recursos financeiros próprio (se a organização possui uma sustentabilidade financeira), parceria entre a própria rede de gestão (por exemplo, Eberth) e a necessidade de apoio externo ao hospital: com organização ONGs, voluntariado, exército, a Rede de Atenção à Saúde (RAS). <i>Considere os órgãos reguladores, Ministério da Saúde, produção científica, o que já se tem produzido cientificamente sobre o contexto usando das recomendações que possam subsidiar tomadas de decisões.</i> Identificar e analisar a sustentabilidade financeira do hospital. <i>Considere parcerias em pesquisas em constante andamento acerca de Recursos financeiros para trabalhar com decisões antecipatórias. Investir e manter custos destinados a pesquisas sobre o contexto que envolve a crise instalada, por exemplo: pesquisa clínica no que concerne ao estudo de vírus/bactérias e outros, medicamentos, vacinas, etc. Manter bolsas de pesquisa e de atividades de iniciação científica, extensão e de estágios desenvolvidos no hospital.</i> Prever e prover o apoio financeiro do Estado: para infraestrutura, materiais e insumos, sobretudo as particularidades na área da saúde (EPIs, medicamentos, leitos hospitalares, equipamentos complexos, entre outros). Planejar estratégias para agilizar processos de compra no hospital (Licitações públicas, etc.). 	<p>Lições Aprendidas e Planejamento para o pós-pandemia</p> <ul style="list-style-type: none"> Incentivar mudanças culturais e fortalecimento da cultura já em consolidação. Ponderar o conhecimento prévio sobre o vírus/doenças diante da pandemia. Amparar condutas e tomada de decisão na ciência. <i>Considere lições aprendidas no decorrer do percurso e utilize-as como ferramentas para (re)avaliar condutas, desde aspectos gerenciais, coordenação até a assistenciais.</i> Incentivar o potencial da equipe, individual e coletivamente. Desenvolver competências, habilidade e atitudes. Inserir inovação, tecnologias leves e duras, como apoio. Considere planejar a implantação de novas Linhas de cuidado, por exemplo: ambulatório para pacientes que estiveram desassistidos durante a pandemia (Doenças Crônicas Não-Transmissíveis, sequelas em razão da doença, como exemplo as sequelas pós-Covid-19, Cuidados Paliativos, etc.). Articular a pesquisa para estratégias de soluções diante das perdas na crise. Por exemplo, filas cirúrgicas que se encontrarem represadas face às suspensões iniciais. Potencializar o papel co-formador no hospital na sua missão de ensino.

Legenda: Assistência

Ensino

Pesquisa

Fonte: a autora (2023).

(Conclusão)

6 DISCUSSÃO

Neste capítulo, os principais achados da pesquisa são discutidos e apresentam-se organizados em três subcapítulos, a saber: 6.1 Estrutura; 6.2 Processo; 6.3 Resultado, com as suas respectivas subcategorias no corpo do texto.

6.1 ESTRUTURA

Entre os principais achados, destaca-se positivamente a configuração de um comitê de crise imbuído na subcategoria de recursos humanos. Isto refletiu em mapeamento do que já se tinha em termos de recursos disponíveis no CHC, para então prever e prover o que fosse necessário; evidentemente, foi uma ação que ocorreu junto dos demais acontecimentos, o que favoreceu um serviço em prol de outro, considerando a cronologia mundial-nacional-regional-local dos casos de Covid-19. O comitê de crise contou com representantes-chaves para elencar estratégias, bem como direcionar suas operacionalizações (Bernardino *et al.*, 2021).

O gerenciamento de crise também envolve o preparo anterior de todos os envolvidos com o enfrentamento de questões emergentes futuras. Desse modo, uma das formas de reduzir o estresse em situações não esperadas é viabilizar simulações do cenário, de modo a atender aos possíveis problemas que podem acontecer e suas respectivas soluções. Ademais, em momentos de emergência de saúde pública é necessário que, antes dos casos de doenças eclodirem rapidamente, os hospitais e unidades de saúde já providenciem o máximo de recursos necessários para lidar com a crise de saúde iminente (Brett-Major *et al.*, 2021; Edmonson *et al.*, 2016).

A respeito dos recursos humanos empreendidos, valem de destaque os ganhos positivos das ações de educação permanente voltadas aos treinamentos e capacitações dos profissionais para atendimento ao paciente com suspeita e/ou diagnóstico do vírus/doença, como treinamentos de paramentação/desparamentação de EPIs, intubação orotraqueal (IOT) a pacientes que evoluíram rapidamente e requereram cuidados intensivos e mais complexos, utilizando-se de simulações, vídeos, etc. Puderam, assim, ser ferramentas de amparo visando a oferta de cuidados da melhor qualidade possível e com segurança ao perfil demandado de pacientes. Foi imprescindível que os EPIs estivessem disponíveis para todos os profissionais de saúde e que fossem utilizados de forma correta; além de recursos humanos condizentes com a demanda de trabalho necessário para o

enfrentamento (Wong *et al.*, 2020; Bernardino *et al.*, 2021; Oliveira *et al.*, 2023). Sob lente da crise de Covid-19, foi um período desafiador para aquisição de recursos, o que incentiva maiores debates necessários acerca das relações internacionais em torno da diplomacia relacionada com a saúde e da política orientada para a crise (Alhammadi, 2022).

Além do uso correto de EPIs, percebeu-se a capacitação frequente das equipes abordando situações diversas, como higienização das mãos e instrução de novos protocolos como o de prona, por exemplo. Além disso, o treinamento deve estar associado ao fornecimento desses EPIs para todos os profissionais devido à importância de prevenção à ocorrência de infecções e em garantir a segurança para dois principais protagonistas: o profissional e o paciente (Guirra *et al.*, 2020; Peres; Boléo-Tomé; Santos, 2020; Rigotti *et al.*, 2022; Alhammadi, 2022).

Os treinamentos foram elementos necessários, principalmente diante da demanda de novas contratações, em especial de profissionais sem experiência prévia e com pacientes de alta complexidade, como os infectados pelo Novo Coronavírus (Fawaz; Anshasi; Samaha, 2020; Lobo *et al.*, 2022). Trata-se de outro ponto positivo, pois a contratação emergencial foi uma possibilidade, mesmo que em número insuficiente dado todo o contexto. Ademais, o hospital dispor em seu quadro profissional de recursos humanos com expertise de modo que pudessem ser alocados em pontos estratégicos de liderança, também pode ter sido um fator que contribuiu positivamente e estruturalmente no enfrentamento da pandemia. Embora os relatos versem sobre a falta de conhecimento para a crise Covid-19, propriamente dita, como mostram os achados.

Essas ações devem ter (e tiveram) o apoio da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar/Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH/SCIH) em cada instituição, como já demonstrado em pesquisas que denotam a relevância do serviço para o controle de crises ocasionadas em seus contextos organizacionais e para a diminuição de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (Iras) (Araújo; Bohomol; Teixeira, 2020; Kamara *et al.*, 2022; Oliveira *et al.*, 2020). No contexto CHC-UFPR, o setor contou com equipe interna consolidada em conjunto ao corpo clínico de infectologia, inclusive no que tange a participação de residentes da especialidade em tal panorama, que, por sua vez, se configura como um ganho para o CHC/UFPR no enfrentamento.

A maior exposição aos riscos laborais incorre no tempo prolongado de contato com pacientes contaminados e com necessidade de intervenções frequentes (Sant'Anna *et al.*, 2020). Um estudo transversal realizado em dois hospitais-escola, em diferentes estados brasileiros, avaliou

a segurança dos profissionais de enfermagem e a cultura de segurança do paciente durante a atuação profissional no atendimento de pacientes suspeitos ou com Covid-19, mostrando que o tempo de trabalho na unidade foi associado à contaminação pelo vírus; e, que a maior parte dos profissionais trabalhava entre 20 e 39 horas semanais em apenas um hospital (Gnatta *et al.*, 2023). Adiciona-se cenário similar em torno dos profissionais de outras áreas que também estiveram expostos no manejo a pacientes deste perfil, tais como a fisioterapia e equipe médica.

Grifa-se que o dimensionamento de pessoal adequado da equipe de enfermagem – sendo este um contingente maior na linha de frente do cuidado ao paciente Covid-19 – com previsão de horas extras e do aumento do quadro de profissionais foram elementos imprescindíveis para suprir também as consequências advindas da elevação da taxa de absenteísmo e do presenteísmo²⁶ (Alves *et al.*, 2022; Peres; Boléo-Tomé; Santos, 2020). Cenários de emergência sanitária podem levar os trabalhadores a um aumento do presenteísmo, em decorrência de fatores como senso de responsabilidade, pressão institucional para estar presente e falta de substitutos em caso de ausência no trabalho (Daniels *et al.*, 2021).

Durante a pandemia, os profissionais de saúde não puderam se beneficiar da recomendação “fique em casa” e foram expostos à intensa contaminação e ao óbito pela doença (The Lancet, 2020; Semple; Cherrie, 2022; Galon; Navarro, 2023). Neste ínterim, foram notórias a sobrecarga e a exaustão do trabalho nas condições físicas e emocionais no CHC; fragilidades detectadas, assevera-se: o óbito de profissionais, embora não numerosa, foi impactante aos pares. Portanto, se por um lado a teleorientação/telessaúde e oferta de assistência emocional aos profissionais foi um importante ganho; por outro, constituiu-se um desafio futuro, uma vez que a gestão tem profissionais que podem apresentar condições de saúde oriundas do período da pandemia em sua oferta de pessoal.

Em consenso aos achados desta tese, o Modelo Donabediano, utilizado no estudo de Evans e demais autores (2023) mostrou dois aspectos para avaliar o componente estrutural de um centro terciário de tratamento de feridas: 1) as instalações e 2) os prestadores. Como dissertado pelos autores, barreiras intrapandêmicas foram implementadas para proteger tanto os pacientes como os prestadores de cuidados contra a propagação de doenças, mantendo, ao mesmo tempo, uma comunicação fácil e gratuita com métodos virtuais seguros, como o *WhatsApp* Messenger

²⁶ O presenteísmo é definido como o ato de trabalhar enfermo ou estar presente no local de trabalho em condições que demandariam a ausência do trabalhador.

(Mountainview, Califórnia). As consultas presenciais foram reduzidas com a transferência da maioria das consultas para consultas remotas de telemedicina, utilizando a telessaúde como um recurso valioso (Evans *et al.*, 2023), podendo ser apreendido como um ganho importante, principalmente quando somado à implementação de prontuário eletrônico do paciente (PEP) durante a pandemia, no CHC/UFPR.

No Brasil, em relação ao espaço/instalações físicas para atendimento, alguns municípios optaram por constituir hospital de campanha, enquanto outros tornaram-se referência no atendimento ou (re)organizaram-se na regulação de leitos em interface com a rede de saúde (Noronha *et al.*, 2020). Considera-se um ganho importante para o CHC, previamente dispor de instalações físicas no hospital a fim de que houvesse a destinação de um local específico para atendimento aos pacientes com Covid-19. Tal disponibilidade implicou em fluxos determinados que puderam evitar o contato e a contaminação cruzada, corroborando com outras experiências publicadas (Bernardino *et al.*, 2021; Lazzari *et al.*, 2022; Ribeiro *et al.*, 2021; Santos *et al.*, 2020).

A urgência na expansão de números de leitos hospitalares não foi somente uma realidade brasileira (Noronha *et al.*, 2020), tampouco restrita ao CHC. O contingente de contaminação internacional, ganhando tamanho em números, alertava para ações no Brasil somadas a uma frágil estrutura de leitos preexistente (Nenevê *et al.*, 2023). Portanto, a criação de mais leitos reservados aos pacientes diagnosticados com a doença em locais específicos do hospital, carecia de (e encarecia o) planejamento, pois deveria ser atrelada a todo um parque tecnológico específico que, por sua vez, se relacionava com outros recursos necessários para um leito hospitalar (Alhammadi *et al.*, 2020).

Ter um parque tecnológico renovado junto da pré-existência do serviço de Gestão de leitos ou Núcleo Interno de Regulação (NIR), pode ser apontado como uma potencialidade do CHC/UFPR. Isto é, ter esse serviço já consolidado, com desenho na rede de saúde, fluxos regulatórios definidos e a pactualização (financiamento, contratos, habilitação) (Bernardino *et al.*, 2021), foram diferenciais para agir com rapidez na otimização e operacionalização de leitos hospitalares.

É imperativo que a estrutura de uma organização possa contar com apoio externo para sua solidificação. O apoio foi percebido como potencialidade para o cenário deste estudo; porém, é possível que tenha sido desfavorecido em uma visão macro, ao país.

A interação do Estado com diversos atores (incluindo a comunidade científica), a adoção de ações rápidas e efetivas e o estilo de política²⁷ enraizado no país seriam determinantes para o sucesso no enfrentamento da pandemia, principalmente no caso de despreparo para eventos de crise (Bromfield, 2023; Raudla, 2021). Todavia, sob perspectiva de Brandão, Mendonça e Souza (2023), a gestão do enfrentamento à pandemia de Covid-19 no Brasil (pelo MS) ficou caracterizada por medidas negacionistas fortemente orquestradas pela Presidência, que culminaram em consequências, tais como: rotatividade de ministros da saúde, colapso da rede assistencial, fragilização das relações interfederativas, morosidade na vacinação, descaso com a ciência, frágil estratégia de testagem e distribuição de insumos, militarização da saúde, opacidade das informações em saúde, casos de corrupção, entre outros. O principal desfecho desta atuação pode-se resumir nas estatísticas de casos e óbitos por Covid-19 no Brasil.

A reestruturação de sistemas de saúde exige transformações efetivas nas práticas de cuidado e no funcionamento das organizações hospitalares, que devem estar articuladas com os demais serviços que os compõem, como a RAS, por exemplo. Os processos pautados exclusivamente na racionalização da vida do hospital demonstram ser insuficientes para a construção de um novo hospital *do e para* o SUS; portanto, é necessária “a produção de práticas que adotem como centro o cuidado, e que pensem a gestão da clínica na perspectiva do trabalho interprofissional, da integralidade e da continuidade do cuidado” (Andreazza *et al.*, 2023, p. 3024).

A rede de saúde foi considerada nesta pesquisa como um importante recurso de apoio para o enfrentamento. Andreazza *et al.* (2023) apontaram a ausência da rede no primeiro momento da pandemia, em particular da Atenção Básica; reforçando, assim, uma cultura de centralidade do hospital, incluindo os serviços de urgência e emergência para o cuidado à saúde. Em contraponto, houve o deslocamento para ações monitoradas de vigilância em saúde em conjunto ao reforço das medidas não-farmacológicas – como o movimento “fique em casa” – e a vacinação a população, tão importantes no percurso de enfrentamento à pandemia. Ademais, a Atenção Primária à Saúde

²⁷ Cita-se, como exemplo, a responsabilização por parte do governo federal pela falta do oxigênio, pois desde o dia 8 de janeiro de 2021, conforme informação da própria Advocacia Geral da União (AGU), tanto a empresa fornecedora quanto o governo do estado já haviam comunicado formalmente ao MS sobre a incapacidade de suprir a crescente demanda pelo gás. O ministro Pazuello esteve na capital paranaense no dia 11 de janeiro, em agenda de lançamento do plano de enfrentamento à Covid-19 no estado, momento em que chegou a referir que dispunha ciência do problema, entretanto não tomou nenhuma medida para evitar o caos, sendo apenas enviadas pequenas remessas de cilindros do gás em voos da força aérea brasileira (Brandão; Mendonça; Souza, 2023).

(APS) também precisou se (re)organizar para fluxos de atendimento a pacientes com Covid-19 (Arnaldo *et al.*, 2023).

Os insumos e disponibilidade de equipamentos essenciais para o suporte à vida dos pacientes, como os VM, também incitou uma (re)organização. Este problema foi enfrentado por todo o país, sendo uma situação demonstrada em muitos estudos que denotam os desafios da gestão em lidar com a escassez de recursos financeiros e materiais, diante de uma crise, e a necessidade da criação de alternativas resolutivas como a produção em série desses equipamentos (Barbosa, 2020; Costa; Merchan-Hamann, 2016; Moreira, 2020).

Entre outros avanços referentes ao período de 2019 a 2022, o CHC/UFPR conquistou a sustentabilidade financeira, o que facilitou o comprometimento de toda a comunidade do Complexo na busca pela normatização, controle e fortalecimento da cultura de gestão pública. Esta foi a receita que, em 2020, viabilizou a capacidade de adaptação para, em poucos dias, reorganizar o atendimento à sociedade paranaense na luta contra a pandemia da Covid-19 (Ebserh, 2022).

Devido à complexidade da estrutura físico-funcional e da diversidade de recursos humanos e materiais especializados necessários ao seu funcionamento, um hospital requer um alto e constante investimento financeiro, o qual, muitas vezes, ultrapassa os lucros e gera desafios para sua sustentabilidade (Mozachi; Souza, 2017; Silva *et al.*, 2019). Os entraves financeiros apontados nos achados estiveram relacionados aos recursos financeiros existentes diante do material/produto/insumo reduzido ou mesmo indisponível no mercado; além dos processos se tornarem menos ágeis face às particularidades dos hospitais públicos no processo de compras.

No início de 2021, em diversos estados do País, ocorreu um colapso generalizado do sistema de saúde pelo alto número de casos e internações. No estado do Amazonas a situação se tornou ainda mais crítica pelo desabastecimento de oxigênio nas unidades hospitalares, levando um grande número de pessoas a agonizarem asfixiadas pela ausência ou pela redução do fluxo do gás que lhes era fornecido, na tentativa de economizá-lo. Tal fato levou 19 pessoas à morte em uma só noite (entre 13 e 14 de janeiro de 2021), sem contar a grande quantidade de pessoas acometidas com sequelas permanentes por hipóxia (Brandão; Mendonça; Souza, 2023). Sem dúvidas, as experiências vivenciadas a partir de tal recurso (ou da falta dele) e suas consequências, foram legados negativos à saúde.

O CHC/UFPR teve casos de óbito; no entanto, foram muito menores se comparados aos índices nacionais. Houve a preocupação em revisar a disponibilidade de gases medicinais, adequar

a rede elétrica e adquirir novos geradores para aporte ao elevado número de equipamentos (Bernardino *et al.*, 2021; Binder; Torres; Elwell, 2021), sendo positivo que o hospital não tenha sofrido colapsos refletidos na assistência em razão destes recursos.

Sem esgotar a importância dos demais elementos que ficaram explícitos para esta categoria e, embora mencionado no início da discussão, a pesquisadora toma a liberdade na retomada do comitê de crise como resposta a pandemia Covid-19. A reflexão reside em relatos de participantes sobre a não inclusão de profissionais da assistência às discussões que fundamentaram tomadas de decisões pelo comitê de crise. Para dar margem à discussão, é imperativa a questão: “a assistência deve ser inserida na tomada de decisão?”.

Um estudo qualitativo dinamarquês, trouxe importantes reflexões quanto a experiências dos gerentes de distritos durante a crise da Covid-19. Considerou que a (in)experiência dos gestores de enfermaria resulta na sua incapacidade de liderar de forma autêntica e competente em uma crise como a da pandemia da Covid-19, e pode ocorrer falta de envolvimento, com consequências graves aos pacientes, ao pessoal e aos próprios gestores de enfermaria (Hølge-Hazelton *et al.*, 2021). Destarte, os mesmos autores apontam que as culturas organizacionais tradicionais, que são hierárquicas e controladoras, precisam ser desafiadas e reorientadas para práticas colaborativas, inclusivas e participativas de envolvimento. O desenvolvimento da liderança deve ser componente estabelecido e integrado das organizações, para que os gestores dos distritos sejam capazes de sustentar formas de ser e de fazer centradas nas pessoas em tempos de crise (Hølge-Hazelton *et al.*, 2021).

Há uma preocupação histórica das organizações de saúde em estabelecer um modelo de gestão em saúde que traduza a ideologia mais adequada ao processo de trabalho de seus integrantes (Sze *et al.*, 2019). Uma vertente dos modelos de gestão em saúde enfoca nos melhores resultados operacionais, os quais, embora adequados clinicamente e seguros aos protocolos assistenciais, podem não ser suficientes para melhoria dos indicadores de qualidade. As atividades gestoras da enfermagem abrangem a gestão e o cuidado, havendo intensa capilaridade entre ambas as dimensões, sendo potencializadoras/potencializadas para a consecução dos objetivos organizacionais e importantes mediadoras dos processos de produção de cuidado (Mintzberg, 1995; Silva *et al.*, 2021).

A literatura mostra uma diversidade de Modelos de Gestão, reconhecendo a centralidade dos modelos hegemônicos da Administração Científica e Clássica na Organização dos cuidados

em Enfermagem e Saúde, mas também modelos que estão ganhando discussões por centrar-se na melhoria do cuidado, na eficiência dos serviços e nos custos hospitalares (Silva *et al.*, 2021). O estudo de Eduardo (2016) a respeito dos modelos de gestão de hospitais federais, por exemplo, propõe que os objetivos sejam explicitados aos membros da organização e que tais objetivos produzam/reproduzam práticas gestoras e de cuidado condizentes com a missão, a visão e os valores da organização.

O CHC/UFPR caracteriza-se por uma organização hospitalar com dinamicidade no que se refere aos modelos gerenciais. Desde 2002, buscou implementar uma gestão baseada em Linhas de Cuidado, objetivando a descentralização da gestão e caráter democrático. O novo desenho organizacional adotou a uma lógica de trabalho em equipe, do que por profissão, substituindo um desenho de relação hierárquica, tradicionalmente vertical, por uma relação em forma circular, promovendo um achatamento e uma inter-relação livre e no mesmo nível das hierarquias (Bernardino; Felli, 2008).

Com implantação em 2017, anterior à pandemia, o Modelo CHC de Gestão de Altas, inclusive, se configurou um importante aliado no planejamento de ações que viabilizassem um contexto de autorregulação, atendimento ao perfil de pacientes clínicos com múltiplas comorbidades e de difícil manejo, como foi o perfil de pacientes Covid-19 (Bernardino *et al.*, 2022).

Foram muitos os pontos fortes nesta categoria. Em conjunto aos recursos essenciais, alvitra-se a agilidade na vacinação dos profissionais da linha de frente, também como um elemento positivo e fortalecedor para a estrutura do CHC. Mundialmente, entre outros aspectos, os desafios hospitalares para a gestão da pandemia Covid-19 estiveram relacionados com recursos humanos e logísticos, finanças e orçamento, questões psicológicas e prevenção de infecções (Chetterje, 2020; Bernardino *et al.*, 2022; Mohammadinia *et al.*, 2023), todos elementos que compõem estruturalmente uma organização. Estes fatores afetam o contexto no qual os cuidados são prestados, podendo implicar em problemas identificados no processo da organização (Donabedian, 2001; D'innocenzo; Adami; Cunha, 2006).

Quanto ao ensino como missão do CHC, apresentou-se frágil à comunidade acadêmica, apontada como alheia ao enfrentamento da pandemia. Em contrapartida, a pesquisa ficou evidente na participação de estudos clínicos na busca de medicamentos e vacinas para o combate da Covid-19. Em um período em que se dispunha somente de recomendações não farmacológicas como

estratégia de mitigação; assumir um papel de contribuição para o desenvolvimento de medicamento/vacina foi um aspecto que potencializa o papel de um hospital federal, na sua missão em pesquisa, como foi o caso do CHC.

O CHC enfrentou desafios em termos estruturais relacionados às tomadas de decisões em tempo real aos acontecimentos e centralizadas no comitê de crise, garantia da segurança do cuidado e do cuidador, provisão dos recursos face à escassez de materiais no mercado, como EPIs (superfaturados) e medicamentos anestésicos. Também foram desafiadores o alinhamento dos interesses e das preocupações de todas as partes, a saber: na relação gestão *versus* intra-hospitalar; assistência em interface ao ensino e pesquisa como elementos da sua missão; o trabalho em rede (extra-hospitalar), embora evidenciada potencialidade, constituiu-se de desafio no sentido de atender a uma demanda específica, em volume tão significativo, com lacunas das quais precisaria se recompor, uma vez refletidas no processo em uma perspectiva donabediana.

6. 2 PROCESSO

Além de lidar com mudanças estruturais, os hospitais utilizaram reformas processuais e funcionais (Mohammadinia *et al.*, 2023), imbricados ao *modus operandi* dos profissionais. É oportuno lembrar que o processo de trabalho em saúde se traduz na maneira como os profissionais de saúde geram os serviços, individualmente ou em grupo, mediados por tecnologias, por normas e por máquinas, apontando o cotidiano do trabalho (Peduzzi; Schraiber, 2009).

O processo é um componente que diz respeito às ações realizadas por profissionais e usuários ao oferecer e receber cuidados, respectivamente (Donabedian, 1988). Toda a série de atividades que ocorrem entre os envolvidos geralmente resultam em registros escritos. Para a primazia da qualidade, a organização poderá avaliar o seu processo por meio de exame desses registros, bem como por intermédio de observação direta (Castro, 2000). O cuidado direto ou a gestão do cuidado (Bernardino *et al.*, 2021), nesta categoria, resultou em inúmeras elaborações/atualizações de materiais/documentos que subsidiaram condutas pelos envolvidos. Ainda mais, entende-se tal medida como uma fortaleza do CHC, além de lançar luz à importância dos protocolos, como norte para ações.

Alinhado ao exposto, evidencia-se a enfermagem, integrante da equipe, como uma potencialidade. O enfermeiro auxiliou e produziu protocolos que foram cruciais para a

sistematização de ações assistenciais e gerenciais, baseadas em evidências científicas, que serviram como apoio para toda a equipe atuante (Araújo; Comassetto, 2021; Ribeiro, *et al.*, 2021; Silva *et al.*, 2021; Thomas *et al.*, 2020).

Os estudos demonstraram que o uso de protocolos atualizados sobre os mais diversos assuntos que envolvem a gestão e a assistência foram essenciais para guiar os profissionais de saúde sobre as condutas a serem aplicadas em pacientes com Covid-19 (Paula *et al.*, 2020; Vianna *et al.*, 2022). Uma estratégia pensada como um canal de comunicação entre profissionais foi a disponibilização das padronizações em um site exclusivo para tal fim, propiciando o acesso pelos profissionais de saúde a cada atualização e, assim, mantendo toda a equipe informada sobre a evolução do manejo e os cuidados em relação à doença da Covid-19 (Oliveira *et al.*, 2020).

Em menção a experiências anteriores e/ou semelhantes ao Covid-19 para a reorganização de práticas assistenciais, cita-se a pandemia de H1N1; que, por conseguinte, pode ter sido um apoio para tomada de decisões pelos gestores. É possível perceber certas semelhanças clínicas entre as patologias. Todavia, a Covid-19 atingiu a população de forma mais grave do que o H1N1. Evidenciando esses achados, existem pesquisas comparando o efeito epidemiológico e clínico entre a Covid-19 e a H1N1, demonstrando que a Covid-19 possui alta taxa de transmissão, que supera a do vírus da Influenza. No conjunto, os pacientes infectados pelo vírus Sars-CoV-2 permaneceram mais tempo internados, necessitando de VM, além de se apresentarem os casos mais graves (Costa; Merchan-Hamann, 2016; Deng *et al.* 2022; Kant *et al.*, 2021). Um estudo paranaense também corroborou neste sentido (Oliveira *et al.*, 2023).

As ações de gestão da pandemia de H1N1 em um hospital universitário envolveram a oferta de EPIs para prevenir a elevação das taxas de absenteísmo e infecção cruzada e reforçaram a importância da educação permanente nestes momentos de crise. Assim, tais formas de intervenção são úteis para as pandemias futuras e podem agilizar o processo de enfrentamento (Souza; Agnol, 2013). Destarte, é proeminente apontar que as experiências podem implicar em *expertises* posteriores, que, por sua vez, podem levar a uma atuação profissional mais assertiva.

Num cenário de crise, pode-se considerar um ganho para o hospital ter a enfermagem, em seu maior contingente, alocados em pontos estratégicos de apoio a gestão do cuidado, assim como na linha de frente. Há indícios fortes de que a ação da enfermagem, o seu agir, como mediadora das ações interprofissionais, foi testada durante a pandemia (Andreazza *et al.*, 2023).

As epidemias anteriores na história mundial guardam algumas semelhanças no que compete a dedicação da enfermagem ao enfrentamento da situação. É oportuno enfatizar a representação de Florence Nightingale durante a Guerra da Criméia, ou em diferentes outros contextos, que a profissão se mostrou necessária na construção de novos conhecimentos, gerando resultados de impacto à defesa da saúde populacional (Backes *et al.*, 2021).

Em análise maior, os Cuidados Fundamentais (CF)²⁸ foram desdobramentos da atuação profissional. Trata-se de uma teoria que apresenta uma estrutura envolvendo ações profissionais face às necessidades essenciais da pessoa a ser cuidada. Portanto, abrangem atividades nos domínios físicos (como higiene pessoal, conforto, descanso e sono), psicológicos (como privacidade, dignidade, cuidado emocional e interação social) e relacionais (como empatia, compaixão e apoio) (Jackson; Kozłowska, 2018; Feo *et al.*, 2018).

Questões de segurança, instabilidade hemodinâmica, dispositivos, peso e posicionamento dos pacientes foram alguns dos motivos pelos quais os cuidados fundamentais foram preteridos em favor dos cuidados técnicos realizados pela equipe ao paciente Covid-19. Embora esses cuidados tenham sido limitados pela complexidade de cuidados exigidos, outros cuidados fundamentais foram explorados, pela sensibilidade gerada como o cuidado relacional, respeito às crenças e à sensibilidade sobre a situação de isolamento e morte. Foram muitas vivências, coletiva e individualmente, principalmente no âmbito da enfermagem, pois está imbricada na maior proximidade com os pacientes e familiares (Crepaldi *et al.*, 2020; Kitson *et al.*, 2023).

Muito significativo no período da pandemia, o respeito à crença esteve presente em momentos prévios à intubação associada à morte pelos pacientes Covid-19. A pandemia, além das perdas em massa em curto espaço de tempo, as dificuldades para realização de rituais de despedida entre pessoas na iminência da morte e seus familiares, bem como de rituais funerários, podem dificultar a experiência de luto. Como resultado, expressões de afeto, condolências e espiritualidade sofreram alterações e, assim, discute-se a importância de potencializar formas alternativas e respeitadas para ritualização dos processos vividos, o que parece essencial para ressignificar perdas e enfrentar desafios durante e após a vigência da pandemia (Crepaldi *et al.*, 2020).

O CF, nos âmbitos da pandemia Covid-19 e da saúde, requer reflexões estendidas. Portanto, o tema da 13ª reunião da *The International Learning Collaborative* (ILC) em 2022, realizada em Oxford, Reino Unido, pautou-se nos “Cuidados Fundamentais em Tempos de Crises”.

²⁸ Trata-se de um referencial teórico proposto por Kitson e demais autores (Kitson *et al.*, 2010; Feo *et al.*, 2018).

Na reunião, especialistas em gestão de catástrofes e pandemias, bem como enfermeiros da linha da frente e outros líderes partilharam suas experiências em lidar com a pandemia da Covid-19. Como síntese, uma declaração com a descrição²⁹ do que deve e o que não deve acontecer, tanto em tempos de crise como depois, foi elaborada visando garantir a prestação de CF seguros, de qualidade, e a saúde e o bem-estar de pacientes, famílias/cuidadores, enfermeiros e dos sistemas de saúde e de cuidados (Kitson *et al.*, 2023).

O CF, por conseguinte, requer maior aprofundamento e pesquisas futuras no cenário nacional³⁰. Por ora, o desafio para o hospital, nesta categoria, pode ser vislumbrado no cuidado intensivo e complexo ao paciente Covid-19 em situações de prona e aspiração orotraqueal. Reaprender, principalmente o manejo clínico para esses pacientes exigiu um trabalho coletivo e multiprofissional. Portanto, realizar treinamentos em tempo e, principalmente, dada a contratação de novos profissionais, pode ter sido desafiador para a equipe do Time de Resposta Rápida, ao passo que também se mostrou um potencial do CHC.

Entre as dificuldades percebidas nesta categoria, o realce é na suspensão de atividades relacionadas ao ensino e à pesquisa de graduação e pós-graduação, que pode ter sido uma ação que implicou em outras engrenagens do CHC. Porém, os hospitais universitários, tradicionalmente,

²⁹ As principais ações de comprometimento descritas para a melhoria dos CF consistiram em: 1) **garantir que os CF sejam integrados em todos os sistemas de saúde e de cuidados**; 2) **desenvolver e fortalecer as competências de liderança de força de trabalho de enfermagem**, defendendo com confiança e clareza os cuidados fundamentais centrados na pessoa. Os líderes de enfermagem estarão à mesa onde são tomadas as principais políticas de cuidados e decisões de investimento, denunciando situações em que a voz experiente e especializada do cuidador profissional (o enfermeiro) não é convidada para a mesa. Incentivo a colaboração entre líderes de diferentes especialidades e departamentos e investimento em líderes emergentes que possam “falar” na mesa onde as decisões são tomadas. 3) **co-projetar sistemas que cuidam da equipe**. Ampliar projetos de melhores práticas, como o serviço de escuta on-line que presta apoio aos enfermeiros em dificuldades. Esperamos que cada sistema de saúde e de cuidados desenvolva uma estratégia de apoio e bem-estar do pessoal, que irá gerir as experiências da Covid-19 de forma adequada, bem como começar a construir resiliência do sistema. Os sistemas de apoio ao pessoal irão atualizar a atividade de desenvolvimento profissional para garantir que a avaliação, a delegação e as competências de prestação de cuidados fundamentais centradas na pessoa sejam destacadas, bem como a formação em preparação para emergências e catástrofes. 4) **melhorar a ciência e as metodologias em torno da notificação e medição dos CF**. Elementos de cuidados fundamentais rotineiramente não são registrados, e são registrados como falhas de segurança como quedas, lesões por pressão, infecção e constipação. É preciso mostrar o impacto positivo de obter cuidados fundamentais centrados na pessoa, o que pode melhorar a recuperação, o bem-estar e a qualidade de vida dos pacientes, e abordar positivamente a duração da estadia e os resultados fiscais. O ILC está a trabalhar ativamente com equipes de investigação internacionais para desenvolver a próxima geração de indicadores sensíveis aos enfermeiros/cuidados fundamentais, que possam tornar-se parte das medidas recolhidas rotineiramente para definir e descrever as interações de qualidade dos cuidados. E, 5) **aproveitar a crise pandêmica da Covid como uma oportunidade para uma mudança transformacional em respeito, compreensão e prestação de CF** (Kitson *et al.*, 2023).

³⁰ No percurso desta tese foi elaborado, em conjunto ao grupo de pesquisa desta linha, o manuscrito intitulado: “Assistência de enfermeiros ao paciente hospitalizado face à pandemia covid-19 à luz do cuidado fundamental”, integrado ao mesmo projeto desta tese. Foi submetido e encontra-se em processamento editorial na revista Texto & Contexto de Enfermagem.

caracterizam-se por figurarem na vanguarda da realização de pesquisas e no desenvolvimento de tecnologias em saúde. Desse modo, mesmo no início do período pandêmico, foi possível perceber o comprometimento do CHC, assim como outros hospitais federais, com a produção de novos conhecimentos sobre Covid-19 (Santos *et al.*, 2020).

Outros hospitais federais destacaram-se em ações que vão ao encontro dos achados desta pesquisa: suspensão e/ou adiamento de consultas e atendimentos ambulatoriais, restrição e/ou suspensão de visitas; e suspensão e/ou adiamento de cirurgias eletivas, na assistência. Na gestão, as principais estratégias foram capacitação de profissionais para o manejo da Covid-19, contratação emergencial de profissionais da saúde e oferta de atendimento psicológico para os trabalhadores.

Na extensão, a principal frente de atuação foi a elaboração de materiais educativos sobre medidas de prevenção. Na missão do ensino e pesquisa, houve suspensão de atividades relacionadas à graduação e pós-graduação, porém tiveram início novos projetos de pesquisa relacionados à Covid-19 (Santos *et al.*, 2020). Na contramão das perdas, sobressaíram as residências médicas, em especial da infectologia, a qual adquiriu importante *expertise* com a pandemia. E, portanto, foram menos prejudicadas no *roll* de missão ensino do hospital.

A contribuição da residência também foi detectada na Atenção Primária. Foi reafirmado o papel estratégico das residências em saúde articuladas ao SUS, pois qualificaram e inovaram a capacidade de resposta na prevenção e no tratamento da Covid-19; de modo a compreender, ainda, o desenvolvimento dos programas na pandemia, os desafios e potencialidades encontrados e oportunizando espaço de registro da memória desse fenômeno (Felipe *et al.*, 2023).

Muitos profissionais vinculados ao CHC também estavam desenvolvendo suas pesquisas em programas de Pós-Graduação e, dada a demanda e sobrecarga de trabalho, precisaram pausar suas produções; podendo ser desvelado um importante desafio direto aos profissionais, a dupla jornada: trabalhador-pesquisador, em outros vértices, apontado como carga tripla: profissional, familiar e educacional (Vieira; Amaral, 2013)³¹, cuja existência pode ser apontada como lacuna que requer discussões maiores e posteriores, no âmbito profissional, organizacional e acadêmico.

³¹ O estudo de Vieira e Amaral (2013), intitulado “A arte de ser Beija-Flor na tripla jornada de trabalho da mulher” fornece importantes reflexões sobre a temática, que pode ser vislumbrada em um cenário pós-pandemia.

6. 3 RESULTADO

Importante ganhos, perdas e desafios ficaram explícitos para o CHC como resultado do enfrentamento proposto pelos gestores. A mais grave crise sanitária dos últimos 100 anos provocou profundas mudanças e testou a resiliência dos serviços e sistemas (Andreazza *et al.*, 2023), desnudando as fortalezas e fragilidades do SUS (Massuda *et al.*, 2020).

É preciso salientar que este papel pode ter estreito vínculo às fragilidades da organização do sistema de saúde proposto em redes, o que pode ser um fator determinante para se ter os hospitais como primeira escolha do usuário, mediante suas necessidades de cuidados à saúde e que enaltece um modelo biomédico e hospitalocêntrico (Borsato; Carvalho, 2021) na contramão do que se vem buscando. A APS ter se organizado para o enfrentamento somente um tempo depois no percurso da pandemia (Massuda *et al.*, 2020) pode ter contribuído neste sentido. É válido ponderar, no entanto, que mesmo países com sistemas de saúde bem-estruturados colapsaram em razão do rápido aumento de demanda por internações em UTI (Legido-Quigley *et al.*, 2020).

Embora o CHC tenha buscado garantir a segurança dos profissionais, foi substancial a perda, no sentido de casos de óbitos, como mencionado pelos participantes, desfechos pós contaminação Covid-19 em sua própria saúde e, sobretudo, as sobrecargas física e psicológica. O bem-estar pessoal e o profissional dos trabalhadores da saúde ficaram afetados em razão do “[...] contato diário com a doença, a morte, carga de trabalho exaustiva e mudança da rotina profissional. Entre as alterações na vida cotidiana, perturbação do sono, irritabilidade/choro/distúrbios gerais e incapacidade de relaxar/estresse” (Machado *et al.*, 2023, p. 2972).

Para Donabedian (1993), a satisfação e expectativa de profissionais devem ser elementos considerados pela organização. Nesta pesquisa, ficou explícita a sobrecarga de trabalho vivenciada pelos profissionais do hospital. Um ponto forte para o CHC, foi que, apesar de tudo, somente se teve óbito de um funcionário e todas as medidas foram tomadas para minimizar os riscos. Coaduna à literatura, os dados sobre a extensa sobrecarga de trabalho que ocorreu devido aos afastamentos de funcionários pertencentes aos grupos de risco e infectados pela doença, pela superlotação das unidades e pelo aumento da carga horária de trabalho. Por conseguinte, as condições de trabalho se deterioraram, já que a sobrecarga gera desgaste profissional, risco de prejuízo na qualidade da assistência e aumento dos afastamentos por outras doenças além da Covid-19 (Reis *et al.*, 2020; Vianna *et al.*, 2022). Sob a ótica donabediana, portanto, se há fragilidade neste recurso, é possível

que existam prejuízos para o nível de segurança do paciente como resposta (Ferreira *et al.*, 2021; Papacosta *et al.*, 2020).

Não houve um planejamento sanitário prévio para o enfrentamento da pandemia, tudo foi novo e abrupto. Hoje tem-se uma visão mais clara das complexas manifestações clínicas do vírus e da doença, bem como das opções de conduta clínica. O que se teve foi uma calamidade sem precedentes, cujos danos e efeitos ainda estão sendo estimados (Machado *et al.*, 2021). O hospital foi respondendo a cada fase, ou ondas Covid-19 e seus desdobramentos, com condutas mais assertivas dado o conhecimento que foi adquirindo.

O período pós-Covid-19³² pode ser um dos efeitos. As sequelas pós-Covid-19 foram descritas por volta de 2020, mediante presença de sintomas posteriores à fase aguda da doença (Salci; Facchini, 2021). Tais quadros foram denominados de pós-Covid-19, ou síndrome pós-Covid-19 ou Covid-19 longo (Wu, 2021).

O contexto dos pacientes diagnosticadas com Covid-19, após a alta, incitou estratégias que fossem pensadas para seus acolhimentos. Neste período, uma importante força para o CHC foi o telemonitoramento pós-alta hospitalar e o acompanhamento do público em condições crônicas (ou agudização) desassistida, com a criação do ambulatório, além do trabalho constituído em linha de cuidado para pessoas com Covid-19. A linha de cuidado incluiu a triagem inicial, o atendimento em Unidades referenciadas, enfermarias e UTIs. A alta foi contrarreferenciada pelo serviço de gestão de altas do hospital para acompanhamento no ambulatório destinado ao atendimento pós-Covid-19 (Bernardino *et al.*, 2021).

Um estudo utilizou o modelo donabediano para triagem de pacientes em departamentos de emergência nos Estados Unidos. A estrutura representava políticas de triagem, especificamente para qualificações de enfermeiros em triagem, educação do sistema de triagem e monitoramento da qualidade da precisão das decisões de triagem em departamentos de emergência (Worth *et al.*, 2019). No contexto pandêmico, utilizar o modelo donabediano pode auxiliar em situações de crise: um efetivo gerenciamento na triagem hospitalar evidencia-se imprescindível às demandas percebidas.

Somado ao exposto, aponta-se o gerenciamento de leitos, gestão da clínica, discussão de casos entre equipe multidisciplinar, ações da educação permanente em saúde e enfermeira

³² Neste estudo, reforça-se que o uso do termo “pós-Covid-19” não se limita às sequelas relacionadas à Covid-19, mas diz respeito, também, ao período cronológico da doença.

responsável pela coordenação de altas, como estratégias para a continuidade do cuidado (Belga, Jorge, Silva, 2022). O CHC criou mecanismos eficientes de contrarreferência dos pacientes internados, investindo na gestão da alta hospitalar com a introdução do papel da Enfermeira de Ligação, como ponte para o cuidado dos pacientes pós-alta nos pontos das RAS do território e, operacionalizadas como apoio no período pandêmico (APSRedes, 2023).

Nisto, reconhece-se que, apesar das perdas, o CHC obteve importantes ganhos diante da crise instaurada. Um sistema de saúde universal, integral e gratuito passou a ser reconhecido de maneira inédita no Brasil (Massuda *et al.*, 2020), o que pode ter lançado luz ao fortalecimento do papel social do CHC como hospital público e gratuito para a população. É preciso assentir que, com a estrutura que comportou, da forma como organizou os seus processos, o paciente Covid-19 foi atendido.

Muito embora o cenário epidemiológico exigisse um desempenho maior dos serviços no hospital, somado ao que já se tinha de micro-organismos multirresistentes como desafios de outrora, sobressaiu-se o fato de que houve toda uma força-tarefa de trabalho em equipe no cenário. A resiliência dos trabalhadores em serviços de apoio para a gestão do cuidado mostrou a importância de buscar, na pesquisa, ferramentas para aprimorar as suas competências, isto é, estudar sobre muito em tão pouco tempo dispendido para tal. *Expertises* na gestão do cuidado, de gestores e de lideranças na assistência, multiárea, foi uma potencialidade para a instituição.

É incomensurável que tais aspectos possam, em certo sentido, exercer influência na mudança das condições de saúde do público atendido. O objetivo dos cuidados pode ser a cura da doença ou a interrupção de sua progressão, a restauração da capacidade funcional ou o alívio da dor e do sofrimento, além, é claro, da satisfação do paciente, o sucesso dos cuidados; e, portanto, a qualidade poderá ser medida pelo alcance destes resultados; e, evidentemente, além dos aspectos físicos e fisiológicos, considerar a melhoria social e psicológica do paciente. Com a pandemia, os serviços visualizaram uma séria ameaça à segurança do paciente, que evidenciou a nudez e fragilidade mediante atributos importantes da qualidade em saúde; entre os quais, destacam-se: “Adequação, Segurança, Acesso/Oportunidade e Efetividade” (Pessoa *et al.*, 2022, p. 6).

Não foi o foco desta pesquisa quantificar os resultados obtidos em termos de indicadores de gestão e assistenciais. No entanto, é oportuna a menção aos dados quando os relatos evidenciaram aspectos que levam à construção dos indicadores, a título de exemplos: número importante de cancelamento cirúrgico (eletivas); indicadores voltados à saúde do trabalhador;

número e giro de leitos para alocar o paciente Covid-19 e, portanto, taxas de ocupação hospitalar e tempo de permanência no hospital.

Na assistência, o aumento quantitativo de micro-organismos multirresistentes foi evidente, corroborando ao estudo de Tangerino e colaboradores (2022), ao mostrar a elevação nos índices de Iras, com disseminação de bactérias multirresistentes durante a pandemia. Outra semelhança esteve relacionada à lesão por pressão (LPP), percebida em maior volume em pacientes infectados pelo vírus Sars-CoV-2, podendo ter relação com o comprometimento que o vírus causa no sistema cardiovascular e pele (Montgomery *et al.*, 2022), e procedimentos realizados para a melhora do quadro como o posicionamento do paciente em decúbito de prona (Mota *et al.*, 2021).

No decurso dos impactos negativos, por outro lado, observou-se a aquisição de equipamentos tecnológicos complexos em momento oportuno, que puderam ser elementos facilitadores para contribuir na condição de saúde dos pacientes com Covid-19, face à agilidade no acesso, igualmente contribuindo às condutas clínicas mais contundentes pela equipe. Ademais, importante parte dos relatos mencionaram a enfermagem em ganhos de espaços em contraste às lições aprendidas. Os enfermeiros desta área, para além da linha de frente, estiveram alocados em pontos estratégicos em cargos de gestão no CHC/UFPR, assim como integraram o próprio Comitê de Crise.

Considerando as publicações que versam sobre o protagonismo da enfermagem, como um maior contingente hospitalar, por exemplo, traduzidos também em aplausos (Kitson *et al.*, 2023) e bonecos de “super-herói”, inexoravelmente inquietam, pois, afinal, o que é “crescer/ser visível” na pandemia Covid-19? Em que medida a visibilidade foi alcançada ou retida? A pretensão da pesquisadora não é responder factivamente, mas lançar luz à necessidade do debate, visto como desafio posto à organização por inferir em questões normativas e financeiras, e à própria categoria, ao sentir a ambiguidade: as conquistas com a pandemia (aprovação do piso salarial, por exemplo) *versus* a sua efetivação, na prática.

Em resposta às pressões postas, novos modelos de cuidado puderam ser concebidos, a saber: mudança de funções, responsabilidades e a combinação de competências; introdução de cuidados mais assistidos por tecnologia; e alargamento do papel do cuidador informal ou do assistente nos cuidados. Tais experiências requerem um olhar: o que manter e o que refinar? A necessidade de cuidados fundamentais centrados na pessoa ultrapassa a capacidade de prestação de serviços e visualiza-se o aumento desta. É, portanto, uma responsabilidade social da profissão

de enfermagem descobrir como colmatar esta lacuna de forma a garantir qualidade, segurança, integridade e boa relação qualidade/preço (Kitson *et al.*, 2023).

A respeito da *performance* profissional, as lições aprendidas versaram sobre a importância de trabalho multiprofissional e alargou a necessidade do debate constante para o interprofissional, ainda em voga.

Um estudo dinamarquês revelou que os enfermeiros afirmavam não se sentirem parte das tomadas de decisões sobre as condutas em relação à Covid-19, visto que a gestão não estimulava o engajamento com os profissionais de enfermagem, trazendo uma sensação de falta de reconhecimento. Além disso, a falta de educação gerencial formal demonstrou que alguns dos gerentes não foram capazes de lidar com a situação como gostariam. Traz-se à tona que, não somente a habilidade em procedimentos técnicos devem ser pauta da educação permanente, mas, concomitantemente, o desenvolvimento de competências gerenciais (Hølge-Hazelton *et al.*, 2021).

Para além da enfermagem, médicos, psicólogos, saúde ocupacional, fisioterapeutas, farmacêuticos, odontólogos, nutricionistas e assistentes sociais foram profissionais que precisaram que suas categorias fossem ampliadas no quadro profissional. Junto da equipe já atuante, buscaram desenvolver o seu potencial, sendo um ganho para qualquer organização. Esse potencial contornou a perspectiva multidisciplinar sobre a patogênese de um novo coronavírus (Yi *et al.*, 2022), até o “espírito de pertencimento” na forma de mobilização da equipe de saúde hospitalar.

Em consonância, o CHC mostrou-se articulado em competências profissionais, sendo da área assistencial, técnica e administrativa, com o propósito de produzir soluções para a superação dos desafios da gestão de hospitais. Primordialmente, o trabalho em equipe foi ferramenta de gestores para o planejamento e a organização dos serviços, uma vez desafiados a gerenciar os processos institucionais dentro de uma crise mundial (Rigotti *et al.*, 2022).

Há de se considerar, ainda, que o CHC, como hospital de referência, já atendia pacientes complexos oriundos da rede. Ambientes com alta densidade tecnológica, com a concentração de equipamentos e instrumentais médico-hospitalares (tecnologias duras), trazem consigo os desafios ligados à qualificação profissional (Lima; Jesus; Silva, 2018).

O *fazer* técnico-assistencial com concentração de saberes e tecnologias em um hospital permitem que a oferta de pessoal também desenvolva conhecimentos, expressando, portanto, uma oferta de cuidados condizentes ao perfil da clientela atendida. Destarte, este *fazer* com *expertise* anterior e otimizada, adicionado ao atendimento rotineiro de pacientes complexos, foi oportuno

aos resultados do CHC diante da crise; com a colaboração multiprofissional aprendida, expertise, sensibilidade e mobilização diante da crise instaurada, como valorosos ganhos para o hospital.

No âmbito da pesquisa, as publicações sobre a pandemia foram ferramentas empreendidas no reforço de condutas pelos profissionais. Embora existissem poucas produções iniciais sobre Covid-19, à medida que novas descobertas foram acontecendo e foram publicadas, no cerne de pesquisa científica, foi sendo consumida pela prática assistencial, oportunizando “voz” para a Prática Baseada em Evidência³³.

São várias as razões pelas quais os profissionais, em muitas áreas da prática, não consultam evidências científicas; por vezes, atitudes individuais desfavoráveis e normas sociais adotadas por seus pares desencorajam os praticantes na adoção de tais buscas (Schneider; Pereira; Ferraz, 2020). Barreto e colaboradores (2021) corroboram ao destacar a importância de frequentemente consultar pesquisas atualizadas sobre o curso da doença Covid-19 e de compartilhar as informações e experiências entre as equipes. Logo, a mesma situação foi percebida no cenário deste estudo.

Os desafios que preponderam resultantes da reestruturação pelo CHC contornam estratégias a serem pensadas e implementadas para o pós-Covid-19 diante do que foi perdido. Cabe aos gestores o enfrentamento aos problemas colaterais na assistência, o desgaste da força de trabalho em saúde (física e emocional) e da infraestrutura hospitalar e o atraso dos procedimentos de saúde considerando suas suspensões eletivas, junto de questões que requerem discussões ampliadas no bojo ético-assistencial. Os cuidados de fim de vida, por exemplo, prestados em casa e por enfermeiros, duplicaram na Covid-19 e, cada vez mais, foram deixados a dar continuidade aos cuidados àqueles apontados como “os esquecidos” (Kitson *et al.*, 2023): embora domiciliar, é intrínseco os desdobramentos para o papel do CHC integrado à rede, neste aspecto.

Outrossim, o CHC, no seu papel de co-formador profissional (Ebserh, 2022), precisa pensar estratégias para o que se perdeu no ensino. Como o mercado está respondendo em termos de qualificação profissional pós-pandemia? Quais os reflexos disto *no e para* o hospital?

Alguns países permitiram que os estudantes fossem promovidos durante uma crise para ajudar o seu sistema de saúde, enquanto outros utilizaram procedimentos de avaliação alternativos

³³ O termo “baseado em evidências” foi originado nos anos 1990, proveniente da medicina, embora hoje seus princípios se estendam por disciplinas tão variadas quanto enfermagem, odontologia, educação, serviço social e políticas públicas. Trata-se de uma abordagem que associa a melhor evidência científica disponível, com a experiência clínica e a escolha do paciente para auxiliar na tomada de decisão (Sackett *et al.*, 2003).

para ajudar os estudantes a obterem os seus diplomas (Shenoy; Mahendra; Vijay, 2020; Birmingham *et al.*, 2023). O CHC optou por assegurar o mínimo de contágio possível para o cenário que se tinha; no entanto, a suspensão de todas as atividades acadêmicas foi uma decisão extrema. Seus valores abrangem o comportamento ético, o compromisso com o ensino e pesquisa, a gestão participativa e sustentável, humana, segura e qualitativa (Ebserh, 2022). Portanto, agora cabe fortalecer propostas em torno de educação permanente em conjunto ao ensino formal alusivos à formação e qualificação de novos profissionais (e àqueles já inseridos) para a prática.

7 PRESSUPOSTOS DESCRITOS E A RATIFICAÇÃO DA TESE

As proposições teóricas foram fio condutor para o desenvolvimento e análise desta pesquisa. Os resultados alcançados possibilitaram ratificá-las e aprimorá-las de modo a não findar as reflexões em suas essências.

À luz do referencial teórico proposto – Estrutura, Processo, Resultado, de Donabedian –, retoma-se que as medidas estruturais são descritas como características do espaço onde ocorre um atendimento, incluindo arquitetura e disponibilidade de equipamentos e demais recursos necessários; as medidas de processo incluem a prestação de cuidados aos pacientes e os fluxos de trabalho neles abrangidos; e as medidas de resultados descrevem os efeitos dos cuidados de saúde nas populações (National Health Service, 2021). Considerando que tais aspectos foram explanados nos achados desta pesquisa, no que concerne ao enfrentamento do CHC reorganizado para tal, valida-se a proposição *a) A reestruturação do hospital engloba a sua estrutura, seus processos e os resultados.*

O tripé de missão do CHC/UFPR foi evidenciado. Identificou-se e foi possível elencar como (mapeio e direcionamento de recursos prévios no hospital, somados àqueles de previsão e provisão necessária); para quem (a população, sobretudo, pessoas com necessidades de cuidado Covid-19 e profissionais do hospital); de quem (apoio técnico externo, sobretudo interno, enaltecendo serviços já consolidados no hospital, de modo a visibilizar suas importâncias para a engrenagem hospitalar); o quê (protocolos, fluxos que nortearam dinâmica de atendimento para os profissionais atuarem, por exemplo); principais ganhos e/ou fortalezas, fragilidades, forças, além das perdas, e desafios com implicações futuras, vivenciados no percurso da reestruturação.

Tais aspectos compuseram o âmbito assistencial do CHC, da academia e programas de residências imbuídas ao ensino, além de contribuir com pesquisas na busca por vacinas e medicamentos de combate à Covid-19, desde o início e com a retomada gradual em pesquisas de outros escopos. Destarte, embora mais presentes em certos componentes da estrutura, processo e resultado, quando comparado ao todo, o ensino e a pesquisa incutiram-se na missão do CHC. Valida-se, portanto, a proposição: *b) considerando a sua missão de assistência, ensino e pesquisa, o CHC tem o compromisso de contribuir com estratégias diversas em cenários incertos para o gerenciamento de crise.*

Os dois pressupostos mencionados resenham um impacto do papel do CHC para a população. *C) considerando o impacto do CHC/UFPR na assistência para a cidade de Curitiba e região metropolitana, seja no volume de atendimentos, serviços ofertados para a rede e parceria com os gestores estaduais e municipais, espera-se que ele seja uma referência para outros serviços de saúde no que se refere à gestão do cuidado diante de situações incertas como foi a pandemia Covid-19.* Dada sua referência ao município, o hospital se reorganizou e atendeu a demanda, atuou no descompasso da organização mediada pelo governo federal. Embora com cirurgias eletivas em pausa, com desdobramentos como aumento gargalos na fila de espera, manteve uma carta de serviços em termos de especialidades, adquiriu novos leitos, renovou parque tecnológico e vem planejando e implementando estratégias para mitigação dos reflexos da pandemia.

No dia 5 de maio de 2023, em Genebra, Suíça, foi declarado pela OMS, o fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (Espii), referente à Covid-19, por decisão do diretor-geral da OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, diante do novo cenário compreendido. Entretanto, como frisado pelo mesmo, o fim não significava o cessar da Covid-19 como uma ameaça à saúde. Conforme citou “O que essa notícia significa é que está na hora de os países fazerem a transição do modo de emergência para o de manejo da Covid-19 juntamente com outras doenças infecciosas” (Opas, 2023). Em complemento, Jarbas Barbosa, diretor da Opas, incita a importância de fortalecer a vigilância e a vacinação, além de apresentar que “Também é hora de nos concentrarmos em nos preparar melhor para futuras emergências e reconstruir melhor para um futuro mais saudável e sustentável” (Opas, 2023). Em última análise, *d) A sistematização dos resultados poderia permitir generalizações e contribuir para um modelo futuro,* como último pressuposto nesta pesquisa, com uma proposta representada com principais aspectos para um contingenciamento a pandemias, ganha o seu sentido.

Ante ao exposto, ratifica-se a tese de que *“Houve uma reestruturação do Complexo Hospital de Clínicas no que concerne a estrutura, processo e resultado para o enfrentamento da pandemia Covid-19 com influência no ensino, na pesquisa e assistência no hospital com potencial para propor um modelo de contingenciamento a pandemias”.*

8 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Reconhece-se como fator limitador deste estudo a realização da investigação em apenas uma instituição, com abordagem voltada apenas a uma determinada realidade. No entanto, como estudo de caso, dada a fonte de experiências e em caráter multiprofissional de serviços de apoio administrativo até a linha de frente participativa, avalia-se que o objetivo proposto foi alcançado, sem desmerecer a profundidade teórica que emergiu dele.

Ainda, no âmbito metodológico, adaptada para a modalidade online, pode ter implicado na abstração de aspectos que, talvez, surgissem de modo diferente presencialmente. À exemplo, as impressões da pesquisadora direcionadas ao contexto das entrevistas, ao passo em que, por modo observacional desenhada *a priori*, permitiria à pesquisadora estar imersa no cenário do estudo. Pondera-se, ainda, que os dados oriundos de documentos foram utilizados em período próximo de sua elaboração, fato que pode ter implicado em atualizações posteriores pelos profissionais do hospital.

No que tange ao referencial teórico utilizado, em termos de satisfação e expectativas, como um componente da tríade donabediana, seria pertinente que também houvesse a sua análise sob perspectiva do paciente e do discente/docentes para maior apropriação da missão de ensino. No entanto, dadas as condições pandêmicas, sugere-se que estudos abordando tal dimensão sejam realizados *a posteriori*. De todo modo, foi possível detectar aspectos que responderam ao que se propunha como objetivo desta pesquisa.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que o objetivo desta tese foi alcançado, pois analisou a reestruturação do CHC/UFPR no enfrentamento à pandemia Covid-19, à luz da abordagem estrutura-processo-resultado, bem como as nuances relacionadas com o ensino, pesquisa e assistência como missão do hospital. No conjunto, em razão da reestruturação pela qual o CHC respondeu à demanda pandêmica, foram percebidos ganhos e perdas, potencialidades e fragilidades, além dos desafios empreendidos durante e com implicações futuras.

Estruturalmente, buscou-se aprimorar um contingente operacional por meio de contratação emergencial, treinamentos/capacitações, (re)alocação da força de trabalho ante a vulnerabilidade que o vírus exigia, além da otimização do operacional já existente, desde funções administrativas até linha de frente. Para viabilizar o atendimento, a infraestrutura precisou ser repensada, utilizando-se de espaços físicos já existentes e aprimorando-os.

Os recursos tecnológicos, materiais e de insumos exigiram estudos de previsão e provisão, e renovação de parque tecnológico condizentes ao perfil do público-alvo. Ao passo em que o desafio imperou na possível escassez de matéria-prima respingada no déficit destes recursos para o hospital, também contou com a agilidade na aquisição de equipamentos complexos que auxiliaria, também, em atendimentos futuros. A crise foi um motivacional no trabalho em equipe para soluções frente ao medo de possível falta de medicamentos, além do envolvimento em pesquisas para descoberta da cura para a Covid-19.

Para comportar uma estrutura de atendimento, viu-se o apoio externo empreendido no CHC. Embora no descompasso das orientações governamentais, pode recorrer à ciência como norteadora nas ações, além do financiamento, às contratações emergenciais, além de ações já vislumbrado em seu papel como ponto de atenção terciário na RAS.

Com tal estrutura, observou-se o **processo** também (re)pensado no CHC, instrumentalizado e desenhado na forma como os profissionais atuaram. Notoriamente, numa situação adversa, os profissionais na linha de frente, mesmo sensibilizados, colaboraram para atender aos pacientes dentro de uma priorização de cuidados possíveis, ainda que diante do medo da contaminação e da morte. Na gestão do cuidado, as tomadas de decisões por gestores foram categóricas diante de uma agilidade necessária. A equipe multiprofissional sincronizada, somada a uma expertise anterior, serviços já consolidados, como gestão de leitos e gestão de altas, e pré-

disposição em mobilizar ações para o atender, foram diferenciais, mesmo que desalinhado à discussão por todos (assistência-gerência) na tomada de decisão, conforme apontado por alguns integrantes.

O conjunto **resultou** na oferta de leitos e atendimento ao paciente Covid-19. Embora com procedimentos eletivos pausados respingando em população específicas desassistidas, a existência de óbitos e gravidade dos casos de pacientes com urgência a cuidados intensivos; teve-se, em contrapartida, a oferta de recursos, implicando em mudanças positivas no estado de saúde desses pacientes. O desafio incorre na atenção aos recursos desgastados após quase quatro anos da pandemia, quer sejam físicos, humanos ou financeiros, com nova estruturação e organização para o que se tem de cenário atual, como o caso das condições crônicas e o (re)assistir à população não atendida.

Assevera-se que a missão ensino e pesquisa estiveram mais evidentes em certos componentes da tríade donabediana quando comparados a outros. Embora não se atribua peso entre a missão do hospital, do ponto de vista da doutoranda, diante dos resultados, a assistência no CHC/UFPR pareceu ter sido mais comprometida pela pandemia Covid-19. O ensino formal foi apresentado como uma atuação tímida no decorrer pandêmico, com a comunidade docente alheia assistencialmente, fato que pode ter estreitado o comprometimento, ao menos sob ótica dos participantes da pesquisa. Contudo, é válido ponderar que sob outros aspectos, as atividades docentes acadêmicas em muitas realidades não foram cessadas com a suspensão das aulas. E, pouco tempo depois, também enfrentaram um desafio na sua (re)configuração de ensino com as aulas na modalidade online.

Em conclusão, é imperativo apontar que o hospital, dentro de suas condições reorganizadas, atendeu a demanda conforme o objetivo proposto pelos gestores. Percebe-se a tríade estrutura, processo e resultado operacionalizado numa engrenagem na prática, sem a qual torna ineficiente a missão de uma organização. Da forma como ocorreu, este registro contribuiu para planejar ações que possam vir a ser necessários em situações semelhantes e futuras (ou de futuros próximos) no cenário de saúde e para a sustentabilidade hospitalar, sendo um objetivo comum de muitas organizações, reforçando a relevância do uso de modelos e planos de contingência a pandemias, ou em crises instauradas em contexto hospitalar.

10 CONTRIBUIÇÕES PARA A SOCIEDADE, A ENFERMAGEM E O GERENCIAMENTO DE ENFERMAGEM

O hospital em evidência, **configurado no papel social**, fortalece a referência para acesso pela população como integrante à rede de saúde. A resiliência adotada pelo CHC angariou a segurança dos indivíduos que necessitam de atenção especializada, complexa e de acesso à tecnologia e inovação. Sob opinião expressa da pesquisadora, “Se eu me contaminar com Covid-19, quero ir para o CHC”, foi uma frase percebida nas entrelinhas pelos participantes do estudo, representando a importância do hospital na oferta de cuidados com segurança e qualidade, visada durante a pandemia.

Na **enfermagem**, o conhecimento produzido contribuiu na prática da categoria, ao explicar uma vivência e um registro histórico do hospital, que, embora a pesquisa tenha focado em uma visão multiprofissional no CHC, os achados mostraram uma enfermagem no cerne da reestruturação. Destarte, este registro pode amparar a tomada de decisão posterior por outros gestores em saúde, sobremaneira para enfermeiros alocados em posição estratégica de gestão nas organizações de saúde.

Amplia o escopo na dimensão **gerenciar/administrar** na enfermagem, no tocante ao gerenciamento/gestão de crise, tema pouco explorado em pesquisas, mesmo tendo como precursora histórica no tema em prol do cuidado despendido na crise, a autora Florence Nightingale, na guerra da Criméia. Portanto, pode fundamentar estratégias de melhorias e/ou mudanças/aperfeiçoamento para o processo de trabalho organizacional, visibilizando a gestão do cuidado. Além disso, fomenta que serviços pensem em planos de contingenciamento diante de outras crises, sejam elas epidêmicas ou pandêmicas, e que consigam institucionalizá-los numa perspectiva cultural.

O CHC, dentro de suas possibilidades, atendeu ao paciente, pensou e implementou estratégias. Sua performance poderia ser potencializada com um contingenciamento previamente disponível. Portanto, apostar na relevância de um plano de contingências, para gestores de uma organização hospitalar, pode significar salvar vidas. Os motivos são diversos, e foram vistos nesta tese em aspectos teóricos e práticos. Destaca-se, a seguir, pontos que merecem atenção.

A proteção aos pacientes e funcionários: é, sem dúvidas, uma preocupação constante de um hospital. É necessário, então, adotar medidas e estratégias que assegurem a proteção de todos.

O plano de contingências para gestores da organização hospitalar pode servir como um instrumento norteador quando situações inusitadas persistirem no ambiente organizacional.

A preparação para emergência, como desastres naturais, epidemias e pandemias, falhas na estrutura: quando a preparação é realizada, a equipe hospitalar saberá como minimizar os danos e atuar com um tempo de resposta eficaz para cada situação. A eficácia nas ações, sem dúvidas, pode ser um resultado muito mais certo.

A manutenção da continuidade operacional pode ser garantida com um plano de contingências: para organizações hospitalares, o fato de manter operações críticas, mesmo diante de fatos de calamidade, é fundamental para manutenção dos cuidados à vida. É preciso garantir estrategicamente que a continuidade operacional seja perene.

Outros elementos, como: minimização de danos; organização, controle e coordenação; atendimento às normas e legislações; melhorias contínuas e qualidade de serviços; são presentes no debate da importância de um plano de contingências para gestores de uma organização hospitalar. Portanto, é necessária a compreensão de que se trata de uma ferramenta fundamental para garantir a resiliência e a capacidade de resposta para proteção da vida, conceito presente na razão de ser de uma organização hospitalar.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Anvisa). **Nota técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 04/2020**: orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2). Brasília, DF: Ministério da Saúde, Anvisa, 2020. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+T%C3%A9cnica+n+04-2020+GVIMSGGTES-ANVISA/ab598660-3de4-4f14-8e6f-b9341c196b28>. Acesso em: 10 jun. 2020.
- ALHAMMADI, A. The neorealism and neoliberalism behind international relations during covid-19. **World Affairs**, v. 185, n., p. 147-175, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/00438200211065128>. Acesso em: 14 jun. 2023.
- ALHAMMADI, S.; BARTOLO, A. M.; BRAGA, V.; CASTELA, E.; LAHUERTA-VALLS, L.; OBWAKA, C.; RODRIGUEZ, O.; TRUMMER, F.; ULRICH, K. Covid-19: operational crisis management hospitals from a leadership perspective. **International Hospital Federation**, 30 set. 2020. Disponível em: <https://ihf-fih.org/news-insights/operational-crisis-management-in-hospitals-from-a-leadership-perspective/>. Acesso em: 1 fev. 2024.
- ALTINO, L. Com UPAs lotadas, pacientes com falta de oxigênio aguardam horas e enfrentam até tiroteio antes de transferência. **Globo** [site], G1, Extra, 22 abr. 2020. Disponível em: <https://extra.globo.com/noticias/coronavirus/com-upas-lotadas-pacientes-com-falta-de-oxigenio-aguardam-horas-enfrentam-ate-tiroteio-antes-de-transferencia-24388299.html>. Acesso em: 26 jun. 2021.
- ALVES, A. B. S. L.; MATOS, F. G. O. A.; CARVALHO, A. R. S.; ALVES, D. C. I.; TONINI, N. S.; SANTOS, R. P.; NISHIYAMA, J. A. P.; OLIVEIRA, J. L. C. Absenteísmo na enfermagem diante da Covid-19: estudo comparativo em hospital do sul do Brasil. **Texto Contexto Enferm**, v. 31, p. e20210254, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0254>. Acesso em: 30 jan. 2024.
- ANDERSON, R. M.; HEESTERBEEK, H.; KLINKENBERG, T. D; HOLLINGSWORTH, D. How will country-based mitigation measures influence the course of the Covid-19 epidemic? **The Lancet**, v. 395, p. 931-934, 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30567-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30567-5). Acesso em: 10 jun. 2021.
- ANDREAZZA, R.; CHIORO, A.; BRAGAGNOLO, B. M.; SILVA, F. F.; PEREIRA, A. L.; MAURI, L.; RODRIGUES, E. P.; FURTADO, L. A. C.; CARAPINHEIRO, G. Planned discharge and the inter-professional relationship from the perspective of the nursing actions during the Covid-19 pandemic. **Ciênc. Saúde coletiva**, v. 28, n. 10, p. 3023-3032, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320232810.11092023EN>. Acesso em: 30 vern. 2024.

ANTUNES, B. B. P.; PERES, T.; BAIÃO, F. A.; Ranzani, O. T.; BASTOS, L. S. L.; SILVA, A. A. B. S.; SOUZA, G. F. G.; MARCHESI, J. F.; DANTAS, L. F.; VARGAS, S. A.; MAÇAIRA, P.; HAMACHER, S.; BOZZA, F. A. Progression of confirmed COVID-19 cases after the implementation of control measures. *verv Bras Ter Intensiva*, v. 32, n. 2, p. 213-223, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20200028>. Acesso em: 30 jan. 2024.

APSREDES. A atuação da Enfermeira de Ligação no Modelo CHC/UFPR de gestão de altas. **APSRedes** [site], 2023. Disponível em: <https://apsredes.org/modelo-chc-ufpr/>. Acesso em: 30 jan. 2024.

AQUINO, E. M. L.; SILVEIRA, I. H.; PESCARINI, J. M.; AQUINO, R.; SOUZA FILHO, J. A.; ROCHA, A. S.; FERREIRA, A.; VICTOR, A.; TEIXEIRA, C.; MACHADO, D. B.; PAIXÃO, E.; ALVES, F. J. O.; MENEZES, G.; GABRIELLI, L. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de Covid-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. *Ciênc. Saúde coletiva*, v. 25, n. suppl. 1, p. 2423-2446, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10502020>. Acesso em: 30 jan. 2024.

ARAÚJO, A. S.; COMASSETTO, I. The nursing protagonism in the organization of health services during the COVID-19 pandemic. *Research, Society and Development*, [S. l.], v. 10, n. 1, p. e48110112014, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/12014>. Acesso em: 10 nov. 2023.

ARAÚJO, K. M.; LETA, J. Os hospitais universitários federais e suas missões institucionais no passado e no presente. *História, Ciências, Saúde*, Manguinhos, v. 21, n. 4, p. 1261-1281, 2014.

ARAUJO, P. M. C. G.; BOHOMOL, E.; TEIXEIRA, T. A. B. Gestão da Enfermagem em Hospital Geral Público Acreditado no Enfrentamento da Pandemia por Covid-19. *Enferm. Foco*, p. 192-195, 2020.

ARNALDO, J. G. S.; RADOVANOVIC, C. A. T.; MAGNABOSCO, G. T.; SALCI, M. A.; GALDINO, M. J. Q.; MARTINS, M. A.; ZULIN, A. Reorganization of the work process in primary health care in coping with COVID-19. *Cogit Enferm*, v. 28, p. e86126, 2023. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/ce.v28i0.91105>. Acesso em: 30 jan. 2024.

AVEDIS Donabedian. **EuroMediterranean Institute For Quality And Safety In Health Services** [site], s. d. Disponível em: <https://eiqsh.eu/en/avedis-donabedian/>. Acesso em: 25 jan. 2024.

BACKES, M. T. S.; HIGASHI, G. D. C.; DAMIANI, P. R.; MENDES, J. S.; SAMPAIO, L. S.; SOARES, G. L. Working conditions of the Nursing professionals in coping with the Covid-19 pandemic. *Rev Gaúcha Enferm*, v. 42, n. esp., p. e20200339, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200339>. Acesso em: 30 jan. 2024.

BARBOSA, L. D. O uso de ventiladores na pandemia do Covid-19. *Interam J Med Health*, v. 3, p. e202003052, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.31005/iajmh.v3i0.141>. Acesso em: 30 jan. 2024.

BARRETO, M. S.; MARCON, S. S.; SOUZA, A. R.; SANCHES, R. C. N.; CECILIO, H. P. M.; PINTO, D. M.; OLIVEIRA, R. T. Vivências de enfermeiros e médicos de unidades de pronto atendimento no enfrentamento da covid-19. **Rev. Baiana de Enfermagem**, v. 35, p. 1-12, jul. 2021.

BELASCO, A. G. S.; FONSECA, C. D. Coronaverus 2020. **Rev. Bras. Enferm**, v. 73, n. 2., editorial, p. 1-2, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020730201>. Acesso em: 30 jan. 2024.

BELGA, S. M. M. F.; JORGE, A. O.; SILVA, K. L. Continuidade do cuidado a partir do hospital: interdisciplinaridade e dispositivos para integralidade na rede de atenção à saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 133, p. 551-570, 2022.

BERGNER, S. The EU's Global Health Crisis Management: Past and Present. **E-International Relations**, 17 abr. 2020. Disponível em: <https://www.e-ir.info/2020/04/17/the-eus-global-health-crisis-management-the-past-the-present/>. Acesso em: 30 jan. 2024.

BERNARDINO, E.; FELLI, V. E. A. Knowledge and power necessary to reconstruct nursing after management changes at a teaching hospital. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 16, n. 6, p. 1032-1037, 2008.

BERNARDINO, E.; NASCIMENTO, J. D.; RABONI, S. M.; SOUSA, S. M. Care management in coping with Covid-19 at a teaching hospital. **Rev Bras Enferm**, v. 74, n. supl. 4, p. e20200970, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0970>. Acesso em: 10 jul. 2021.

BERNARDINO, E.; SELLETI, J. D. N.; SILVA, O. B. M.; GALLO, V. C. L.; SILVA, O. L. S.; RORATO, C. Complex clinical hospital model of discharge management: conception and implementation. **Cogit Enferm**, v. 27, p. e87463, 2022 Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.87463>. Acesso em: 30 jan. 2024.

BIERNACKI, P.; WALDORF, D. Snowball sampling: problems and techniques of chain referral sampling. **Sociol Methods Res**, v. 10, n. 2, p. 141-163, 1981.

BINDER, C.; TORRES, R. E.; ELWELL, D. Use of the Donabedian Model as a Framework for Covid-19 Response at a Hospital in Suburban Westchester County, New York: A Facility-Level Case Report. **J Emerg Nurs**, v. 47, n. 2, p. 239-255, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jen.2020.10.008>. Acesso em: 30 jan. 2024.

BIRMINGHAM, W. C.; WADSWORTH, L. L.; LASSETTER, J. H.; GRAFF, T. C.; LAUREN, E.; HUNG, M. Covid-19 lockdown: impact on college students' lives. **J Am Coll Saúde**, v. 71, n. 3, p. 879-893, 2023.

BOIN, A.; MCCONNELL, A. Preparing for critical infrastructure breakdowns: the limits of Crisis Management and the Need for Resilience. **Journal of Contingencies and Crisis Management**, v. 15, n. 1, p. 50-59, 2007.

BORGES, F. **Atuação do enfermeiro na gestão de leitos**. 2019. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2019. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/xmlui/bitstream/handle/1884/60740/R%20-%20D%20-%20FABIELI%20BORGES.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 1 fev. 2024.

BORSATO, F. G.; CARVALHO, B. G. Hospitais gerais: inserção nas redes de atenção à saúde e fatores condicionantes de sua atuação. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 26, n. 4, p. 1275-1288, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021264.10212019>. Acesso em: 31 jan. 2024.

BRANDÃO, C. C.; MEDONÇA, A. V. M.; SOUZA, M. F. The ministry of health and the management of the fight against the covid-19 pandemic in Brazil. **Saúde debate**, v. 47, n. 137, p. 58-75, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313704>. Acesso em: 30 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Educação. Anexo Portaria 21 VP - estrutura organizacional do Complexo Hospitalar de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (CHC-UFPR). **Gov.br** [site], Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 5 set. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/aceso-a-informacao/boletim-de-servico/sede/2022/anexos/anexo-portaria-21-vp-estrutura-organizacional-do-complexo-hospitalar-de-clinicas-da-universidade-federal-do-parana-chc-ufpr.pdf/view>. Acesso em: 25 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Educação. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh). Complexo Hospitalar Ebserh/MEC em Curitiba (PR) inaugura Centro Avançado de Atenção Multiprofissional Pós-Covid-19. **Gov.br** [site], 21 dez. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/comunicacao/noticias/complexo-hospitalar-cbserh-mec-em-curitiba-pr-inaugura-centro-avancado-de-atencao-multiprofissional-pos-covid-19>. Acesso em: 1 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução CNS n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 3.390, de 30 de dezembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Lei n° 13.979, de 6 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: Presidência da República, 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13.979-de-6-de-fevereiro-de-2020-242078735>. Acesso em: 30 jan. 2024.

BRASIL. **Portaria nº 2.584, de 02 de dezembro de 2004**. Estabelece recursos a serem disponibilizados ao Município de Curitiba - PR para custeio e manutenção do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2584_02_12_2004.html. Acesso em: 30 jan. 2024.

BRETT-MAJOR, D. M.; CATES, D. S.; LAWLER, J. V.; VOKOUN, C.; HEWLETT, A. L.; JOHNSON, D. W.; SCHNAUBELT, E. R.; WADMAN, M. C.; KRATOCHVIL, C. J.; BROADHURST, M. J. Long-Term Assessment of the Effects of Covid-19 and Isolation Care on Survivor Disability and Anxiety. **The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene**, v. 105, n. 3, p. 737-739, 2021.

BROMFIELD, N. Crisis governance and Covid-19. *In*: BARRY, N.; CHEN, P.; HAIGH, Y.; MOTTA, S. C.; PERCHE, D. **Australian Politics and Policy**. Sydney: Sydney University Press, 2023. p. 591-609.

BUSSE, R.; PANTELI, D., QUENTIN. W. An introduction to healthcare quality: defining and explaining its role in health systems. *In*: BUSSE, R.; KLAZINGA, K.; PANTELI, D., QUENTIN. W. **Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies**. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; Health Policy Series, 2019. n. 53. [Livro eletrônico]. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549277/#_ncbi_dlg_citbx_NBK549277. Acesso em: 31 jan. 2024.

CASAFONT, C.; FABRELLAS, N.; RIVERA, P.; OLIVÉ-FERRER, M. C.; QUEROL, E.; VENTURAS, M.; PRATS, J.; CUSCO, C.; FRIAS, C. E.; PÉREZ-ORTEGA, S.; ZABALEGUI, A. Experiences of nursing students as healthcare aid during the Covid-19 pandemic in Spain: a phenomenological research study. **Nurse Educ Today**, v. 97, p. e104711, 2021.

CASTRO, C. G. S. O. **Estudos de utilização de medicamentos: noções básicas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. [Livro eletrônico].

CASTRO, R. Vacinas contra a Covid-19: o fim da pandemia? **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, n. 1, p. 1-5, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310100>. Acesso em: 31 jan. 2024.

CASTRO, A. A.; CHAZAN, A. C.; SANTOS, C. P.; CANDAL, E. M. B.; CHAZAN, L. F.; FERREIRA, P. C. S. Teleconsulta no Contexto da Covid-19: Experiência de uma Equipe em Cuidados Paliativos. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 44, n. supl. 1, p. e138, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.supl.1-20200368>. Acesso em: 1 fev. 2024.

CAVALCANTE, J. R.; CARDOSO-DOS-SANTOS, A. C.; BREMM, J. M.; LOBO, A. P.; MACÁRIO, E. M.; OLIVEIRA, W. K.; FRANÇA, G. V. A. Covid-19 in Brazil: evolution of the epidemic up until epidemiological week 20 of 2020. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 29, n. 4, p. 1-13, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000400010>. Acesso em: 31 jan. 2024.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). **Gestão em redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006. p. 165-184.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Hierarchy of Controls - NIOSH Workplace Safety and Health Topics**. CDC, 2019. Disponível em: <https://www.cdc.gov/niosh/topics/hierarchy/default.html>. Acesso em: 30 maio 2020.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Ventilation in Buildings**. CDC, 2021. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/ventilation.html>. Acesso em: 1 out. 2022.

CHETTERJE, P. Gaps in India's preparedness for Covid-19 control. **Lancet Infect Dis**, v. 20, p. 544, 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s1473-3099\(20\)30300-5](https://doi.org/10.1016/s1473-3099(20)30300-5). Acesso em: 31 jan. 2024.

COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS (CHC). Especialidades. Ministério da Educação, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, **Gov.br** [site], 19 nov. 2020a. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sul/chc-ufpr/saude/especialidades>. Acesso em: 31 jan. 2024.

COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS (CHC). Plano Diretor Estratégico 2021-2023. Hospital Universitário da Universidade Federal do Paraná - CHC/UFPR. Ministério da Educação, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, **Gov.br** [site], 22 dez. 2020b. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sul/chc-ufpr/governanca/gestao-estrategica/plano-diretor-estrategico-2021-2023/plano-diretor-estrategico-2021-2023-chc-ufpr.pdf/view>. Acesso em: 31 jan. 2024.

COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS (CHC). Profissionais terceirizados, de múltiplos serviços, reforçam o time do CHC. Ministério da Educação, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, **Gov.br** [site], 14 jul. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sul/chc-ufpr/comunicacao/noticias/profissionais-terceirizados-de-multiplos-servicos-reforcam-o-time-do-chc>. Acesso em: 31 jan. 2024.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (Conasems). CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Conass). **Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde**. Brasília: Conasems, Conass, 2021. Disponível em: <http://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2020/05/Instrumento-Orientador-ConassConasems.pdf>. Acesso em: 11 maio 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Conass). **Estratégia de Gestão Instrumento para apoio à tomada de decisão na resposta à Pandemia da Covid-19 na esfera local**. 2. ed. Brasília: Conass, 2020.

CONZ, C. A.; BRAGA, V. A. S.; REIS, H. H.; SILVA, S.; JESUS, M. C. P.; MERIGHI, M. A. B. Atuação de enfermeiros em hospital de campanha voltada a pacientes com Covid-19. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 42, n. esp., p. 1-9, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200378>. Acesso em: 31 jan. 2024.

COSTA, L. M. C.; MERCHAN-HAMANN, E. Pandemias de influenza e a estrutura sanitária brasileira: breve histórico e caracterização dos cenários. **Rev Pan-Amaz Saúde**, Ananindeua, v. 7, n. 1, p. 11-25, 2016. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232016000100002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 3 jun. 2020.

CREPALDI, M. A.; SCHMIDT, B.; NOAL, D. S.; BOLZE, S. D. A.; GABARRA, L. M. Terminalidade, morte e luto na pandemia de Covid-19: demandas psicológicas emergentes e implicações práticas. **Estud. Psicol.**, Campinas, v. 37, p. e200090, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200090>. Acesso em: 1 fev. 2024.

CURITIBA. **Covid-19**: plano de contingência para resposta as emergências em Saúde Pública do município de Curitiba. Curitiba: Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, 2021. Disponível em: https://saude.curitiba.pr.gov.br/images/Plano_de_Contingencia_N%20Coronav%C3%ADrus%20revisado%201072021.pdf. Acesso em: 1 fev. 2024.

DANIELS, S.; WEI, H.; HAN Y.; CATT, H.; DENNING, D. W.; SALÃO, I.; REGAN, M.; VERMA, A.; WHITFIELD, C. A.; TONGEREN, M. Risk factors associated with respiratory infectious disease-related presenteeism: a rapid review. **BMC Public Health**, v. 21, n. 1, p. 1-12, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12008-9>. Acesso em: 31 jan. 2024.

DAUMAS, R. P.; SILVA, G. A.; TASCA, R.; LEITE, I. C.; BRASIL, P.; GRECO, D. B.; BRABOIS, V.; CAMPOS, G. W. S. O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n. 6, p. 1-7, 2020.

DEHNAVIEH, R.; KALAVANI, K. Management-supportive measures for managers of healthcare organizations during the Covid-19 epidemic. **Infection Control & Hospital Epidemiology**, v. 41, n. 7, p. 878, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/ice.2020.108>. Acesso em: 31 jan. 2024.

DENG, L.; YUAN, J.; DING, L.; CHEN, Y.; ZHAO, C.; CHEN, G.; LI, X.; LI, X.; LUO, W.; LAN, J.; TAN, G.; TANG, S.; XIA, J.; LIU, X. Comparison of patients hospitalized with Covid-19, H7N9 and H1N1. **Infect Dis Poverty**, v. 9, n. 1, p. 1-9, dez. 2020.

DIMER, N. A.; CANTO-SOARES, N.; SANTOS-TEIXEIRA, L.; GOULART, B. N. G. The Covid-19 pandemic and the implementation of telehealth in speech-language and hearing therapy for patients at home: an experience report. **Codas**, v. 32, n. 3, p. e20200144, 2020.

D'INNOCENZO, M.; ADAMI, N. P.; CUNHA, I. C. K. O. O movimento pela qualidade nos serviços de enfermagem. **Rev Bras Enferm.**, v. 59, n. 1, p. 84-88, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n1/a16v59n1.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2020.

DONABEDIAN, A. **An Introduction to Quality Assurance in Health Care**. Oxford: Oxford University Press, 2003.

DONABEDIAN, A. **Explorations in Quality Assessment and Monitoring: The Definition of Quality and Approaches to its Assessment**. [S. l.]: Health Administration Press, 1980.

DONABEDIAN, A. Avaliação de la calidad de la atención médica. **Rev. Calidad Asistencial**, v. 16, n. 1, p. 11-27, 2001.

DONABEDIAN, A. Prioridades para el progreso en la evaluación y monitoreo de la atención. **Salud Pública de México**, v. 35, n. 1, p. 94-97, 1993. Disponível em: <http://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5636/6131>. Acesso em: 31 jan. 2024.

DONABEDIAN, A. The epidemiology of quality. **Inquiry**, v. 22, n. 3, p. 282-292, 1985.

DONABEDIAN, A. The quality of medical care. **Science**, New York, v. 200, n. 4344, p. 856-864, 1978.

DONABEDIAN, A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. **QRB Qual. Rev. Bul.**, v. 18, n. 11, p. 356-360, 1992. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0097599016305607>. Acesso em: 10 jun. 2021.

DONABEDIAN, A. The seven pilares of quality. **Archives of pathology & Laboratory Medicine**, Northfield, v. 114, n. 11, p. 1115, 1990.

DONABEDIAN, A.; WHEELER, H. R. C.; WYSZE-WIANSKI, L. Quality, Cost, and Health: An Integrative Model. **Med. Care**, v. 20, n. 10, p. 1975-1992, 1982. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6813605/>. Acesso em: 10 jun. 2021.

EDMONSON, C.; SUMAGAYSAY, D.; CUEMAN, M.; CHAPPELL, S. The Nurse Leader Role in Crisis Management. **J Nurs Adm**, v. 46, n. 9, p. 417-419, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000367>. Acesso em: 12 jun. 2023.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (Ebserh). Grupo de trabalho do Conselho Nacional de Estabelecimento de Saúde. **Manual de Orientações para a Atualização do Cadastro dos Hospitais Universitários Federais da Rede Ebserh no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)**. Brasília: Ministério da Saúde; Diretoria de Ensino, Pesquisa e Atenção à Saúde; Coordenadoria de Gestão da Atenção Hospitalar; Serviço de Gestão da Informação, Monitoramento e Avaliação, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/aceso-a-informacao/boletim-de-servico/sede/2021/anexos/manual-cnec-2a-edicao-v3.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2021.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (Ebserh). **Relatório gerencial**. 2019 a 2022. Brasília: Rede Ebserh Hospitais Universitários Federais, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/relatorios-gerenciais/2019-2022/relatorio-gerencial-dos-hufs-2019-2022_e.pdf/view. Acesso em: 31 jan. 2024.

EVANS, K. K.; BEKENY, J. C.; ZOLPER, E. G.; STEINBERG, J. S.; ATVES, J. N.; BENEDICT, C. D.; FAN, K. L.; AKBARI, C. M.; ATTINGER, C. E. Ensuring Quality Care in the Covid-19 Era: Applying the Donabedian Model to Tertiary Wound Care Center Practices. **Journal of the American Podiatric Medical Association**, v. 113, n. 2, p. 1-6, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.7547/20-080>. Acesso em: 31 jan. 2024.

FAVERO, L.; RODRIGUES, J. A. P. Pesquisa estudo de caso. *In*: LACERDA, M. R.; COSTENARO, R. G. S. (orgs). **Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática**. Porto Alegre: Moriá, 2016. p. 291-324.

FAWAZ, M.; ANSHASI, H.; SAMAHA, A. Nurses at the front line of covid-19: roles, responsibilities, risks, and rights. **Am J Trop Med Hyg**, v. 103, n. 4, p. 1341-1342, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.4269/ajtmh.20-0650>. Acesso em: 25 jun. 2023.

FELIPE, D. A., ALBUQUERQUE, P. C.; COSTA, K. A. O.; ANDRADE, Â. C. I. C.; SANTOS, K. P.; ARAÚJO, J. M. A. The role of health residents for the resilience of Primary Care in the context of COVID-19. **Saúde debate**, v. 47, n. 137, p. 42-57, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313703>. Acesso em: 31 jan. 2024.

FEO, R.; CONROY, T.; JANGLAND, E.; ATHLIN, Å. M.; BROVALL, M.; PARR, J.; KITSON, A. Towards a standardised definition for fundamental care: A modified Delphi study. **Journal of Clinical Nursing**, v. 27, n. 11-12, p. 2285-2299, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jocn.14247>. Acesso em: 8 out. 2023.

FERREIRA, C. I. G. M.; DINIZ, A. C. A. M.; BORDALO, I. M. S. V. L.; LEITÃO, M. J. L. S.; RAMOS, S. M. S. V. Podemos falar de segurança do paciente durante uma pandemia? Uma experiência portuguesa. **Cad. Ibero-Am. Direito Sanit.**; v. 10, n. 1, p. 129-148, 2021. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/682>. Acesso em: 31 jan. 2024.

FLOSS, M.; TOLOTTI, G.; ROSSETTO, A. S.; CAMARGO, T. S.; SALDIVA, P. H. N. Linha do tempo do “tratamento precoce” para Covid-19 no Brasil: desinformação e comunicação do Ministério da Saúde. **Interface**, Botucatu, v. 27, p. e210693, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.210693>. Acesso em: 31 jan. 2024.

FREITAS, R. R. A.; BECKEDORFF, O. A.; CAVALCANTI, L. P. G.; SIQUEIRA, A. M.; CASTRO, D. B.; COSTA, C. F.; LEMOS, D. R. Q.; BARROS, E. N. C. The emergence of novel Sars-CoV-2 variant P.1 in Amazonas (Brazil) was temporally associated with a change in the age and gender profile of Covid-19 mortality. **SciELO Preprints**, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.2030>. Acesso em: 25 jun. 2021.

FRENK, J. In Memoriam. Avedis Donabedian. **Salud Pública de México**. v. 42, n. 6, p. 556-557, 2000. Disponível em: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/viewFile/6280/7516>. Acesso em: 31 jan. 2024.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (Fiocruz). Matriz Linha de Cuidado Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde. **Fiocruz** [site], 2020. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/documento/matriz-linha-de-cuidado-covid-19-na-rede-de-atencao-saude>. 5 maio 2021.

GALON, T.; NAVARRO, V. L. “We are human beings, we also get sick”: presenteeism in nursing workers in a pandemic context. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 31, p. e4053, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6861.4053>. Acesso em: 31 jan. 2024.

GARG, S. M. D.; KIM, L.; WHITAKER, M.; O’HALLORAN, A.; CUMMINGS, C.; HOLSTEIN, R.; PRILL, M.; CHAI, S. J.; KIRLEY, P. D.; ALDEN, N. B.; KAWASAKI, B.; YOUSEY-HINDES, K.; NICCOLAI, L.; ANDERSON, E. J.; OPENO, K. P.; WEIGEL, A.; MONROE, M. L.; RYAN, P.; HENDERSON, J.; KIM, S.; COMO-SABETTI, K.; LYNFIELD, R.; SOSIN, D.; TORRES, S.; MUSE, A.; BENNETT, N. M.; BILLING, L.; SUTTON, M.; WEST, N.; SCHAFFNER, W.; TALBOT, H. K.; AQUINO, C.; GEORGE, A.; BUDD, A.; BRAMMER, L.; LANGLEY, G.; HALL, A. J.; FRY, A. Hospitalization Rates and Characteristics of Patients Hospitalized with Laboratory-Confirmed Coronavirus Disease 2019 - COVID-NET, **Morbidity and Mortality Weekly Report**, v. 69, n. 15, p. 458-464, 2020. Disponível em: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/pdfs/mm6915e3-H.pdf>. Acesso em: 31 jan. 2024.

GIOVANETTI, M.; BRANDA, F.; CELLA, E.; SCARPA, F.; BAZZANI, L.; CICCOCCHI, A.; SLAVOV, S. N.; BENVENUTO, D.; SANNA, D.; CASU, M.; SANTOS, L. A.; LAIL, A.; ZEHENDER, G.; CACCURI, F.; IANNI, A.; CARUSO, A.; MAROUTTI, A.; PASCARELLA, S.; BORSETTI, A.; CICCOCCHI, M. Epidemic history and evolution of an emerging threat of international concern, the severe acute respiratory syndrome coronavirus 2. **J Med Virol**, v. 95, n. 8, p. 1-12, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/jmv.29012>. Acesso em: 31 out. 2023.

GNATTA, J. R.; VIEIRA, R. C. A.; SANTOS, L. S. C.; PENHA, S. L.; SANCHEZ, G. N.; OLIVEIRA, J. C.; SANTANA-SANTOS, E.; VATTIMO, M. F. F. Safety of nursing professionals and patient facing Covid-19 pandemic in critical care unit. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 31, p. e3861, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6317.3861>. Acesso em: 31 jan. 2024.

GOH, K. J.; WONG, J.; TIEN, J. C. C.; NG, S. Y.; WEN, S. D.; PHUA, G. C.; LEONG, C. K. L. Preparing your intensive care unit for the Covid-19 pandemic: practical considerations and strategies. **Crit Care**, v. 24, n. 215, p. 1-12, 2020. disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13054-020-02916-4>. Acesso em: 31 jan. 2024.

GOMES, P. J. P. A evolução do conceito de qualidade: dos bens manufacturados aos serviços de informação. **Cardernos BAD 2**, p. 3-18, 2004. Disponível em: http://www.las.inpe.br/~perondi/17.10.2011/Gomes_2004_evolucao_conceito_qualidade.pdf. Acesso em: 31 jan. 2024.

GRASSELLI, G.; CATTANEO, E.; FLORIO, G.; IPPOLITO, M.; ZANELLA, A.; CORTEGIANI, A.; HUANG, J.; PESENTI, A.; EINAV, S. Mechanical ventilation parameters in critically ill Covid-19 patients: a scoping review. **Crit Care**, v. 25, n. 1, p. 1-11, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13054-021-03536-2>. Acesso em: 31 jan. 2024.

GRASSELLI, G.; PESENTI, A.; CECCONI, M. Critical care utilization for the Covid-19 outbreak in Lombardy, Italy: early experience and forecast during an emergency response. **JAMA**, v. 323, n. 16, p. 1545-1546, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.4031>. Acesso em: 31 jan. 2024.

GUHAN, W.; NI, Z.; HU, Y.; LIANG, W.; OU, C.; HE, J.; LIU, L.; SHAN, H.; LEI, C.; HUI, S. S. C.; DU, B.; LI, L.; ZENG, G.; YUEN, K.; CHEN, R.; XIANG, J.; LI, S.; WANG, J.; LIANG, Z.; PENG, Y.; WEI, L.; LIU, Y.; HU, Y.; PENG, P.; WANG, J.; LIU, J.; CHEN, Z.; LI, G.; ZHENG, Z.; QIU, S.; LUO, J.; YE, C.; ZHU, S.; ZHONG, N. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. **N Engl J Med**, v. 382, p. 1708-1720, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2002032>. Acesso em: 31 jan. 2024.

GUIRRA, P. S. B.; GOMES, J. S.; BILIU, K. S.; MEDVED, I. V.; ALMEIDA, V. C. Manejo do paciente com Covid-19 em pronação e prevenção de lesão por pressão. **Health Residencies Journal – HRJ**, v. 1, n. 2, p. 71-87, 2020.

HØLGE-HAZELTON, B.; KJERHOLT, M.; ROSTED, E.; HANSEN, S. T.; BORRE, L. Z.; MCCORMACK, B. Improving Person-Centred Leadership: A Qualitative Study of Ward Managers' Experiences During the Covid-19 Crisis. **Risk Manag Healthc Policy**, v. 14, p. 1401-1411, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/RMHP.S300648>. Acesso em: 31 jan. 2024.

HU, B.; GUO, H.; ZHOU, P.; SHI, Z. L. Characteristics of Sars-CoV-2 and Covid-19. **Nat Rev Microbiol.**, v. 19, n. 3, p. 141-154, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41579-020-00459-7>. Acesso em: 1 fev. 2024.

HUANG, C.; WANG, Y.; LI, X.; REN, L.; ZHAO, J.; HU, Y.; ZHANG, L.; FAN, G.; XU, J.; GU, X.; CHENG, Z.; YU, T.; XIA, J.; WEI, Y.; WU, W.; XIE, X.; YIN, W.; LI, H.; LIU, M.; XIAO, Y.; GAO, H.; GUO, L.; XIE, J.; WANG, G.; JIANG, R.; GAO, Z.; JIN, Q.; WANG, J.; CAO, B. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. **The Lancet**, v. 395, p. 497-506, 2020. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2930183-5>. Acesso em: 31 jan. 2024.

JACKSON, D.; KOZLOWSKA, O. Fundamental care - the quest for evidence. **J Clin Nurs.**, v. 27, n. 11-12, p. 2177-2178, 2018.

KAMARA, I. F.; TENGBE, S. M.; FOFANA, B. D.; BUNN, J. E.; NJUGUNA, C. K.; KALLON, C.; KUMAR, A. M. V. Infection Prevention and Control in Three Tertiary Healthcare Facilities in Freetown, Sierra Leone during the Covid-19 Pandemic: More Needs to Be Done! **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 9, p. 1-12, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph19095275>. Acesso em: 1 fev. 2024.

KANT, A.; KOSTAKOĞLU, U.; SARAL, O. B.; ÇOMOĞLU, S.; ARSLAN, M.; KARAKNOÇ, H. N.; ERKAN, G.; ERTUNÇ, B.; DEMİR, H. D.; AYDIN, M.; ÖZTÜRK, S. Comparison of two pandemics: H1N1 and Sars-CoV-2. **Rev Assoc Med Bra**, v. 67, n. 1, p. 115-119, 2021.

KITSON, A. L.; CONROY, T.; JEFFS, L.; CARR, D.; HUISMAN-DEWAAL, G. J.; MUNTILIN, A.; JANGLAND, E.; GRØNKJAER, M.; PARR, J. No more heroes': The ILC Oxford Statement on fundamental care in times of crises. **J Adv Nurs.**, v. 79, n. 3, 922-932, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jan.15533>. Acesso em: 31 jan. 2024.

KITSON, A.; CONROY, T.; WENGSTROM, Y.; PROFETTO-MCGRATH J.; ROBERTSON-MALT, S. Defining the fundamentals of care. **International Journal of Nursing Practice**, v. 16, p. 423-434, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2010.01861.x>. Acesso em: 1 fev. 2024.

KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. (eds.) **To Err Is Human: Building a Safer Health System**. Washington: Institute Of Medicine; National Academy Press, 2000. Disponível em: <https://www.iom.edu/~media/Files/Report%20Files/1999/To-Err-is-Human/To%20Err%20is%20Human%201999%20%20report%20brief.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2021.

LAZZARI, D. D.; GALETTO, S. G. S.; PERIN, D. C.; SANTOS, J. L. S.; BECKER, A.; ACOSTA, C. M. Reorganization of nursing work in an intensive care unit during the Covid-19 pandemic. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 43, p. 1-6, 2022.

LEGIDO-QUIGLEY, H.; ASGARI, N.; TEO, Y. Y.; LEUNG, G. M.; OSHITANI, H.; FUKUDA, K.; COOK, A. R.; HSU, L. Y.; SHIBUYA, K.; HEYMANN, D. Are high-performing health systems resilient against the Covid-19 epidemic? **The Lancet**, v. 395, 848-850, 2020.

LIMA, A. A.; JESUS, D. S.; SILVA, T. L. Densidade tecnológica e o cuidado humanizado em enfermagem: a realidade de dois serviços de saúde. **Physis**, v. 28, n. 3, p. 1-15, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280320>. Acesso em: 31 jan. 2024.

LIMA, C. M. A. O de. Informações sobre o novo coronavírus (COVID-19). **Radiol Bras**, v. 53, n. 2, Editorial, p. V-VI, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0100-3984.2020.53.2e1>. Acesso em: 31 jan. 2024.

LOBO, S. M.; CREUTZFELDT, C. J.; MAIA, I. S.; TOWN, J. A.; AMORIM, E.; KROSS, E. K.; ÇORUH, B.; PATEL, P. V.; JANNOTTA, G. E.; LEWIS, A.; GREER, D. M.; CURTIS, J. R.; SHARMA, M.; WAHLSTER, S. Perceptions of critical care shortages, resource use, and provider well-being during the Covid-19 pandemic: a survey of 1,985 health care providers in Brazil. **Chest**, v. 161, n. 6, 1526-1542, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.chest.2022.01.057>. Acesso em: 31 jan. 2024.

MACHADO, F. V. C.; MEYS, R.; DELBRESSINE, J. M.; VAES, A. W.; GOËRTZ, Y. M. J.; HERCK, M.; HOUBEN WILKE, S.; BOON, G. J. A. M.; SPIES, Y.; VIJLBRIEF, H.; PITTA, F.; REZEK, S. A.; JANSSEN, D. J. A.; SIEGERINK, B.; KLOK, F. A.; SPRUIT, M. A. Construct validity of the Post-Covid-19 Functional Status Scale in adult subjects with Covid-19. **Health Qual Life Outcomes**, v. 19, n. 40, p. 1-10, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12955-021-01691-2>. Acesso em: 31 jan. 2024.

MACHADO, M. M.; FERREIRA, W. E.; VITÓRIA, M. A. Á.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M.; JARDIM, L. L.; MENEZES, M. A. C.; SANTOS, R. P. O.; VARGAS, F. L.; PEREIRA, E. J. Óbitos de médicos e da equipe de enfermagem por Covid-19 no Brasil: uma abordagem sociológica. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 28, n. 10, p. 2965-2978, 2023 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023282.05942022>. Acesso em: 31 jan. 2024.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

MASSARO, E.; GANIN, A.; PERRA, N.; LINKOV, I.; VESPIGNANI, A. Resilience management during large-scale epidemic outbreaks. **Sci Rept**, v. 8, p. 1-9, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29382870/>. Acesso em: 5 maio 2022.

MASSUDA, A.; MALIK, A. M. FERREIRA JUNIOR, W. C.; VECINA NETO, G.; TASCA, R. Pontos-chave para Gestão do SUS na Resposta à Pandemia COVID-19. Nota Técnica n. 6. São Paulo: IEPS, 2020.

MEDEIROS, E. A. S. Challenges in the fight against the Covid-19 pandemic in university hospitals. **Rev Paul Pediatr**, v. 38, p. 1-2, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0462/2020/38/2020086>. Acesso em: 31 jan. 2024.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec). Diretrizes Brasileiras para Tratamento Hospitalar do Paciente com Covid-19 - Capítulo 2: Tratamento Medicamentoso. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovações em Saúde, **Coordenação de Gestão de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas**, jun. 2021. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2021/20210517_Relatorio_Diretrizes_Brasileiras_COVID_Capitulo_2_CP_37.pdf. Acesso em: 29 maio 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. 220 leitos custeados pelo Ministério da Saúde em cinco estados. **Gov.br** [site], 16 abr. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2020/abril/220-leitos-de-uti-custeados-pelo-ministerio-da-saude-em-cinco-estados>. Acesso em: 31 jan. 2024.

MINTZBERG, H. **Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações**. São Paulo: Atlas, 1995.

MOHAMMADINIA, L.; SAADATMAND, V.; SARDASHTI, H. K.; DARABI, S.; BAYAT, F. E.; REJEH, N.; VAISMORADI, M. Hospital response challenges and strategies during Covid-19 pandemic: a qualitative study. **Frontiers in public health**, v. 11, p. 1-10, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1167411>. Acesso em: 1 fev. 2024.

MOHAMMADPOUR, M.; ZARIFINEZHAD, E.; GHANBARZADEGAN, A.; NADERIMANESH, K.; SHAARBAFCHIZADEH, N.; BASTANI, P. Main Factors Affecting the Readiness and Responsiveness of Healthcare Systems during Epidemic Crises: A Scoping Review on Cases of Sars, Mers, and Covid-19. **Iran J Med Sci**, v. 46, n. 2, p. 81-92, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.30476%2Fijms.2020.87608.1801>. Acesso em: 31 jan. 2024.

MONTGOMERY, A. P.; PATRICIAN, P. A.; HALL, A.; MILTNER, R. S.; ENOGELA, E. M.; POLANCICH, S. Modeling patient risk for hospital- acquired pressure injuries during Covid-19: a retrospective study. **J Nurs Care Qual**, v. 37, n. 2, p. 162-167, 2022.

MOREIRA, R. S. Covid-19: intensive care units, mechanical ventilators, and latent mortality profiles associated with case-fatality in Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n. 5, p. e00080020, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00080020>. Acesso em: 31 jan. 2024.

MOTA, B. S.; BARBOSA, I. E. B.; FONSECA, A. R.; SIQUEIRA, D. S. G.; SAMPAIO, E. C.; MELO, F. S.; QUEIROZ, N. D. A.; BRITO, T. P. P. Lesão por pressão em pacientes internados em unidades de terapia intensiva e profissionais de saúde durante a pandemia da Covid-19. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 4, p. 43066-43082, 2021.

MOURA, E. C. CORTEZ-ESCALANTE, J.; CAVALCANTE, F. V.; BARRETO, I. C. H. C.; SANCHEZ, M. N.; SANTOS, L. M. P. Covid-19: evolução temporal e imunização nas três ondas epidemiológicas, Brasil, 2020-2022. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 56, n. 105, p. 1-11, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056004907>. Acesso em: 31 jan. 2024.

MOZACHI, N.; SOUZA, V. H. L. **O Hospital**-Manual do Ambiente Hospitalar. 4. ed. São Paulo: Direção Cultural, 2017.

MUNSTER, V. J., KOOPMANS, M.; VAN DOREMALEN, N.; VAN RIEL, D.; WIT, E. A novel coronavirus emerging in China - Key questions for impact assessment. **N Eng J Med**, v. 382, p.692-694, 2020. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2000929?query=TOC>. Acesso em: 31 jan. 2024.

NASCIMENTO, L. C. N.; SOUZA, T. V.; OLIVEIRA, I. C. S.; MORAES, J. R. M. M.; AGUIAR, R. C. B.; SILVA, L. F. Theoretical saturation in qualitative research: an experience report in interview with schoolchildren. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 71, n. 1, p. 243-248, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0616>. Acesso em: 31 jan. 2024.

NATIONAL HEALTH SERVICE (NHS). **Online library of quality, service improvement and redesign tools**: a model for measuring quality care. [2021]. Disponível em: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2022/02/qsir-measuring-quality-care.pdf>. Acesso em: 31 jan. 2024.

NENEVÊ, J. Z.; BORGES, F.; TONINI, N. S.; MARASCHIN, M. S.; ANTUNES, M. C.; BERNADINHO, E. Contribution of the regulatory inner core to patient safety. **REME - Rev Min Enferm**, v. 27, p. e-1509, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.35699/2316-9389.2023.37101>. Acesso em: 31 jan. 2024.

NORONHA, K. V. M. S.; GUEDES, G. R.; TURRA, C. M.; ANDRADE, M. V.; BOTEGA, L.; NOGUEIRA, D.; CALAZANS, J. A.; CARVALHO, L.; SERVO, L.; FERREIRA, M. F. The Covid-19 pandemic in Brazil: analysis of supply and demand of hospital and ICU beds and mechanical ventilators under different scenarios. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n. 6, p. e00115320, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/MMd3ZfwYstDqbpRxFRR53Wx/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 31 jan. 2024.

OLIVEIRA, A. C.; LUCAS, T. C.; IQUIAPAZA, R. A. O que a pandemia da Covid-19 tem nos ensinado sobre adoção de medidas de precaução? **Texto Contexto Enferm**, v. 29, p. e20200106, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0106>. Acesso em: 31 jan. 2024.

OLIVEIRA, D. C. Análise de Conteúdo Temático-Categorial: uma técnica maior nas pesquisas qualitativas. In: LACERDA, M. R.; COSTENARO, R. G. S. (orgs.). **Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática**. Porto Alegre: Moriá, 2016. p. 467-511.

OLIVEIRA, J. C., BORGES, F., TONINI, N. S., MARASCHIN, M. S., BERNARDINO, E.. Performance of hospital nurses in the management of the COVID-19 crisis. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 31, p. e70954, 2023. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuernj/article/view/70954/47402>. Acesso em: 31 jan. 2024.

OLIVEIRA, K. T.; JUNIOR, J. L. G.; CAMANDONI, V. O.; SOUZA, J. F.; CANTERAS, J. S.; LIMA, J. L.; HIRATSUCA, S. Principais medidas tomadas para a mudança dos processos assistenciais durante a pandemia por COVID-19. **Enfermagem em Foco**, v. 11, n. 1, p. 235-238, 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (Opas). Organização Mundial da Saúde (OMS). Folha informativa – Covid-19 (doença causada pelo novo coronavírus). Brasília: **Opas** [site], 2020a. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875. Acesso em: 29 maio 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (Opas). Organização Mundial da Saúde (OMS). Histórico da pandemia Covid-19. Brasília: **Opas** [site], s. d. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>. Acesso em: 31 jan. 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (Opas). Organização Mundial da Saúde (OMS). OMS declara fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional referente à COVID-19. Brasília: **Opas** [site], 5 maio 2023. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/5-5-2023-oms-declara-fim-da-emergencia-saude-publica-importancia-internacional-referente>. Acesso em: 20/10/2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (Opas). Organização Mundial da Saúde (OMS). Opas e estado do Paraná trocam experiências sobre combate à Covid-19. Brasília: **Opas** [site], 1 set. 2020b. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/1-9-2020-opas-e-estado-do-parana-trocam-experiencias-sobre-combate-covid-19>. Acesso em: 31 jan. 2024.

PAPACOSTA, T. L. S.; PINHEIRO, L. C. F.; SOUZA, J. C. S.; DIAS, N. M.; LIMA, A. B.; CORDEIRO, L. R. M. Equipamentos de proteção individual e sua utilização no cenário da pandemia por Covid-19: relato de experiência. **Revista Enfermagem Atual**, v. 94, n. 32, p. 1-6, 2020.

PARANÁ. Há três anos, Paraná confirmava os primeiros casos de Covid-19 e iniciava batalha pela saúde. **Paraná** [site], 12 mar. 2023a. Disponível em: <https://www.aen.pr.gov.br/Noticia/Ha-tres-anos-Parana-confirmava-os-primeiros-casos-de-Covid-19-e-iniciava-batalha-pela-saude>. Acesso em: 1 fev. 2024.

PARANÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Paraná. Boletim - Informe Epidemiológico Coronavírus (COVID-19) - ano 2023. **Paraná** [site], 25 jul. 2023b. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Boletim-COVID19-2023>. Acesso em: 25 jan. 2024.

PARANÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Paraná. 2ª Regional de Saúde - Metropolitana (Curitiba). **Paraná** [site], s. d. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/2a-Regional-de-Saude-Metropolitana-Curitiba>. Acesso em: 13 jan. 2024.

PAULA, V. R. M.; PAULA, G. M.; LINARES, F. D. C.; AFONSO, T. C. Enfrentando Covid-19 em uma instituição hospitalar privada: relato de experiência. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 11, p. 87745-87727, 2020.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. Processo de trabalho em saúde. In: Pereira, I. B.; Lima, J. C. F. (eds.). **Dicionário da educação profissional em Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 320-328. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf>. Acesso em: 20 out. 2023.

PEITER, C. C.; SANTOS, J. L. G.; LANZONI, G. M. M.; MELLO, A. L. S. F.; COSTA, M. F. B. N. A.; ANDRADE, S. R. Redes de atenção à saúde: tendências da produção de conhecimento no Brasil. **Esc. Anna Nery**, v. 23, n. 1, p. e20180214, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0214>. Acesso em: 1 fev. 2024.

PEREIRA, L. M.; FERREIRA, S. D. O. Importância da gestão e gerenciamento de crises nas organizações. **COMINE**, v. 1, n. 1, 2016. Disponível em: <https://revistas.unipam.edu.br/index.php/revistadocomine/article/view/186/105>. Acesso em: 20 jun 2023.

PERES, D.; BOLÉO-TOMÉ, J. P.; SANTOS, G. Respiratory and Facial Protection: Current Perspectives in the Context of the COVID-19 Pandemic. **Acta Médica Portuguesa**, v. 33, n. 9, p. 583-592, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.20344/amp.14108>. Acesso em: 2 ago. 2023.

PESSOA, G. R.; CARVALHO, R. E. F. L.; OLIVEIRA, S. K. P.; ANJOS, S. J. S. B.; TRIGUEIRO, J. G.; SILVA, L. M. S. Patient Safety in pandemic times: A reflection based on the care quality attributes. **Esc. Anna Nery**, v. 26, n. esp., p. e20220109, 2022.

PFLUG, W. University of Michigan. Avedis Donabedian papers: 1946-2000. University of Michigan, **Bentley Historical Library** (BHL) [site], ago. 2023. Sem ano. Disponível em: <https://quod.lib.umich.edu/b/bhlead/umich-bhl-03136?view=text>. Acesso em: 10 jun. 2021.

PINEAULT, R. **Compreendendo o sistema de saúde para uma melhor gestão**. Brasília: Leiass, 2016.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. Delineamento de Pesquisa em Enfermagem. In: Polit, POLIT, D. F.; BECK, C. T. (eds.). **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para prática de enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 247-368.

PORTELA, M. C.; GRABOIS, V.; TRAVASSOS, C. Matriz Linha de Cuidado Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde. **Observatório Covid-19 Fiocruz**, p. 1-15, 2020.

POSSA, L. B.; PADILLA, M.; PLENTZ, L. M.; GOSCH, C. S.; FERL, A. A. Linha de Cuidado em COVID-19: dispositivo para organização do trabalho, gestão e educação centrado no cuidado das pessoas nos territórios. **Revista Saúde em Redes**, v. 6, n. supl. 2, p. 7-29, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.18310/2446-48132020v6n2%20Suplem.3365g566>. Acesso em: 10 jun. 2021.

RAUDLA, R. Estonian response to COVID-19 pandemic: learning, cooperation, and the advantages of being a small country. **Brazilian Journal of Public Administration**, Rio de Janeiro, v. 55, n.1, p. 111-121, 2021.

REIS, L. M.; LAGO, P. N.; CARVALHO, A. H. S.; NOBRE, V. N. N.; GUIMARÃES, A. P. R. Atuação da enfermagem no cenário da pandemia Covid-19 scenery. **Nursing**, São Paulo, v. 23, n. 269, p. 4765- 4768, out. 2020.

REIS-FILHO, J. A.; QUINTO, D. Covid-19, social isolation, artisanal fishery and food security: How these issues are related and how important is the sovereignty of fishing workers in the face of the dystopian scenario. **SciELO Preprints**, p. 1-26, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/SCIELOPREPRINTS.54>. Acesso em: 3 jun. 2020.

RIBEIRO, I. A. P.; LIRA, J. A. C.; MAIA, S. F.; ALMEIDA, R. N.; FERNANDES, M. A.; NOGUEIRA, L. T.; FREITAS, D. R. J. Gestão em enfermagem: reflexões acerca dos desafios e estratégias frente à COVID-19. **Enfermagem Atual**, v. 95, n. 33, p. 1-12, 2021.

- RIGHI, A.; SCHMIDT, A.; VENTURINI, J. Qualidade em serviços públicos de saúde: uma avaliação da estratégia saúde da família. **Revista Produção Online**, v.10, n. 3, p. 649-669, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.14488/1676-1901.v10i3.405>. Acesso em: 1 fev. 2024.
- RIGOTTI, A. R.; ZAMARIOLI, C. M.; PRADO, P. R.; PEREIRA, F. H.; GIMENES, F. R. E. Resilience of Healthcare Systems in the face of Covid-19: an experience report. **Rev Esc Enferm USP**, v. 56, p. e20210210, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0210pt>. Acesso em: 1 fev. 2024.
- RODRIGUES, N. H., SILVA, L. G. A. Gestão da pandemia Coronavírus em um hospital: relato de experiência profissional. **J. Nurs. Health**, v. 10, n. esp., p. e20104004, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/18530/11238>. Acesso em: 1 fev. 2024.
- SACKETT, D. L.; STRAUS, S. E.; RICHARDSON, W. S.; ROSENBERG, W.; HAYNES, R. B. **Medicina baseada em evidências: prática e ensino**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- SALCI, M. A.; FACCHINI, L. A. Os desafios da síndrome Pós-Covid-19 para a ciência. **Saúde Coletiva**, Barueri, [S. l.], v. 11, n. 65, p. 5844-5845, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i65p5844-5845>. Acesso em: 1 fev. 2024.
- SANCHE, S.; LIN, Y. T.; XU, C.; ROMERO-SEVERSON, E.; HENGARTNER, N., KE, .R. High Contagiousness and Rapid Spread of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2. **Emerg Infect Dis**, v. 26, n. 7, p. 1470-1477, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3201%2Faid2607.200282>. Acesso em: 1 fev. 2024.
- SANT'ANA, G.; IMOTO, A. M.; AMORIM, F. F.; TAMINATO, M.; PECCIN, M. S.; SANTANA, L. A.; GÖTTEMS, L. B. D.; CAMARGO, E. B. Infecção e óbitos de profissionais da saúde por COVID-19: revisão sistemática. **Acta Paul Enferm**, v. 33, p. 1-19, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO0107>. Acesso em: 1 fev. 2024.
- SANTOS, J. L.; LANZONI, G. M.; COSTA, M. F.; DEBETIO, J. O.; SOUSA, L. P.; SANTOS, L. S.; MARCELINO, T. B.; MELLO, A. L. S. F. How are university hospitals coping with the Covid-19 pandemic in Brazil? **Acta Paul Enferm.**, v. 33, p.1-8, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO01755>. Acesso em: 1 fev. 2024.
- SCALES, D. C.; GREEN, K.; CHAN, A. K.; POUTANEN, S. M.; FOSTER, D.; NOWAK, K.; RABOUD, J M.; SASKIN, R.; LAPINSKY, S. E.; STEWART, T. E. Illness in intensive care staff after brief exposure to severe acute respiratory syndrome. **Emerg Infect Dis**, v. 9, n. 10, p. 1205-1210, 2003. Available from: doi: <https://doi.org/10.3201/eid0910.030525>. Acesso em: 1 fev. 2024.
- SCHNEIDER, L. R.; PEREIRA, R. P. G.; FERRAZ, L. Prática Baseada em Evidências e a análise sociocultural na Atenção Primária. **Physis**, v. 30, n. 2, p. 28, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/physis/2020.v30n2/e300232/>. Acesso em: 10 nov. 2023.

SEMPLE, S.; CHERRIE, J. W. Covid-19: Protecting Worker Health. **Ann Work Expos Health**, v. 64, n. 5, p. 1-4, 2020 Disponível em: <https://doi.org/10.1093/annweh/wxaa033>, Acesso em: 1 fev. 2024.

SHENOY, V.; MAHENDRA, S.; VIJAY, N. Covid-19 lockdown technology adaption, teaching, learning, students engagement and faculty experience. **Jornal Mukht Shabd**, v. 9, p. 698-702, 2020.

SILVA, G. M.; SOUZA, A. A. R.; ALMEIDA, S. M. C.; SÁ, I. C.; BARROS, F. R.; SOUZA FILHO, J. E.; GRAÇA, J. M. B.; MACIEL, N. S.; ARAUJO, A. S.; NASCIMENTO, C. E. M. Desafios da imunização contra Covid-19 na saúde pública: das fake news à hesitação vacinal. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 28, n. 3, p. 739-748, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023283.09862022>. Acesso em: 1 fev. 2024.

SILVA, G. T.; GÓIS, R. M.; ALMEIDA, D. B.; SANTOS, T. B.; CANTARINO, M. S.; QUEIRÓS, P. J.; AMESTOY, S. M. Evidence on nursing management models in hospital services: an integrative review. **Acta Paul Enferm**, v. 39, p. eAPE002095, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AR02095>. Acesso em: 1 fev. 2024.

SILVA, T. O.; VIEIRA, L. M.; LEMOS, T. S.; SANT'ANNA, F. P.; SANCHES, R. S.; MARTINEZ, M. R. Gestão hospitalar e gerenciamento em enfermagem à luz da filosofia Lean Healthcare. **Cogitare enferm.**, v. 24, p. e60003, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.60003>. Acesso em: 1 fev. 2024.

SILVA, T. O.; VIEIRA, L. M.; LEMOS, T. S.; SANT'ANNA, F. P.; SANCHES, R. S.; MARTINEZ, M. R. Hospital management and nursing management in the light of the lean philosophy in healthcare. **Cogitare enferm.**, n. 24, p. e60003, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.60003>. Acesso em: 1 fev. 2024.

SOUZA, D. B.; AGNOL, M. D. Emergência de Saúde Pública: representações sociais entre gestores de um hospital universitário. **Rev. Latin-Am Enferm.**, v. 21, n. 4, p. 1-7, ago. 2013.

SZE, R. W.; VERA, C. D.; HOGAN, L.; IYER, R. S. If Disney ran your pediatric radiology department: a different approach to improving the patient and family experience. **Pediatr Radiol**, v. 49, n. 9, p. 493-499, 2019.

TANGERINO, J. C.; TANGERINO, G. C.; SANTOS, A. J.; MOSCARDI, J.; BONATO, M. E. W.; AMARO, L. F. Infecções relacionadas a assistência à saúde e Covid-19: Impacto nos desfechos clínicos e perfil microbiológico em unidades de terapia intensiva da cidade de Araras-SP. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases**, São Paulo, v. 26, p. 137-140, 2022.

THE LANCET. Covid-19: protecting health-care workers. **Lancet**, v. 395, n. 10228, p. 922, 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30644-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30644-9). Acesso em: 1 fev. 2024.

THOMAS, L. S.; PIETROWSKI, K.; KINALSKI, S. S.; BITTENCOURT, V. L. L.; SANGOI, K. L. M. Atuação do enfermeiro emergencista na pandemia de covid-19: revisão narrativa de literatura. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 6, p. 15959-15977, 2020.

TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (Coreq): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **Int J Qual Health Care**, v. 19, n. 6, p. 349-357, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>. Acesso em: 1 fev. 2024.

TOLENTINO, V. R.; DEREVLANY, L.; DELAMOTHE, C.; VICK, S.; CHALYAVSKI, L. The effects of the Covid-19 pandemic on risk management practice: a report from the epicenter of the epicenter in New York City. **Journal of Healthcare Risk Management**, v. 40, p. 46-57, 2021. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jhrm.21461>. Acesso em: 1 fev. 2024.

TOSTA, S.; MORENO, K.; SCHUAB, G.; FONSECA, V.; SEGOVIA, F. M. C.; KASHIMA, S.; ELIAS, M. C.; SAMPAIO, S. C.; CICCOCZZI, M.; ALCÂNTARA, L. C. J.; SLAVOV, S. N.; LOURENÇO, J.; CELLA, E.; GIOVANETTI, M. Global Sars-CoV-2 genomic surveillance: what we have learned (so far). **Infect Genet Evol.**, v. 2018, p. 105405, 2023; 108:105405. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.meegid.2023.105405>. Acesso em: 1 fev. 2024.

TRONCHIN, D. M. R.; FREITAS, G. F.; MELLEIRO, M. M. Avaliação de Serviços, Qualidade e Segurança do Paciente no Setor de Saúde. *In*: KURCGANT, P. (coord.). **Gerenciamento em enfermagem**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p. 48-58.

VIANA, R.; MOYO, S.; AMOAKO, D. G.; TEGALLY, H.; SCHEEPERS, C.; ALTHAUS, C. L.; ANYENEJI, U. J.; BESTER, P. H.; BONI, M. F.; CHAND, M.; CHOGA, M. T.; COLQUHOUN, R.; DAVIDS, M.; DEFORCHE, K.; DOOLABH, D.; PLESSIS, L.; ENGELCRECHT, S.; EVERATT, J.; GIANDHARI, J.; GIOVANETTI, M.; HARDIE, D.; HILL, V.; HSIAO, N. Y.; IRANZADEH, A.; ISMAIL, A.; JOSEPH, C.; JOSEPH, R.; KOOPILE, L.; POND, S. L. K.; KRAEMER, M. U. G.; KUATE-LERE, L.; LAGUDA-AKINGBA, O.; LESETEDI-MAFOKO, O.; LESSELLS, R. J.; LOCKMAN S. LUCACI, G. A.; MAHARAJ, A.; MAHLANGU, B.; MAPONGA, T.; MAHLAKWANE, K.; MAKATINI, Z.; MARAIS, G.; MARUAPULA, D.; MASUPU, K.; MATSHABA, M.; MBHELE, N.; MENDES, A.; MLISANA, K.; MNGUNI, A.; MOHALE, T.; MOIR, M.; MORUISI, K.; MOSEPELE, M.; MOTSATSI, G.; MORSWALEDI, M. S.; MPHLOYAKGOSI, T.; MSOMI, N.; MWANGI, P. N.; NAIDOO, Y.; NTULI, N.; NYAGA, M.; OLUBAYO, L.; PILLAY, S.; RADIBE, B.; RAMPHAL, Y.; RAMPHAL, U.; SAN, J. E.; SCOTT, L.; SHAPIRO, R.; SINGH, L.; SMITH-LAWRENCE, P.; STEVENS, W. STRYDOM, A.; SUBRAMONEY, K.; TEBEILA, N.; THSIABUILA, D.; TSUI, J.; WYK, S.; WEAVER, S.; WIBMER, C. K.; WILKINSON, E.; WOLTER, N.; ZAREBSKI, A. E.; ZUZE, B.; GOEDHALS, D.; PREISER, W.; TREURNICHT, F.; VENTER, M.; WILLIAMSON, C.; PYBUS, O. G.; BHIMAN, J.; GLASS, A.; MARTIN, D. P.; RAMBAUT, A.; GASEITSIWE, S.; GOTTBURG, A.; OLIVEIRA, T. Rapid epidemic expansion of the SARS-CoV-2 Omicron variant in Southern Africa. **Nature**, v. 603, p. 679-686, 2022.

VIANNA, E. C. C.; PESTANA, L. C.; MEIRELES, I. B.; RAFAEL, R. M. R.; MARZIALE, M. H. P.; FARIA, M. G. A.; GALLASCH, C. H. Gestão de recursos em um serviço hospitalar de emergência federal diante da pandemia de Covid-19. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 75, n. 1, p. 1-8, 2022.

VIEIRA, A.; AMARAL, G. A. A arte de ser Beija-Flor na tripla jornada de trabalho da mulher. **Saúde soc.**, v. 22, n. 2, p. 403-414, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000200012>. Acesso em: 1 fev. 2024.

WALENSKY, R. P., DEL RIO, C. From Mitigation to Containment of the Covid-19 Pandemic: Putting The SARS-CoV-2 Genie Back in the Bottle. **JAMA**, v. 323, n. 19, p. 1889-1890, 2020. Disponível: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.6572>. Acesso em: 1 fev. 2024.

WANG, D.; HU, B.; HU, C.; ZHU, F.; LIU, X.; ZHANG, J.; WANG, B.; XIANG, H.; CHENG, Z.; XIONG, Y.; ZHAO, Y.; LI, Y.; WANG, X.; PENG, Z. Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 new coronavirus-infected pneumonia in Wuhan, China. **JAMA**, v. 323, n. 11, p. 1061-1069, 2020.

WAX, R. S; CHRISTIAN, M. D. Practical recommendations for critical care and anesthesiology teams caring for novel coronavirus (2019-nCoV) patients. **Can J Anaesth**, v. 67, p. 568-576, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s12630-020-01591-x>. Acesso em: 1 fev. 2024.

WONG, J.; GOH, Q. Y.; TAN, Z.; LIE, S. A.; TAY, Y. C.; NG, S. Y.; SOH, C. R. Preparing for a Covid-19 pandemic: a review of operating room outbreak response measures in a large tertiary hospital in Singapore. **Can J Anaesth**, v. 67, p. 732-745, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s12630-020-01620-9>. Acesso em: 1 fev. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Efeitos colaterais das Vacinas Covid-19. **WHO** [site], 31 mar. 2021a. Disponível em: <https://www.who.int/pt/news-room/feature-stories/detail/side-effects-of-covid-19-vaccines>. Acesso em: 1 fev. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Resumo científico**: transmissão Sars-CoV-2. Resumo das mudanças recentes. **WHO** [site], 2021b. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/science/science-briefs/sars-cov-2-transmission.html>. Acesso em: 3 jun. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The World Health Report 2000**: health systems, improving performance. Geneva: WHO, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Weekly epidemiological update on COVID-19 - 4 May 2023. **WHO** [site], 4 maio 2023. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---4-may-2023>. Acesso em: 1 fev. 2024.

WORTH, M.; DAVIS, L. L.; WALLACE, D. C.; BARTLETT, R.; TRAVERS, D. Are emergency departments in the United States following recommendations by the emergency severity index to promote quality triage and Reliability? **J Emerg Nurs.**, v. 45, n. 6, p. 677-684, 2019. Disponível em: doi: <https://doi.org/10.1016/j.je-2019.05.006>. Acesso em: 1 fev. 2024.

WU, M. Post-Covid-19 syndrome - Literature review: cautions after Covid-19 symptoms improvement. **Rev Biociências**, v. 27, n. 1, p. 1-14, 2021. Disponível em: <http://periodicos.unitau.br/ojs/index.php/biociencias/article/view/3313/2034>. Acesso em: 1 fev. 2024.

XIE, J.; TONG, Z.; GUAN, X.; DU, B.; QIU, H.; SLUTSKY, A. S. Critical care crisis and some recommendations during the Covid-19 epidemic in China. **Intensive Care Med**, v. 46, p. 837-840, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00134-020-05979-7>. Acesso em: 1 fev. 2024.

YI, J.; MIAO, J.; ZUO, Q.; OWUSU, F.; DONG, Q.; LIN, P.; WANG, Q.; KING, X.; YANG, L. Covid-19 pandemic: A multidisciplinary perspective on the pathogenesis of a novel coronavirus from infection, immunity and pathological responses. **Front. Immunol.**, v. 13, p. 1-17, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fimmu.2022.978619>. Acesso em: 1 fev. 2024.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

ZHOU, F.; YU, T.; DU, R.; FAN, G.; LIU, Y.; LIU, Z.; XIANG, J.; SONG, Y. W. B.; GU, X.; GUAN, L.; WEI, Y.; LI, H.; WU, X.; XU, J.; TU, S.; ZHANG, Y.; CHEN, H.; CAO, B. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with Covid-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. **Lancet**, V. 395, p. 1054-1062, 2020. Available form: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30566-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30566-3). Acesso em: 1 fev. 2024.

ZHU, N.; ZHANG, D.; WANG, W.; LI, X.; YANG, B.; SONG, J.; ZHAO, X.; HUANG, B.; SHI, W.; LU, R.; NIU, P.; ZHAN, F.; MA, X.; WANG, D.; XU, W.; WU, G.; GAO, G. F.; TAN, W. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. **N Engl J Med**, v. 382, p. 727-733, 2020. Disponível em: <http://doi.org/10.1056/NEJMoa2001017>. Acesso em: 1 fev. 2024.

—

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Roteiro de entrevista Data: ___/___/___ Início: ___ h ___ min Fim: ___ h ___ min.
A - Caracterização do participante
<p>Identificação: Código atribuído: _____</p> <p>Cargo/profissional: () Administrativo – com ou sem cargo () Assistencial</p> <p>Idade: _____ anos</p> <p>Gênero () feminino () masculino () prefere não informar () outro</p> <p>Formação acadêmica e qualificação profissional: - Formação e qualificação ----- ----- ----- ----- - Tempo de atuação no CHC: ----- - Tempo no exercício: ----- -----.</p>
B – Entrevista

- 1) Quando iniciou e quem foi responsável pela reestruturação do hospital para o enfrentamento à pandemia?
- 2) Pode me falar como o hospital foi reestruturado em relação a insumos, recursos materiais, equipamentos tecnológicos, instalações físicas, recursos humanos?
Pergunta oculta: Tem mais algum aspecto que queira acrescentar?
- 3) Pode me dizer como o hospital se reestruturou em relação aos processos? (fluxos, dinâmica de atendimento, interface com a rede de saúde).
- 4) Quais foram os impactos desta reestruturação?
Pergunta oculta: para o ensino, pesquisa e assistência?
- 5) Qual a sua impressão em relação aos objetivos propostos para a reestruturação?
Pergunta oculta: Teria alguma outra ação que poderia ter sido diferente?
- 6) Pode me dizer como foi o resultado imediato desta reestruturação?
Pergunta oculta: Quais foram os facilitadores e dificultadores identificados?
- 7) Me diga quais foram as lições aprendidas e quais os maiores desafios para a retomada?
Pergunta Oculta: Quais foram as atividades mais atingidas? Existe um plano de recuperação a curto, médio e longo prazo?

APÊNDICE 2 – ROTEIRO PARA A COLETA DOCUMENTAL

Características relacionadas aos componentes estrutura, processo e resultado	Tipo do Material e quantidade	Observações
Instalações físicas		
Insumos		
Recursos Humanos		
Recursos Financeiros		
Recursos Materiais		
Recursos Tecnológicos		
Apoio político		
Dinâmica de atendimento		
Fluxos		
Atuação profissional		
Interface com a Rede de Saúde		
Protocolos		
Lições aprendidas		
Mudanças no estado de saúde dos indivíduos como resultado da prestação de serviços pelo CHC		
Resultado imediato da reestruturação do hospital		
Satisfação de padrões e de expectativas dos trabalhadores		
Planejamento para o pós-Covid-19		

APÊNDICE 3 – QUADROS COM CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS NA FORMA DE SEGMENTOS CODIFICADOS

(Continua...)

QUADRO 2 – RESUMO COM SEGMENTOS CODIFICADOS REFERENTES A CATEGORIA ESTRUTURA E RESPECTIVAS SUBCATEGORIAS

Subcategoria/ Unidades de registro (UR)	Código das US	Unidades de significação (US)	Exemplos de segmentos codificados – extração de corpus de fala do participante, documental e notas do acervo pessoal do diário de bordo	Total US/UR*
Recursos Humanos	US1	<ul style="list-style-type: none"> - Comitê de Crise (36). - Equipe multiprofissional foi atuante (funções administrativas e assistenciais) (28). - Proteção de profissionais que atenderam aos pacientes Covid-19, com uso de EPIs, respeitando o distanciamento social, minimizando reuniões, etc. (42). - Contratação de equipe multiprofissional (42). - Ações de educação permanente (40). - Afastamento laboral dos profissionais (32). - Impacto emocional: medo e insegurança no local de trabalho (28). 	<p>“Foi montado um comitê de crise” (E1)</p> <p>“O responsável pela reestruturação do hospital para fazer esse enfrentamento à pandemia [...] toda a direção do hospital, né? Incluído o superintendente, gerentes, setores, divisões, unidades [...]” (E1)</p> <p>“Multiprofissional, porque eu acho que é assim que a gente tem que trabalhar mesmo, né? Com todas as expertises de cada um” (E18)</p> <p>“Então a gente tem que fazer o possível e o impossível para proteção das pessoas e a a intervenção distanciamento físico das pessoas o uso de máscaras uso de álcool gel a higiene das mãos com água e sabão. Fundamental evitar reuniões com muitas pessoas” (E6)</p> <p>“[...] a gente conseguiu sobreviver com os PSS³⁴” (E11)</p> <p>“A gente começou a ter muitos atestados com suspeitas de Covid. Tivemos funcionários com Covid. Tivemos uma que foi internada, entubada graças a Deus está ótima, né?” (E18)</p> <p>“Mesmo que seja provisório essas pessoas. Treinar essas pessoas. Treinar quem está lá dentro, e colocar na unidade Covid” (E22)</p> <p>“Parecia um cenário de guerra [...]” (E35)</p> <p>“Os servidores tinham medo de se contaminar, contaminar os familiares [...] a questão da insalubridade precisou ter atenção” (E36)</p> <p>“A academia [ensino] esteve mais alheia ao enfrentamento” (E36)</p>	252

³⁴ Processo Seletivo Simplificado: uma forma de contratação de profissionais em serviços públicos, na modalidade de contrato.

QUADRO 2 – RESUMO COM SEGMENTOS CODIFICADOS REFERENTES A CATEGORIA ESTRUTURA E RESPECTIVAS SUBCATEGORIAS

Subcategoria/ Unidades de registro (UR)	Código das US	Unidades de significação (US)	Exemplos de segmentos codificados – extração de corpus de fala do participante, documental e notas do acervo pessoal do diário de bordo	Total US/UR*
Recursos Humanos	US1	<p>- Apoio frágil por docentes, percebido pelos profissionais (4).</p> <p>- O uso da infraestrutura física: ausência de hospital de campanha/uso do CHC maternidade Vítor do Amaral (comodato) – por 12 meses, distribuídos em leitos de retaguarda e leitos de casos leves (21).</p>	<p>“[...] ambulatórios, tivemos que fechar para permitir o atendimento de pacientes com covid... Enfermarias fechadas para permitir o internamento de pacientes covid, UTI também ficava muito mais eh dirigida para pacientes e tivemos que criar locais de enfermaria. eh como muita gente também ai teve um grande trabalho da (nome né?)” (E4)</p> <p>“Nós temos aí uma característica peculiar que é ter um hospital à distância aqui, que é a maternidade [Maternidade Vítor Ferreira do Amaral], onde a gente também teve que trabalhar [...]” (E10)</p>	
Recursos Físicos	US2	<p>- CHC opta, inicialmente por não ser referência (gerando críticas), apenas depois, com a normativa pela Secretaria de Estado, passa a atuar; e oferta da carta de serviços contínua (2).</p> <p>- Primeiras admissões de paciente Covid-19 no CHC (8).</p> <p>- Identificação de portas de entrada para o paciente Covid-19 com desenhos dos primeiros fluxos: uso das alas de enfermaria do prédio e atendimento em Y, com o mapeio de parque tecnológico, somados às tendas para</p>	<p>“[...] a infraestrutura foi criar vestiário, criar local de descanso, criar pia, tudo isso a gente foi fazendo na medida que foi entrando o paciente” (E15)</p> <p>“[...] na farmácia a gente funcionava sempre com quatro bancadas, então eu tinha um técnico em cada bancada que recebiam as prescrições médicas, o farmacêutico avaliava e esse técnico separa toda a medicação da prescrição, dispensa no sistema e depois entrega na unidade. A gente funcionava para o hospital com quatro bancadas, nós tivemos que implementar uma quinta bancada, por que a gente não dava conta do volume” (E2)</p> <p>A crítica decorre do papel social e de perfil do hospital – atendimento na esfera pública –; contudo, pode-se inferir que o hospital procurou não se comprometer em demasiado, em temor à responsabilidade total para o enfrentamento da crise (DB).</p> <p>Cronologicamente, o CHC teve a sua primeira admissão de Covid-19 em 27 de março, o 2º caso em 8 de abril, e o 3º caso em 22 de abril (D).</p> <p>Reorganização do CHC – alas e atendimento em Y. “O exército colocou tendas anexas ao hospital com apoio do exército” (E42) (D).</p>	95

(Continuação)

QUADRO 2 – RESUMO COM SEGMENTOS CODIFICADOS REFERENTES A CATEGORIA ESTRUTURA E RESPECTIVAS SUBCATEGORIAS

Subcategoria/ Unidades de registro (UR)	Código das US	Unidades de significação (US)	Exemplos de segmentos codificados – extração de corpus de fala do participante, documental e notas do acervo pessoal do diário de bordo	Total US/UR*
Recursos Físicos	US2	<p>triagem – o exército colocou tendas anexas ao hospital. (32). Todas as salas de aulas foram requisitadas e destinadas para apoio e/ou dormitório de funcionários (4).</p> <p>- Demanda face às ondas Covid-19 (21).</p> <p>- Reserva de leitos para funcionários (aproximadamente dois leitos) (2).</p> <p>- Manutenção das pesquisas (5).</p>	<p>“[...] o 6º andar foi transformado em UTI exclusivamente para atendimento Covid-19, e imediatamente isolada dos demais fluxos, restringindo acessos e organizados em equipe de apoio logística de entrega de material, hotelaria, limpeza, volante, etc.” (E) (D).</p> <p>“Todas as salas de aulas foram requisitadas e destinadas para apoio/dormitório de funcionário” (E4)</p> <p>“Houve um mapeamento de todo o hospital para levantar as condições de saída de Oxigênio, ar comprimido, rede elétrica, etc” (E5)</p> <p>“[...] todas as UTIs foram destinadas a Covid, paciente adulto internado em ala pediátrica, masculino e feminino em mesmo espaço, em detrimento a ausência de leitos, muitos casos de óbitos” (E42)</p> <p>“Na onda de covid-19 que precedeu a vacinação, foi o momento que o hospital mais sentiu dificuldade em termos de demanda. Ainda, filas de ambulância, muitos pacientes em ventilador mecânico nas enfermarias” (E42)</p> <p>“As pesquisas clínicas laboratoriais se mantiveram, ao passo que para as demais áreas e de outros tipos foram suspensas” (E2).</p> <p>Pesquisas que fariam contato com pacientes, profissionais, em unidades/setores/enfermarias como espaço físico ficaram comprometidas ou suspensas (DB).</p>	
Recursos Tecnológicos, Materiais e Insumos	US3	<p>- Aquisição de equipamentos como apoio para a condição clínica de pacientes e processos específicos do CHC (38).</p> <p>- Associação dos Amigos do HC (18).</p>	<p>“[...] nós temos a associação dos amigos que ela capta dinheiro para utilizar no Hospital de Clínicas [...] foi o que nos salvou muitas vezes muitos respiradores eles compraram muito tomógrafo é todos os equipamentos que nós precisávamos e que não por ser um órgão público não tinha como sair comprando com dinheiro a sucessão” (E1)</p> <p>“[...] as aquisições foram enormes de equipamentos (E16)</p>	96

(Continuação)

QUADRO 2 – RESUMO COM SEGMENTOS CODIFICADOS REFERENTES A CATEGORIA ESTRUTURA E RESPECTIVAS SUBCATEGORIAS

Subcategoria/ Unidades de registro (UR)	Código das US	Unidades de significação (US)	Exemplos de segmentos codificados – extração de corpus de fala do participante, documental e notas do acervo pessoal do diário de bordo	Total US/UR*
Recursos Tecnológicos, Materiais e Insumos	US3	<ul style="list-style-type: none"> - Preocupação pelo risco de faltar insumos gerais para o hospital e estratégias pensadas (15). - Conferência de estoques e inventário de equipamentos (13). - Utilização de equipamentos obsoletos (6). - Vacinação contra a Covid-19 (6). 	<p>“A gente teve uma também a chegada de duas máquinas unitalizadoras³⁵ de medicamentos. Que como volume de medicamento aumentou a gente precisa etiquetar ele com o código de barras” (E4)</p> <p>Houve um relato sobre escassez de recursos para insumos e materiais, porém, ao todo, percebeu-se que a intenção foi de referir-se à dificuldade com a ausência de produto/matéria-prima disponível no mercado, o que esteve para além da alçada do CHC (DB)</p> <p>“Com o levantamento de insumos já se programou o quantitativo necessário, reforço de estoque e também por causa do ano fiscal envolvendo empenho e custeio de insumos/materiais aos hospitais. Em janeiro de 2020, quando deu-se início à demanda, o hospital tinha recursos de insumos mais confortáveis quando outros serviços não tiveram este tempo” (E40)</p> <p>“Aparelho de Ventilação Mecânica obsoletas foram calibradas e utilizadas no período de maior demanda para UTI neonatal e UTIs pediátricas. Em 2021, foi necessário ajustar o número de geradores” (E42)</p> <p>Em abril de 2021, foi necessário o uso do filtro HEPA (D).</p> <p>“A cada leito de UTI foram calculadas oito bombas de infusão, um respirador, um monitor e máquina de hemodíalise. Havia um controle diário: O estoque de medicamentos e controle de oxigênio, este último, premissa para decisão em colocar o paciente no respirador. O parque tecnológico como um todo no hospital, foi renovado” (E32) (D).</p> <p>“Em janeiro, houve a 1ª dose da vacina contra a Covid-19” (E22). Foi implantado, neste mesmo mês, o teste rápido em funcionários sintomáticos, bem como em pacientes e acompanhantes (D).</p> <p>“[...] o hospital também investiu pesadamente na compra de testes para diagnóstico precoce através do teste dos das pessoas com covid para poder serem afastadas (E4)</p>	

(Continuação)

³⁵ Trata-se de equipamento de uso específico para o setor da farmácia.

QUADRO 2 – RESUMO COM SEGMENTOS CODIFICADOS REFERENTES A CATEGORIA ESTRUTURA E RESPECTIVAS SUBCATEGORIAS

Subcategoria/ Unidades de registro (UR)	Código das US	Unidades de significação (US)	Exemplos de segmentos codificados – extração de corpus de fala do participante, documental e notas do acervo pessoal do diário de bordo	Total US/UR*
Recursos Tecnológicos, Materiais e Insumos	US3		<p>“A roupa começou a desgastar mais rapidamente porque a gente mandava lavar mais rapidamente então foi um problema. Mas conseguimos contornar” (E7)</p> <p>“Nunca faltou um EPI. Nunca faltou. No hospital o grupo de segurança do trabalhador tinha um andar numa sala com todos os EPIs: calçado, face Shields para todos os funcionários novos que entraram” (E24)</p> <p>“[...] tínhamos anestésicos, os bloqueadores neuromusculares. Em épocas que a gente estava vendo que o estoque não ia ser suficiente, houve reunião clínica, discussão de protocolo” (E10) “[...] para você ter uma ideia (nome suprimido) tivemos um aumento de 120% de itens, medicamentos dispensados” (E18)</p>	
Recursos financeiros e apoio externo	US4	<ul style="list-style-type: none"> - Entraves e facilidades relacionadas ao recurso financeiro na provisão de tecnologias complexas (4). - Financiamento para pesquisas clínicas relacionadas à Covid-19 (23). - Interface com a rede de saúde como apoio (5). - Uso de publicações por órgãos regulamentadores como apoio (7). 	<p>“Bloqueadores e esses anestésicos eles começaram a faltar no mercado. No Brasil inteiro, não só aqui e não porque a gente não tivesse processo de compra. A gente tinha processo de compra vigente, tinha recurso financeiro, tinha tudo, fornecedor não tinha [...] itens que a gente consumia 300, 400 no mês, nós consumíamos 600 por dia” (E18)</p> <p>“As pesquisas com novos medicamentos como a vacina, como os antivirais isso existe projetos e tem financiamento próprio do projeto [...] vão desde testes para diagnóstico de Covid com a participação inclusive da própria Universidade Federal do Paraná nos auxiliando, ofertando testes, mas também de nossos profissionais especialistas em fisiologia, em laboratório” (E1). Além de testes combinados Covid-19/Influenza (D)</p> <p>“Com relação a pesquisa o que eu posso dizer para você é que o hospital de clínicas, como centro, recebeu uma série de proposições de pesquisa e entidades nacionais e internacionais além do que muitos profissionais nossos aqui desenvolveram vários projetos de pesquisa [...] a doutora [nome suprimido] é uma infectologista nossa em que foi convidada a participar da pesquisa que envolveu mil e quatrocentos participantes. Foi o local do Brasil onde mais teve participantes voluntários da pesquisa CoronaVac” (E4)</p> <p>“Houve interface com a Secretaria Municipal de Saúde. Ela que decidiu o que precisava. Do mesmo modo Secretaria Estadual de Saúde. A partir do momento que começou a ver um</p>	

(Continuação)

QUADRO 2 – RESUMO COM SEGMENTOS CODIFICADOS REFERENTES A CATEGORIA ESTRUTURA E RESPECTIVAS SUBCATEGORIAS

Subcategoria/ Unidades de registro (UR)	Código das US	Unidades de significação (US)	Exemplos de segmentos codificados – extração de corpus de fala do participante, documental e notas do acervo pessoal do diário de bordo	Total US/UR*
Recursos financeiros e apoio externo	US4		<p><i>incremento no número de pessoas com covid e que os infectologistas disseram que era importante, que era fundamental que tivesse uma programação pra atendimento” (E12)</i></p> <p><i>“[...] órgãos reguladores foram apoio com condutas, guidelines orientadas pelo Ministério da Saúde além da disponibilização de recursos financeiros envolvendo compras centralizadas” (E12)</i></p> <p><i>“O WhatsApp foi uma boa ferramenta na comunicação entre a rede Ebserh. Por exemplo, a rede da Bahia do hospital de Salvador, compartilhando experiências na assistência, do Maranhão que emprestou medicamentos” (E5).</i></p> <p>Houve a representação por meio de fluxos sobre o CHC na rede de saúde (D).</p> <p>A Associação Amigos do HC foi um importante apoio observado (DB).</p> <p><i>“A graduação, pós-graduação e atividades relacionadas mantiveram as bolsas, e logo veio o trabalho na forma online” (E31)</i></p>	
			TOTAL	482**

LEGENDA: UR – Unidade de Registro

US – Unidade de Significação

* As USs em conjunto, resultam no quantitativo de UR

** Incluídas US oriundas da Entrevista (n=470), Documentos (n=8) e Diário de Bordo (n=4)

Fonte: a autora (2023).

(Conclusão)

(Continua...)

QUADRO 3 – RESUMO COM SEGMENTOS CODIFICADOS REFERENTES A CATEGORIA PROCESSO E RESPECTIVAS SUBCATEGORIAS

Subcategoria/ Unidades de registro (UR)	Código das US	Unidades de significação (US)	Exemplos de segmentos codificados – extração de corpus de fala do participante, documental e notas do acervo pessoal do diário de bordo	Total US/UR*
<p>Protocolos, Fluxos e Dinâmica de Atendimento</p>	<p>US1</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Protocolos elaborados, que nortearam o processo de trabalho das diversas áreas e setores (40). - Fluxos desenhados, que nortearam o processo de trabalho das diversas áreas e setores (39 documentos), além de outros materiais (50), incluindo boletim epidemiológico (262). - Dinâmica de atendimento ao paciente Covid-19 (suspensão de visitas e acompanhantes, aulas da graduação, estágios, voluntários, e cirurgias eletivas; isolamento de áreas, disposição por cores, triagem nas portas fluxos para RSS, condutas para casos de óbitos e reconhecimento pela família; fluxos para emergência e realização de exames, vestiários, banheiros e copas exclusivos para funcionários de área Covid-19 foram fixadas nas suas próprias áreas de trabalho) (4). - Canais de comunicação internos (2). 	<p>Ao todo, foram elaborados 24 Protocolos para subsídio de ações, desde a parte clínica do paciente covid-19 até serviços de apoio no processo de trabalho e 39 fluxos na forma de esquema, representação esquemática/fluxograma/diagrama (D).</p> <p><i>“Nós conseguimos também fazer linhas de identificação, né? Aonde ia passar o paciente Covid pra identificar o caminho, mais rápido a seguir quando o paciente chegava em emergência. Barreiras”</i> (E14) Áreas respiratórias foram restritas e os trajetos foram marcados, numa forma de distinção por cores (cor verde para a área limpa, amarelo para área potencialmente contaminado e na cor vermelho para a área contaminada) (D); foi produzido um vídeo para elucidação do fluxo de pacientes idosos com SRAG (D).</p> <p><i>“Nós tínhamos fluxo pra receber paciente pediátrico, fluxo pra receber a mãe grávida, todos pensando no covid”</i> (E12)</p> <p><i>“Com os fluxos, houve fila de ambulâncias na porta de entrada”</i> (E34)</p> <p><i>“A prescrição ela é impressa aqui. E aí essa prescrição a gente leva para a unidade que quando chega lá a enfermagem confere o que é que nós estamos entregando. Como não podia mais papel, então não se imprime mais. Vai só um relatório dentro de onde vai o medicamento que é um saco plástico [...]”</i> (E4). Foram produzidos dois fluxogramas com orientações acerca de prescrições e prontuários do paciente na área Covid-19 (D), aspectos que deveriam ser considerados em triagem na porta de entrada (D), um fluxo para a emergência e um fluxo para Apoio – exames de imagem, laboratório e centro cirúrgico (D).</p> <p><i>“Os fluxos internos ao hospital precisaram ser pensados quanto aos horários para a circulação da roupa, laboratório, necrotério, etc”</i> (E33)</p> <p><i>“Então o paciente foi de alta, foi suspenso, foi a óbito. Qualquer motivo. Esse medicamento não voltava mais. Ficava dentro da unidade. Duas vezes por semana a farmácia lá recolhia tudo... Sete dias desse medicamento em quarentena [...] recomendada pelo Serviço de Controle de Infecção”</i> (E6)</p> <p><i>“Tanto treinamento com as equipes na paramentação na desparamentação para não se contaminar no em tudo que a gente pode fazer”</i> (E22)</p>	<p>345</p>

(Continuação)

QUADRO 3 – RESUMO COM SEGMENTOS CODIFICADOS REFERENTES A CATEGORIA PROCESSO E RESPECTIVAS SUBCATEGORIAS

Subcategoria/ Unidades de registro (UR)	Código das US	Unidades de significação (US)	Exemplos de segmentos codificados – extração de corpus de fala do participante, documental e notas do acervo pessoal do diário de bordo	Total US/UR*
<p>Protocolos, Fluxos e Dinâmica de Atendimento</p>	<p>US1</p>		<p>Foram elaborados quatro vídeos para auxílio aos treinamentos (montagem de ventilador mecânico, uso correto dos EPIs, e sobre mudança de protocolos) (D). O refeitório e as salas de espera foram modificados (D).</p> <p>Houve o estabelecimento de canais de comunicação com os profissionais, tais como o site do hospital e um grupo no canal institucional <i>Microsoft Teams</i> (Covid-CHC-UFPR) (D). O volume expressivo de materiais produzidos também pode ser configurado como canais de comunicação, além do próprio prontuário do paciente (DB). O total de 50 documentos, na forma de materiais de orientação, fichas, formulários, também foram elaborados, instrumentalizando o atendimento, inclusive em amparo para aspectos éticos, como condutas no óbito de pacientes (D). Foram 262 arquivos relacionados aos boletins epidemiológicos.</p> <p><i>“[...] os estudantes de graduação tiveram as aulas interrompidas, posteriormente, os estagiários. Mas do mesmo modo também é perdeu né? Porque nem todos os laboratórios e enfermaria estavam funcionando. Então perderam bastante com isso. A pandemia fez todos nós perdermos bastante”</i> (E3)</p> <p><i>“Mas alguns cursos de extensão que nós fizemos nós fizemos online”</i> (E4)</p>	
<p>Atuação profissional</p>	<p>US2</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Suporte à assistência, conforme especialidade, equipe multiprofissional como potencialidade (26). - Time de Resposta Rápida (2). - Dificuldades na atuação (16). - Educação permanente (3). - Atuação no ensino e na pesquisa (6); 	<p><i>“O suporte por profissionais infectologistas foi uma das primeiras condutas tomadas”</i> (E1)</p> <p><i>“Foi preciso treinar para sequência de intubação rápida para a medicina. O manejo clínico do paciente foi reaprendido diante da complexidade de atendimento. Foi necessária mais inserção de fisioterapeutas”</i> (E34), atuação importante por parte Terapeutas Ocupacionais, Pedagogos, Psicologia (D).</p> <p><i>“A área de hemodiálise precisou se readaptar também pela gravidade dos pacientes”</i> (E42)</p> <p><i>“Foi organizado dois Times de Resposta Rápida (Clínico e Covid-19) de modo a operacionalização ágil, principalmente, caso de intubação rápida”</i> (E34)</p>	<p>53</p>

(Continuação)

QUADRO 3 – RESUMO COM SEGMENTOS CODIFICADOS REFERENTES A CATEGORIA PROCESSO E RESPECTIVAS SUBCATEGORIAS

Subcategoria/ Unidades de registro (UR)	Código das US	Unidades de significação (US)	Exemplos de segmentos codificados – extração de corpus de fala do participante, documental e notas do acervo pessoal do diário de bordo	Total US/UR*
Atuação profissional	US2		<p>“A fisioterapia deparou-se com dificuldades no manejo frente ao cuidado na exposição ao paciente, assim como na enfermagem, na aspiração orotraqueal, também facilitada pelo uso de sistema fechado” (E26)</p> <p>“Na UTI havia um gasômetro para facilitar o processo de trabalho” (E36), em certa frequência, foi percebido a menção à atuação da enfermagem (DB).</p> <p>“A enfermagem esteve o tempo todo na linha de frente, o enfermeiro repensou o cuidado fundamental necessário para o paciente conforme o perfil de cuidados” (E32)</p> <p>“Os farmacêuticos não entravam em contato com a equipe assistencial, isolamentos de contato foram acoplados como barreira neste setor” (E4)</p> <p>“Foi feito estudo, conciliamos medicamentos, intensivistas, anesthesiologistas e farmacêuticos clínicos, para otimizar os anestésicos” (E42)</p> <p>Como ferramentas de apoio para a educação permanente, foram elaborados vídeos para disponibilizar e auxiliar aos treinamentos dos profissionais (DB).</p> <p>“[...] somos hospital escola com os nossos residentes que nós temos cerca de 500 residentes, quase 400 são residentes médicos, os restantes são residentes multiprofissionais. Então os residentes nossos sofreram muito. Imagine por exemplo que eles foram eh interrompidos todas as cirurgias eletivas. Então quem estava fazendo a residência em cirurgia teve o primeiro impacto. Quer dizer eles não poderiam operar a não ser que fosse emergência. Então houve um uma perda muito grande no prejuízo muito grande do aprendizado, nós temos uma preocupação muito grande” (E30)</p> <p>Os pós-graduandos com vínculo trabalhista no CHC tiveram de pausar suas pesquisas, temporariamente, face às demandas do trabalho (DB).</p>	398*
TOTAL				398*

NOTA: *Incluídas US oriundas da Entrevista (n=49), Documentos (n=337) e Diário de Bordo (n=12)

Fonte: a autora (2023).

(Conclusão)

(Continua...)

QUADRO 4 – RESUMO COM SEGMENTOS CODIFICADOS REFERENTES A CATEGORIA, RESULTADOS E RESPECTIVAS SUBCATEGORIAS

Subcategoria/ Unidades de registro (UR)	Código das US	Unidades de significação (US)	Exemplos de segmentos codificados – extração de corpus de fala do participante, documental e notas do acervo pessoal do diário de bordo	Total US/UR*
Resultados imediatos	US1	<ul style="list-style-type: none"> - Perfil de hospital público (3). - Atender ao paciente e proteger quem estava atendendo, face ao medo instalado e sobrecarga de trabalho (11). - (Re)desenho dos processos (4). - Monitoramento pela CCIH (6). - Condutas <i>versus</i> fases Covid-19 (3). - Segurança do paciente (6). - Primeiras condutas sobre pesquisas (8). 	<p>“O resultado imediato foi atender, né? Foi assim o grande... O resumo foi dar o atendimento. Então o HC ele foi um dos primeiros a serem chamados e está sendo último a ser liberado, né? Porque o HC ele tem uma estrutura de hospital terciário” (E12)</p> <p>“O hospital ser um hospital público de ensino foi um elemento facilitador então pra essa reestruturação, certeza, embora a gente sabe também que hospitais privados também agiram nesse sentido, né?” (E7)</p> <p>“A visita proibida” (E11)</p> <p>O (re)desenho de fluxos e processos (apontados na categoria anterior) (DB).</p> <p>Implantação de nota técnica para orientação de profissionais sobre pedido de insalubridade na pandemia (D). À medida dos acontecimentos, questões de segurança para ambos, no sentido de contaminação (E) (DB).</p> <p>“Um resultado imediato foi também a sobrecarga de trabalho” (E5)</p> <p>“Chegamos a monitorar 70 pacientes/dia de Covid... e tínhamos as outras demandas também do setor” (E5). Pela característica do setor – controle de infecção hospitalar/infectologia – tem-se uma noção da pressão redobrada pelos profissionais, no anseio por condutas a serem tomadas envolvendo o paciente Covid (DB). “[...] a CCIH não parou, continuamos tendo micro-organismos multirresistentes. Estudar e estudar muito rápido tudo sobre a doença” (E5)</p> <p>Observada conduta mediante fases da Covid-19 no CHC (DB).</p> <p>“Pressão por leitos, protocolos de extubação elaborados baseados em protocolos internacionais - cuidado paliativos. Foi a fase de condições clínicas graves e rápidas da Covid-19” (E34)</p>	41

(Continuação)

QUADRO 4 – RESUMO COM SEGMENTOS CODIFICADOS REFERENTES A CATEGORIA, RESULTADOS E RESPECTIVAS SUBCATEGORIAS

Subcategoria/ Unidades de registro (UR)	Código das US	Unidades de significação (US)	Exemplos de segmentos codificados – extração de corpus de fala do participante, documental e notas do acervo pessoal do diário de bordo	Total US/UR*
Resultados imediatos	US1		<p>O medo da falta de medicamento foi experiência (DB). <i>“Os pacientes covid-19 eram sedados com propofol o que levava ao medo de escassez e a estratégia foi a harmonização dela”</i> (E1) (D).</p> <p><i>“Dentro das condições de estrutura e processos readequados, o hospital conseguiu atender a demanda de Covid-19”</i> (E2) (DC) (D).</p> <p><i>“O hospital assumiu a sua responsabilidade social, acabou respondendo melhor, pois houve uma boa mobilização de modo a atender bem, muitos pacientes. Até na segurança do paciente (E)”</i>. Outros relatos versaram sobre a necessidade de retomar protocolos antes implantados acerca da segurança do paciente (DB).</p> <p>Planejamento de retomada das atividades foram pensadas. Em setembro 2022, houve o plano de retomada para cirurgias eletivas pela gestão (D).</p> <p><i>“[...] não se tinha cabeça para pensar em pesquisa. Mas à medida que foi passando, a coleta de dados foi em volume alucinante, a gente coletou muita coisa, controle de infecção, perfil, prognóstico...exemplo: técnicas, adaptações feitas, validação”</i> (E5).</p> <p>Com as especialidades da residência médica direcionada ao atendimento Covid-19 houve atrasos importantes em quantitativo de cirurgias eletivas (E). <i>“Em relação ao ensino, o saldo é péssimo”</i> (E42). A participação da universidade, no geral, foi muito tímida (E) (DB).</p> <p>A necessidade de descoberta por vacina/medicamentos suscitou a pesquisa clínica no hospital. Todavia, foi constituída por profissionais que também são professores e assumiram as pesquisas relacionadas à Covid (DB).</p>	

(Continuação)

QUADRO 4 – RESUMO COM SEGMENTOS CODIFICADOS REFERENTES A CATEGORIA, RESULTADOS E RESPECTIVAS SUBCATEGORIAS

Subcategoria/ Unidades de registro (UR)	Código das US	Unidades de significação (US)	Exemplos de segmentos codificados – extração de corpus de fala do participante, documental e notas do acervo pessoal do diário de bordo	Total US/UR*
Mudança no estado de saúde dos indivíduos	US2	<ul style="list-style-type: none"> - Intubação orotraqueal de pacientes e VM implica demanda ou mais força de trabalho (12). - Humanização e nutrição ao paciente Covid-19 (7). - Aquisição de equipamentos complexos versus resultados de cuidado (4) (E). - Conhecimento atrelado às condutas assertivas para população (2). 	<p>“Teve intubação rápida e intubação nas enfermarias devido a evolução rápida do paciente, por volta do sétimo/décimo dia de internação” (E42)</p> <p>“Foram necessários até sete profissionais para pronar, com Peep³⁶, Flo2 alta etc., de forma sincronizada o paciente em UTP” (E13). Reforça-se que vídeos foram produzidos, buscando ofertar capacitação e menos erros pela equipe (D) (DB).</p> <p>Como uma forma de atenção humanizada ao paciente Covid-19, a nutrição buscou atender particularidades dos pacientes quanto à alimentação e ao metabolismo, utilizando-se dos gostos pessoais do paciente (DB).</p> <p>“[...] a aceleração de aquisição de recursos de ressonância magnética, raio-x, que talvez em outro momento, não seria, ajudou os pacientes com covid-19” (E34)</p> <p>“Com a vacinação, os pacientes que adquiriram o vírus, começaram a ter sintomas mais brandos e pouca evolução ruim no seu estado de saúde” (E42) (DB). A cada nova onda, outras descobertas sobre o vírus permitiam atuar de forma ágil, implicando, assim, em cuidados mais assertivos à clientela e, como desfecho, pode implicar em mudanças positivas em seu estado de saúde (DB).</p>	27
Satisfação e expectativas dos trabalhadores	US3	<ul style="list-style-type: none"> - Pontos positivos: instrumentalização, apoio e provisão multiprofissional, materiais e espaços para profissionais; alojamento para profissionais, espírito de pertencimento na equipe (14). 	<p>“[...] profissionais que tinham receio de retornar aos seus domicílios por medo da contaminação de filhos, esposas, maridos, convivência com grupo considerado vulnerável etc., foi feito um convênio com o Hospital Couto Pereira” (E42) (D).</p> <p>Os profissionais afastados com Covid-19 foram telemonitorados pelo hospital (D).</p> <p>“E a parte emocional, o hospital também criou e todas as sextas hum um canal de escuta com os psiquiatras para os funcionários” (E2)</p>	42

(Continuação)

³⁶ Peep (Pressão Expiratória Final Positiva) e FIO2 (Fração Inspirada de Oxigênio). Em razão do perfil de cuidados complexos a pacientes Covid-19, muitos demandavam o uso de VM invasiva, assim, ajustes em parâmetros ventilatórios foram necessários (Grassili *et al.*, 2021).

QUADRO 4 – RESUMO COM SEGMENTOS CODIFICADOS REFERENTES A CATEGORIA, RESULTADOS E RESPECTIVAS SUBCATEGORIAS

Subcategoria/ Unidades de registro (UR)	Código das US	Unidades de significação (US)	Exemplos de segmentos codificados – extração de corpus de fala do participante, documental e notas do acervo pessoal do diário de bordo	Total US/UR*
Satisfação e expectativas dos trabalhadores	US3	<p>- Pontos negativos: o ensino prejudicado, residentes realocados quanto à especialidade, perdas de oportunidades, visibilidade do hospital na vacina e atuação dos profissionais (28).</p>	<p>O saldo psicológico foi apontado, em geral, como negativo; partindo de tal premissa, houve necessidade de acompanhamento psicológico aos profissionais (DB).</p> <p><i>“O CHC responde a processos jurídicos/administrativos, auditoria de óbitos de profissionais, etc. e ação coletiva a respeito de insalubridades no período da pandemia”</i> (E42). Uma pasta intitulada “Auditoria” e outra “Saúde do trabalhador” concentravam arquivos/materiais para nortear os gestores e profissionais.</p> <p><i>“Houve um saldo positivo voltado ao espírito de pertencimento ao local de trabalho, utilizar o conhecimento e expertise, trabalho em equipe e disposição em participar de reuniões coletivas e multiprofissional”</i> (E4)</p> <p>Um ganho importante para o hospital, pois os profissionais de serviço social e odontologia, antes em quantitativo reduzido no hospital, pode ser aumentado por meio de contratações (DB).</p> <p><i>“O ensino parou”. (E3). “[...] estágios práticos da graduação e pós-graduação ficaram restritos mediante o risco de contaminação”</i> (E5). <i>“Aos poucos, os internatos foram voltando, porém, as residências foram os que tiveram muitas perdas, as cirúrgicas coloproctologia, cirurgia geral, cirurgia plástica, dermatologia, urologia, neurocirurgia, cirurgia pediátrica, foram muito prejudicadas pois não conseguiram desenvolver as respectivas competências”</i> (E3)</p> <p>O <i>“Residente recém-chegado no hospital, talvez nunca tivesse feito uma intubação, aprendeu a fazer no paciente COVID. Aprender no susto é difícil. É rico, mas doloroso”</i> (E5) (E)</p> <p><i>“[...] o enfrentamento foi feito pela EBSERH e não pela academia”</i> (E42)</p> <p><i>“Na graduação foi uma grande oportunidade de aprendizados perdida”</i> (E34)</p> <p>Visibilidade do hospital na missão de Pesquisa face à vacinação e testagem rápida (DB).</p>	

(Continuação)

QUADRO 4 – RESUMO COM SEGMENTOS CODIFICADOS REFERENTES A CATEGORIA, RESULTADOS E RESPECTIVAS SUBCATEGORIAS

Subcategoria/ Unidades de registro (UR)	Código das US	Unidades de significação (US)	Exemplos de segmentos codificados – extração de corpus de fala do participante, documental e notas do acervo pessoal do diário de bordo	Total US/UR*
Lições aprendidas		<ul style="list-style-type: none"> - Viver uma pandemia (4). - Mapear recursos existentes e mensurar riscos de reestruturação (6). - Não subestimar a epidemiologia da doença (2). - Lições para o ensino (3). - Lições na pesquisa (3). 	<p>“Redesenhos da instalação física pré-existente foi uma das primeiras estratégias pensadas, mas tem que mensurar o risco disto” (E9)</p> <p>É preciso um plano de contingenciamento à gestão de crises. Os casos leves de Covid-19 rapidamente foram transformados em casos graves e sobrecarregaram o sistema do hospital (DB).</p> <p>“Emergência dentro da nossa emergência” (E42)</p> <p>“[...] a variante Ômicron, facilitou decidir... Mas precisou de mais recursos e novamente repensar” (E34)</p> <p>Sempre há potencial para o profissional desenvolver (DB), “aprendemos uma melhor noção de elaboração de protocolos, otimizar recursos, rodar de leitos, formas ágeis de atender o paciente, etc. Mas, muitos experts se aposentaram, muitos profissionais novos foram inseridos, profissionais temporários desligados, muitos pacientes graves e o hospital pressionados pela Rede de Saúde e agora sem o financeiro (E42) (D).</p> <p>“A tecnologia aproximou o paciente com a equipe de saúde, pois antes havia uma demora em contatá-lo [...]” (E6)</p> <p>No mês de novembro de 2020, na segunda onda Covid-19, uma nova organização foi pensada, já com base na experiência inicial de atendimento (DB).</p> <p>“Tem de investir em ambiente simulado de aprendizagem na residência, frente ao amadurecimento destes aprimorando o conhecimento e habilidade” (E4). É preciso que pesquisadores estejam prontos para situações de flexibilização e adaptação metodológica de suas pesquisas, como foi o caso desta presente pesquisa: adequar para a modalidade remota (DB).</p> <p>“Acreditar na ciência [...]” (E2)</p>	23

(Continuação)

QUADRO 4 – RESUMO COM SEGMENTOS CODIFICADOS REFERENTES A CATEGORIA, RESULTADOS E RESPECTIVAS SUBCATEGORIAS

Subcategoria/ Unidades de registro (UR)	Código das US	Unidades de significação (US)	Exemplos de segmentos codificados – extração de corpus de fala do participante, documental e notas do acervo pessoal do diário de bordo	Total US/UR*
Lições aprendidas			<p>“Pesquisas foram tramitadas no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital voltadas a condição pós-Covid dos pacientes nas suas mais diversas especialidades, maternoinfantil, intensivo, obstetrícia, neurologia [...] Tem um livro que estamos escrevendo sobre aspectos metodológicos” (E30). Foram aproximadamente 600 pesquisas (entre outros temas, além de Covid-19) (D).</p> <p>“Acreditar na ciência [...]” (E2)</p>	
Planejamento para o pós-Covid-19		<ul style="list-style-type: none"> - (Des)assistência ao paciente com a pandemia Covid-19 e estratégias para solução (15). - Sequelas pós-Covid-19, implicações em andamento e futuras (9). 	<p>No decorrer da pandemia, foi percebido que pacientes crônicos e/ou eletivos ficaram desassistidos, necessitando do retorno ao perfil desses pacientes (DB).</p> <p>“Foi pensado um Ambulatório Pós-Covid a pacientes pois começou a aparecer casos de sequelas de Covid-19, principalmente cardiologia e neurologia (E), este implantando no ano de 2022” (E18)</p> <p>“Os pacientes com alta hospitalar (Covid e demais crônicos) também foram telemonitorados pelo hospital” (E13), como uma forma de cuidado continuado por meio da gestão de altas, serviço do hospital (D).</p> <p>“Pacientes com diagnósticos tardios (por exemplo, oncologia) chegando com condições clínica mais complexas e demanda maior gasto financeiro” (E34).</p> <p>“O pós-Covid implicou na abertura de leitos-dia, monitoramento para casos de câncer, interconsulta, Linhas de cuidados prioritários, atualização de protocolos, trabalho acentuado com hospitalistas, implantação da Casa, estudo das filas cirúrgicas, mutirão de audiometria e ressonância com parcerias privadas” (E42).</p> <p>“Com a vacina, o hospital recebeu casos de reação vacinal, foi oportunidade para os alerginologistas assumirem” (E42).</p>	24
TOTAL			TOTAL	157*

NOTA: *Incluídas US oriundas da Entrevista (n=103), Documentos (n=35) e Diário de Bordo (n=19).

Fonte: a autora (2023).

(Conclusão)

APÊNDICE 4 – APRESENTAÇÃO DA MATRIZ DE ANÁLISE

(Continua...)

QUADRO 5 – MATRIZ DE ANÁLISE DA CATEGORIA ESTRUTURA. CURITIBA/PR. BRASIL, 2023

ESTRUTURA (482URs) (43,50 %)*			
MISSÃO DO CHC/UFP			
SUBCATEGORIAS (US)	ENSINO	PESQUISA	ASSISTÊNCIA
US 1 Recursos Humanos	Percebeu-se o descontentamento de profissionais da assistência relacionado ao apoio frágil da comunidade docente para o enfrentamento à demanda Covid-19 (E) (DB).	NA	A pandemia exigiu uma ação conjunta, desde a superintendência, gerência, setores, divisões, unidades, para o enfrentamento (E). Foi fundamental evitar reuniões com muitos servidores (E) no hospital, de modo a evitar a aglomeração face ao distanciamento físico das pessoas como uma estratégia de proteção (E). Contudo, muitas reuniões aconteceram para articular as estratégias, centralizadas no chamado comitê de crise, composto por representantes-chave do hospital (alta-gestão, coordenadores e administradores) (E). Ainda, foram asseguradas medidas como o uso de máscara, álcool em gel e comunicação por meios tecnológicos (E). Muitos profissionais foram acometidos pelo Sars-CoV-2, aumentando exponencialmente o número de atestados médicos com casos suspeitos e/ou diagnósticos confirmatórios, configurando desde casos mais leves até casos severos, com o uso de ventilação mecânica, sequelas e um caso de óbito, que abalou a equipe hospitalar causando medos ainda maiores (E). O impacto emocional foi representativo no início da pandemia; o sentimento por parte de chefias foi de associação à guerra (o papel de líder era de um “general que envia seus guerreiros à linha de frente”, enquanto permanecia em um cenário “mais confortável”). Assim, foi preciso disponibilizar apoio psicológico aos profissionais (E) (DB). Foram normatizadas, ainda, as insalubridades aos profissionais, à medida que outras unidades foram sendo redesenhadas – Criação da Comissão de Análise de Insalubridade Máxima, visando atribuir insalubridade adequada à exposição (E). Desse modo, para prover recursos humanos, uma contratação emergencial e imediata foi a opção, denominado Processo Seletivo Simples, uma vez que o número de leitos também foi aumentando gradativamente diante da demanda (E). A contratação não fora apenas de enfermeiros, mas também de equipe multiprofissional (E). Por se tratar de ação conjunta, foi necessário potencializar a equipe multiprofissional, cada qual com sua expertise (E). Por volta da segunda onda de Covid-19, foi necessária a contratação de mais médicos (DB). Os profissionais passaram a receber alimentação (anteriormente, nas pandemias, não recebiam por conta do vale-refeição) (E).

QUADRO 5 – MATRIZ DE ANÁLISE DA CATEGORIA ESTRUTURA. CURITIBA/PR. BRASIL, 2023

ESTRUTURA (482URs) (43,50 %)*			
MISSÃO DO CHC/UFP			
SUBCATEGORIAS (US)	ENSINO	PESQUISA	ASSISTÊNCIA
US 2 Recursos Físicos	As salas de aula foram destinadas ao alojamento para profissionais, treinamentos, etc. (E).	As pesquisas clínicas laboratoriais se mantiveram, ao passo em que as demais áreas que fariam contato com pacientes, profissionais, em unidades, setores, enfermarias, como espaço físico, ficaram comprometidas ou suspensas (E).	<p>O Município não abriu um hospital de Campanha e, por isso, os hospitais foram requisitados; neste caso, a maternidade Vítor do Amaral, para atendimento Covid-19, na forma de comodato, por aproximadamente 12 meses, distribuídos em leitos de retaguarda e leitos de casos leves (E). De início, o CHC não se colocou como hospital de referência, gerando críticas, somente <i>a posteriori</i> por determinação da Secretaria de Estado, porém continuou atendendo as competências do hospital, como cardiologia, neurologia, hematologia, hematocologia, entre outros. (1) (E). A crítica decorre do papel social e de perfil do hospital, isto é, do atendimento na esfera pública; contudo, pode-se inferir que o hospital procurou não se comprometer em demasiado, em temor à responsabilidade total para o enfrentamento da crise (DB).</p> <p>Cronologicamente, o CHC teve a sua primeira admissão de Covid-19 em 27 de março, o 2º caso em 8 de abril e, 3º caso em 22 de abril (D). Desde então, houve a identificado de portas de entrada para o paciente Covid-19 e organização dos primeiros fluxos: Reorganização do CHC – alas e atendimento em Y – o exército colocou tendas anexas ao hospital (E) (D). Por exemplo, o 6º andar foi transformado em UTI, exclusivamente para atendimento Covid-19, sendo imediatamente isolada dos demais fluxos, restringindo acessos e organizados em equipe de apoio logística de entrega de material, hotelaria, limpeza, volante, etc. (E) (D). Todas as salas de aulas foram requisitadas e destinadas para apoio/dormitório de funcionários (E). Houve um mapeamento de todo o hospital para levantar as condições de saída de Oxigênio, ar comprimido, rede elétrica, etc. (E).</p> <p>Em 2021, <i>“Na onda de covid-19 que precedeu a vacinação, foi o momento que o hospital mais sentiu dificuldade em termos de demanda. Todo o Sétimo andar era destinado a Covid, todas as UTIs foram destinadas a Covid, paciente adulto internado em ala pediátrica, masculino e feminino em mesmo espaço, em detrimento a ausência de leitos, muitos casos de óbitos, pacientes morrendo na porta”</i> (E42).</p> <p>Ainda, formaram-se filas de ambulância e muitos pacientes em ventilador mecânico nas enfermarias, tomando-se aspectos desafiadores (6) (E). Houve reserva de leitos para funcionários (aproximadamente dois leitos) (E).</p>

(Continuação)

QUADRO 5 – MATRIZ DE ANÁLISE DA CATEGORIA ESTRUTURA. CURITIBA/PR. BRASIL, 2023

ESTRUTURA (482URS) (43,50 %)*			
MISSÃO DO CHC/UFP			
SUBCATEGORIAS (US)	ENSINO	PESQUISA	ASSISTÊNCIA
US 3 Recursos Tecnológicos, materiais e de insumos	NA	NA	<p>Dada a característica de pacientes com agravamento da condição clínica por Covid-19, a aquisição de certos equipamentos foi significativa. Assim, respiradores, ventiladores mecânicos e tomógrafos foram adquiridos e doados na etapa inicial da pandemia, com o dinheiro captado pela Associação dos Amigos do HC (E). Houve, ainda, a provisão de máquinas unitalizadoras³⁷ de medicamentos. Ademais, em razão do volume medicamentoso, surgiu a necessidade de etiquetar as unidades medicamentosas, sendo preciso o uso de código de barras. Este recurso tecnológico presente facilitou o processo de trabalho diante do déficit de recurso humanos que seriam necessários (E). Todo o insumo mundial foi direcionado à China, houve preocupação sobre a falta de insumos e, assim, foram realizadas reuniões para conferência de estoques existentes: EPIs, luvas, máscaras, aventais, enfim, um inventário de equipamentos (E).</p> <p>Em 2020, por meio do levantamento de insumos, já se programou o quantitativo necessário, reforço de estoque (e, também, por causa do ano fiscal envolvendo empenho e custeio de insumos e materiais aos hospitais da esfera pública), de modo que, em janeiro, quando deu-se início à demanda de pacientes, o hospital tinha recursos de insumos mais “confortáveis” (palavra do participante) para iniciar em relação a outros serviços. Aparelho de Ventilação Mecânica obsoletas foram calibradas e utilizadas no período de maior demanda para UTI neonatal e UTIs pediátricas (E).</p> <p>Em 2021, foi necessário ajustar o número de geradores. Ainda, no período de abril, foi preciso o uso do filtro HEPA (D). A cada leito de UTI foram calculadas oito bombas de infusão, um respirador, um monitor e máquina de hemodiálise. Controle diário: o estoque de medicamentos e controle de oxigênio – premissa para decisão em colocar o paciente no respirador – (E), o parque tecnológico foi renovado no hospital (D). Ainda em janeiro, houve a 1ª dose da vacina contra a Covid-19 (E) (D). Foi implantado neste mesmo mês, o teste rápido em funcionários sintomáticos bem como em pacientes e acompanhantes. A vacinação, em suas três doses em 2021, por conseguinte, pode inferir em mais materiais e insumos (DB).</p>

(Continuação)

³⁷ Trata-se de equipamento de uso específico para o setor da farmácia.

QUADRO 5 – MATRIZ DE ANÁLISE DA CATEGORIA ESTRUTURA. CURITIBA/PR. BRASIL, 2023

ESTRUTURA (482URS) (43,50 %)*			
MISSÃO DO CHC/UFP			
SUBCATEGORIAS (US)	ENSINO	PESQUISA	ASSISTÊNCIA
US 4 Recursos financeiros e apoio externo	Discentes mantiveram bolsas de iniciação científica, extensão, etc. (E).	Houve financiamento para pesquisa relacionadas à Covid-19, por exemplo, na fase inicial, em que não se tinha medicamento para cura; as pesquisas direcionaram-se às vacinas de prevenção ao vírus/doença, como o caso de pesquisas sobre o medicamento Hidroxicloroquina e a Coronavac (E), além de testes combinados Covid-19/Influenza (D). Pós-graduandos bolsistas mantiveram bolsas de pesquisa (E).	<p>Não apenas o apoio e trabalho coletivo internamente ao hospital foi suficiente. Como já mencionado, a Associação dos Amigos do HC também se mostrou apoiadora significativa ao hospital, acerca da aquisição de recursos tecnológicos, materiais e insumos (DB). Dada a magnitude da pandemia, foi essencial o apoio de órgãos regulamentadores tais como condutas, <i>guidelines</i> orientadas pelo Ministério da Saúde, além da disponibilização de recursos financeiros envolvendo compras centralizadas. O Estado do Paraná foi uma parceira na compra de insumos e medicamentos, como bloqueadores, sedativos para a rede Ebsersh. Ainda mais, os hospitais Ebsersh apoiaram-se no compartilhamento de insumos e experiências no atendimento com o uso do <i>WhatsApp</i> como uma ferramenta de comunicação entre hospitais Ebsersh (E). É o caso da rede da Bahia, do hospital de Salvador: na perspectiva dos profissionais farmacêuticos, compartilharam suas experiências clínicas; já o Maranhão necessitou de empréstimos de medicamentos (E).</p> <p>Os pacientes acessavam o hospital por entrada regulada, muitos já em estado grave (E). Por vezes, os entraves estiveram relacionados à pouca agilidade nos processos de compra, por se tratar de um órgão público e seus trâmites específicos de licitação, embora alguns participantes relataram haver o “dinheiro”, porém não haver o produto/matéria-prima disponível no mercado (E).</p>

Legenda: NA – Não se aplica. Significa não ter havido dados para estas subcategorias em detrimento à missão do hospital.

* O cálculo da % considerou as três categorias.

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

(Conclusão)

(Continua...)

QUADRO 6 – MATRIZ DE ANÁLISE DA CATEGORIA PROCESSO. CURITIBA/PR. BRASIL, 2023

PROCESSO (398URs) (35,92%)			
SUBCATEGORIAS (US)	ENSINO	PESQUISA	ASSISTÊNCIA
<p>US1 Protocolos, Fluxos e Dinâmica de atendimento</p>	<p>As aulas da graduação foram suspensas, portanto, o acesso aos discentes e estagiários ficaram restritos no hospital, temporariamente; mais tarde, houve retorno de atividades extensionistas remotas, além do retorno às aulas via <i>Microsoft Teams</i>, pela universidade (E) (DB).</p>	<p>A pesquisa clínica foi prioridade, inicialmente (E). Mais tarde, as demais pesquisas precisaram passar por avaliação de justificativa para sua continuidade (D).</p>	<p>As visitas e acompanhantes dos pacientes hospitalizados foram suspensos. As cirurgias eletivas foram suspensas em atendimento às normativas (E). Ao todo, foram elaborados 237 documentos de modo orientar a dinâmica de atendimento e os fluxos necessários para tal na forma de Protocolos e representações esquemáticas/desenhos (D) (E). As áreas Covid-19 foram isoladas. Para tal, foram utilizados tapumes, como barreiras físicas, na separação de ambientes. Áreas respiratórias foram restritas e os trajetos foram marcados, numa forma de distinção por cores (cor verde para a área limpa, amarelo para área potencialmente contaminado e a cor vermelha à área contaminada) (D). O fluxo desenhado ajudou a minimizar o medo e contaminação, pois apenas havia uma entrada no hospital para o paciente Covid-19, que reduzia as chances de ocorrência. Ainda, houve triagem nas portas de entrada (E) (D), o que implicou na formação de filas de ambulância no hospital (E). Procurou-se representar a logística estabelecida para fluxo de Resíduos de serviços de Saúde (RSS); procedimentos adotados em casos de óbito e reconhecimento pelo familiar. Além disso, foram estabelecidos fluxos para emergência e Apoio – exames de imagem, laboratório e centro cirúrgico (E) (D). Os fluxos internos do hospital precisaram ser pensados quanto aos horários, rouparia, laboratório, necrotério, etc. (E). Os vestiários, banheiros e copas exclusivos para funcionários de área Covid-19 foram fixadas nas suas próprias áreas de trabalho. O refeitório e as salas de espera foram modificados (D). Houve o estabelecimento de canais de comunicação com os profissionais, tais como o site do hospital e um grupo no canal institucional <i>Microsoft Teams</i> (Covid-CHC-UFRPR), concentrando todo o material produzido para apoio (D).</p>

QUADRO 6 – MATRIZ DE ANÁLISE DA CATEGORIA PROCESSO. CURITIBA/PR. BRASIL, 2023

PROCESSO (398URs) (35,92%)			
SUBCATEGORIAS (US)		MISSÃO DO CHC/UFP	
	ENSINO	PESQUISA	ASSISTÊNCIA
US2 Atuação profissional	<p>A residência médica na especialidade de infectologia adquiriu importante expertise com a pandemia (E), embora demais especialidades precisaram ser alocados em atendimento aos pacientes Covid-19, principalmente em UTIs, comprometendo as competências requeridas nessas outras especialidades (E).</p>	<p>Os pós-graduandos com vínculo trabalhista no CHC tiveram de pausar suas pesquisas, temporariamente, face às demandas do trabalho (E).</p>	<p>O suporte por profissionais infectologistas foi uma das primeiras condutas tomadas (E). Houve treinamento para sequência de intubação rápida para a medicina (E). O manejo clínico do paciente foi (re)aprendido diante da complexidade de atendimento. Foi necessária mais inserção de fisioterapeutas (E), e atuação importante por parte terapeutas ocupacionais, pedagogos e psicólogos (D).</p> <p>A área de hemodialise precisou se readequar em razão da condição clínica dos pacientes Covid-19 (E).</p> <p>Foram organizados dois Times de Resposta Rápida (Clínico e Covid-19), de modo a oferecer operacionalização ágil, principalmente em caso de intubação rápida (E). A fisioterapia deparou-se com dificuldades no manejo, frente ao cuidado na exposição ao paciente; assim como na enfermagem, na aspiração orotraqueal, também facilitada pelo uso de sistema fechado (E) (DB). Na UTI, havia um gásômetro para facilitar o processo de trabalho (E).</p> <p>Os farmacêuticos não entravam em contato com a equipe assistencial, isolamentos de contato foram acoplados como barreira neste setor (E).</p> <p>A conciliação de medicamentos, estudada por intensivistas, anestesistas e farmacêuticos clínicos, permitiu avaliar o uso não racional de anestésicos e, a partir desse estudo, houve uma otimização do seu uso permitindo atender a demanda (E).</p> <p>Como ferramentas de apoio para a educação permanente, foram elaborados vídeos para disponibilizar e auxiliar aos treinamentos dos profissionais (E) (D).</p>

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

(Conclusão)

(Continua...)

QUADRO 7 – MATRIZ DE ANÁLISE DA CATEGORIA RESULTADOS. CURITIBA/PR. BRASIL, 2023

RESULTADOS (157URS) (18,58%)			
MISSÃO DO CHC/UFPR			
SUBCATEGORIAS (US)/(%)	ENSINO	PESQUISA	ASSISTÊNCIA
US 1 Resultado imediato da reestruturação do CHC	<p>Com as especialidades da residência médica direcionadas ao atendimento Covid-19, houve atrasos importantes em quantitativo de cirurgias eletivas (E).</p> <p>“<i>Em relação ao ensino, o saldo é péssimo</i>” (E42) (E).</p> <p>A participação da universidade, no geral, foi muito tímida (E) (DB).</p>	<p>A necessidade de descoberta por vacina e/ou medicamentos suscitou a pesquisa clínica no hospital (E). Mas, foi constituída por profissionais que também são professores e assumiram as pesquisas relacionadas à Covid-19 (DB).</p>	<p>Os objetivos propostos para a reestruturação, desde o início da pandemia, foram claros: atender ao paciente e proteger quem estava atendendo. À medida dos acontecimentos, questões de segurança para ambos, no sentido de contaminação (E).</p> <p>Um resultado imediato apontado foi a sobrecarga de trabalho. Todos os setores/unidades se reestruturaram/reorganizaram de alguma forma, não só A unidade de Covid-19. Houve monitoramento diário pela CCIH.</p> <p>“<i>Chegamos a monitorar 70 pacientes/dia de Covid... E tínhamos as outras demandas também do setor</i>” (E5).</p> <p>Pela característica do setor – controle de infecção hospitalar/infectologia – tem-se uma noção da pressão redobrada pelos profissionais no ansio por condutas a serem tomadas envolvendo o paciente Covid-19 (DB).</p> <p>Primeira fase: compreender o cenário, mapear e operacionalizar estrutura para atendimento.</p> <p>“<i>[...] a CCIH não parou, continuamos tendo micro-organismos multirresistentes. Estudar e estudar muito rápido tudo sobre a doença</i>” (E5).</p> <p>Segunda fase: pressão por leitos, protocolos de extubação elaborados, baseados em protocolos internacionais – cuidados paliativos. Foi a fase de condições clínicas graves e rápidas da Covid-19 (D) (E).</p> <p>Terceira fase: o medo da falta de medicamentos foi experiência. Os pacientes Covid-19 eram sedados com propofol, o que levava ao medo de escassez; uma estratégia foi a harmonização de sedação (E) (D). Dentro das condições de estrutura e processos</p>

QUADRO 7 – MATRIZ DE ANÁLISE DA CATEGORIA RESULTADOS. CURITIBA/PR. BRASIL, 2023

RESULTADOS (157URS) (18,58%)			
MISSÃO DO CHC/UFPR			
SUBCATEGORIAS (US)/(%)	ENSINO	PESQUISA	ASSISTÊNCIA
US 1 Resultado imediato da reestruturação do CHC			<p>(re)adequados, o hospital conseguiu atender a demanda de Covid-19 (E) (DC) (D). O hospital assumiu a sua responsabilidade social, considerando a expertise de gestão, a relação com a rede; e respondeu melhor, pois houve uma boa mobilização, de modo a atender bem a muitos pacientes. Mesmo diante da crise, teve um salto em qualidade no cuidado (E), embora outros relatos apontem a necessidade de retomar protocolos sobre segurança do paciente antes implantados (E) (DB).</p> <p>Planejamento de retomada das atividades foram pensadas: em setembro 2022*, o plano de retomada pela gestão para cirurgias eletivas (E).</p> <p>Pesquisa de outro escopo, no começo, não foi idealizada; porém, mais tarde, profissionais da assistência perceberam a necessidade de compartilhar as experiências por meio da pesquisa “[...] não se cabeça para pensar em pesquisa. Mas à medida que foi passando, a Coleta de dados foi em volume atucinante, a gente coletou muita coisa, controle de infecção, perfil, prognóstico... Exemplo: técnicas, adaptações feitas, validação” (E5).</p>
US 2 Mudanças no estado de saúde dos indivíduos como resultado da prestação de serviços pelo CHC	NA	<p>A vacina permitiu que pacientes que adquiriram o vírus, pudessem ter sintomas mais brandos ou mesmo a ausência de evolução ruim no seu estado de saúde (E) (DB).</p> <p>A cada nova onda, novas descobertas sobre o vírus permitiam atuar de forma ágil implicando assim em cuidados mais assertivos à clientela (E) (DB).</p>	<p>Observou-se intubação rápida e intubação nas enfermarias devido à rápida evolução do paciente, por volta do sétimo/décimo dia de internação (E). O quantitativo de profissionais na assistência ao paciente intubado, na prona, é um dos aspectos que podem influenciar (por exemplo, foram necessários até sete profissionais para pronar de forma sincronizada o paciente em UTI, com Peep³⁸, FIO2 alta, etc.) (E).</p> <p>(Continuação)</p>

³⁸ Peep (Pressão Expiratória Final Positiva) e FIO2 (Fração Inspirada de Oxigênio). Em razão do perfil de cuidados complexos aos pacientes Covid-19, muitos demandavam o uso de VM invasiva; assim, ajustes em parâmetros ventilatórios foram necessários (Grassieli *et al.*, 2021).

QUADRO 7 – MATRIZ DE ANÁLISE DA CATEGORIA RESULTADOS. CURITIBA/PR. BRASIL, 2023

RESULTADOS (157URS) (18,58%)			
MISSÃO DO CHC/UFPR			
SUBCATEGORIAS (US)/(%)	ENSINO	PESQUISA	ASSISTÊNCIA
US 2 Mudanças no estado de saúde dos indivíduos como resultado da prestação de serviços pelo CHC			Como uma forma de atenção humanizada ao paciente Covid-19, a nutrição buscou atender as particularidades do paciente quanto à alimentação e ao metabolismo, utilizando-se dos gostos pessoais do paciente (E). Houve melhoras à saúde do paciente, que implicaram direta ou indiretamente, por exemplo: acelerou aquisição de recursos de ressonância magnética, raio-x; que, talvez, em outro momento, sob perspectiva dos participantes, não teria tal agilidade (E).
US 3 Satisfação e expectativas dos trabalhadores	<p>“O ensino parou” (E3).</p> <p>Alguns cenários para estágios práticos da graduação e da pós-graduação ficaram restritos, mediante risco de contaminação (E). Aos poucos, os internatos foram voltando, porém as residências foram os que tiveram muitas perdas; as cirúrgicas coloproctologia, cirurgia geral, cirurgia plásticas, dermatologia, urologia, neurocirurgia, cirurgia pediátrica, foram muito prejudicadas, pois não conseguiram desenvolver as respectivas competências (E).</p> <p>O “Residente recém-chegado no hospital, talvez nunca tivesse feito uma intubação, aprendeu a fazer no paciente Covid. Aprender no susto é difícil. É rico, mas doloroso” (E5) (E).</p>	<p>Visibilidade do hospital na missão de Pesquisa (DB).</p> <p>Em razão das pesquisas, também foram beneficiados com a testagem rápida e a vacinação contra a Covid-19 (D) (E).</p>	<p>Para o alojamento de profissionais que tinham receio de retornar aos seus domicílios – por medo da contaminação de filhos, esposas, maridos, convivência com grupo considerado vulnerável, etc. – foi feito um convênio com o Hospital Couto Pereira (E) (D). Os profissionais foram monitorados pelo hospital (E) (D). O saldo psicológico foi apontado, em geral, como negativo (E).</p> <p>O CHC responde a processos jurídicos/administrativos, auditoria de óbitos de profissionais, etc., e ação coletiva a respeito de insalubridades no período da pandemia (E).</p> <p>Houve um saldo positivo voltado ao espírito de pertencimento ao local de trabalho, utilizar o conhecimento e expertise, trabalho em equipe e disposição em participar de reuniões coletivas e multiprofissional (E). O último, foi um ganho importante ao hospital, pois os profissionais do serviço social e da odontologia, antes em quantitativo reduzido no hospital, puderam ser aumentados por meio de contratações.</p>

(Continuação)

QUADRO 7 – MATRIZ DE ANÁLISE DA CATEGORIA RESULTADOS. CURITIBA/PR. BRASIL, 2023

RESULTADOS (157URS) (18,58%)			
MISSÃO DO CHC/UFPR			
SUBCATEGORIAS (US)/(%)	ENSINO	PESQUISA	ASSISTÊNCIA
<p>US 3 Satisfação e expectativas dos trabalhadores</p>	<p>Sendo um hospital de ensino, foi uma frustração, para a equipe na linha de frente, a academia ter sido omissa no suporte operacional ao enfrentamento da pandemia, uma vez que o enfrentamento foi realizado pela Ebserh, não pela academia (E).</p> <p>Na graduação foi uma grande oportunidade de aprendizados perdida (9) (E).</p>		
<p>US 4 Lições aprendidas</p>	<p>Ter um plano de contingência voltado à missão ensino, no hospital, diante de uma pandemia, é relevante para a gestão (DB).</p> <p>A importância de investimento em ambiente simulado de aprendizagem, como uma forma de amadurecimento profissional na residência (E).</p>	<p>É preciso que pesquisadores estejam prontos para situações de flexibilização e adaptação metodológica de suas pesquisas (9) (E), como foi o caso da presente pesquisa: adequar para a modalidade remota (DB):</p> <p><i>“Acreditar na ciência [...]”</i> (E2)</p>	<p>A primeira fase da pandemia, nos primeiros meses de 2020), foi assustadora, pelo medo e situações que exigiam tomadas de decisões rápidas (E). Um redesenho de instalação física pré-existente foi uma das primeiras estratégias pensadas; no entanto, os riscos de reestruturação devem ser sempre mensurados (E). É preciso um plano de contingenciamento na gestão de crises. Os casos leves de Covid-19 rapidamente foram transformados em casos graves e sobrecarregaram o sistema do hospital: <i>“Emergência dentro da nossa emergência”</i> (E42) (DB).</p> <p>Com a variante Ômicron, as decisões tomadas foram facilitadas, embora demandassem de recursos e operacionalização, novamente (E).</p> <p>Sempre há potencial para o profissional desenvolver: foi (re)aprendido a melhor a noção de elaboração de protocolos, otimização de recursos, rotatividade de leitos, formas ágeis de atender ao paciente, etc. O desafio, no entanto, incide na realidade mudada, isto é, muitos experts se aposentaram, muitos profissionais novos inseridos, profissionais temporários</p>

(Continuação)

QUADRO 7 – MATRIZ DE ANÁLISE DA CATEGORIA RESULTADOS. CURITIBA/PR. BRASIL, 2023

RESULTADOS (157URS) (18,58%)			
MISSÃO DO CHC/UFPR			
SUBCATEGORIAS (US)/(%)	ENSINO	PESQUISA	ASSISTÊNCIA
US 4 Lições aprendidas			<p>desligados, muitos pacientes graves e o hospital pressionados pela Rede de Saúde e, agora, sem o financeiro (E).</p> <p>A tecnologia aproximou o paciente com a equipe de saúde, pois antes havia demora em contatá-lo (E).</p> <p>No mês de novembro de 2020, na segunda onda Covid-19, uma nova organização foi pensada, já com base na experiência inicial de atendimento (DB).</p>
US 5 Planejamento para o pós-Covid-19	<p>Ao serem retomadas as aulas, inicialmente na modalidade remota, os currículos da graduação buscaram incluir o cuidado ao paciente Covid-19 em suas grades curriculares (E).</p>	<p>Iniciada a vacinação contra a Covid-19, o CHC passou a receber casos de reação vacinal e os alerginologistas os assumiram (E).</p>	<p>No decorrer da pandemia, foi percebido que pacientes crônicos e/ou eletivos ficaram desassistidos, daí o retorno ao perfil desses pacientes (DB). Foi pensado um Ambulatório Pós-Covid-19 aos pacientes, pois apareceram casos de sequelas de Covid-19, principalmente na cardiologia e na neurologia (E), implantando no ano de 2022 (E). Os pacientes com alta hospitalar (Covid-19 e demais crônicos) também foram telemonitorados pelo hospital, como forma de cuidado continuado por meio da gestão de altas (D) (E).</p> <p>Pacientes com diagnósticos tardios – como, por exemplo, os de oncologia – chegando com condições clínicas mais complexas, que demanda maior gasto financeiro (E).</p> <p>O pós-Covid-19 implicou na abertura de leitos-dia, monitoramento para casos de câncer, interconsulta, Linhas de cuidados prioritários, atualização de protocolos, trabalho acentuado com hospitalistas, implantação da Casa, estudo das filas cirúrgicas, mutirão de audiometria e ressonância com parcerias privadas (E).</p>

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

(Conclusão)

APÊNDICE 5 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Elizabeth Bernardino e Fabieli Borges; pesquisadoras da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você, integrante da equipe multiprofissional e de coordenação/supervisão/chefia de setores e unidades a participar de um estudo intitulado “Reestruturação de um hospital geral para atendimento à pandemia Covid-19: o caso do HC/UFPR”. Esta pesquisa irá colaborar na avaliação da gestão do cuidado na perspectiva da continuidade e regulação assistencial desta instituição mediante reestruturação para enfrentamento a pandemia Covid-19.

O objetivo geral desta pesquisa é: Analisar como o CHC/UFPR se reestruturou para o enfrentamento a pandemia Covid-19 na estrutura, processo e resultado relacionando com a assistência, ensino e pesquisa.

Caso você participe da pesquisa, será realizado uma entrevista vídeoaudiogravada por meio da ferramenta Microsoft Teams (ou outra ferramenta a qual prefira por melhor habilidade de manuseio e conexão) com questões abertas. Caso opte pela privacidade de sua imagem, assinale a opção “apenas audiogravada” ao final deste termo. Durante a entrevista a pesquisadora tomará nota de aspectos pertinentes ao fenômeno de estudo, utilizando um diário de bordo.

Será solicitado permissão ainda, para a consulta a protocolos elaborados que envolvam o contexto de enfrentamento a Covid-19. Desse modo, será solicitado via e-mail, **apenas para a coordenação/supervisão/chefia dos setores**, por meio de uma carta, uma cópia dos documentos (protocolos) da instituição. Ressalta-se que esses arquivos assim que recebidos, serão armazenados em pasta *offline* no computador de acesso restrito da pesquisadora, e, após análise dos mesmos, a pesquisadora compromete-se a excluí-los permanentemente.

Para a entrevista, será considerado o dia, horário e a ferramenta online de sua preferência, em que receberá previamente, por e-mail, o link de acesso. Os pesquisadores se comprometem a utilizar os dados somente para contribuir com a construção do corpo de trabalho através das informações que possam contribuir para o mesmo. Uma vez que os discursos mediante entrevista serão devidamente transcritos e operacionalizadas pelo software Maxqda e analisados de acordo com o referencial teórico.

É possível que você experimente algum desconforto, principalmente relacionado ao momento da entrevista. Porém, as informações obtidas através desta serão destinadas somente e

exclusivamente para essa pesquisa. Não serão mencionados nomes de pessoas ou algo que possa identifica-lo (a), portanto nos comprometemos a garantir o anonimato e evitaremos qualquer constrangimento.

O risco relacionado a entrevista videoaudiogravada pode estar relacionado ao constrangimento dos participantes e o uso da sua imagem. Contudo, Ao contatar o participante por meio do google forms, será ofertada a opção de aceite da entrevista com a gravação apenas por áudio, a fim de preservar a imagem do mesmo, se assim for a preferência.

Os participantes serão esclarecidos quanto ao objetivo desta pesquisa, dessa forma não é esperado nenhum risco, entretanto, se a equipe multiprofissional, chefias se sentirem constrangidos, impedidos de falar por qualquer motivo, isso será considerado, devido a importância e respeito a sua vontade. Desta forma, a pesquisa poderá ser interrompida, caso ainda haja o interesse em participar, nova data será reagendada, caso contrário será cancelada. No que concerne aos princípios éticos, serão respeitados os direitos das pessoas, assim como da Instituição de Saúde, ocasião em que será firmada junto à clientela desta pesquisa que sua identidade permanecerá no anonimato, apresentado por corpus de análise com atribuição de códigos, não acarretando em malefícios e prejuízos monetários e morais. Este aspecto diz respeito à Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que prescreve a ética na pesquisa com seres humanos.

Ressalta-se ainda que, a possibilidade da ocorrência dos riscos é mínima, pois os encontros com atividades ou entrevistas serão previamente acordados com todos os participantes, caso aconteçam, a pesquisa poderá ser interrompida. No entanto, medidas para sua minimização e proteção serão elencados, a saber:

- Acordo prévio com os serviços e profissionais envolvidos;
- Elaboração de instrumento com questões que evitarão o possível constrangimento dos envolvidos;
- Aplicação de entrevistas com ferramenta online e horários escolhidos pelos participantes;
- Disponibilização dos contatos dos pesquisadores para que os participantes possam contatá-los em caso de necessidade de eventuais esclarecimentos.
- Isenção da pesquisadora principal na coleta de dados.
- Caso o participante do estudo julgue necessário, a entrevista transcrita será entregue ao mesmo para leitura das informações antes de iniciar a etapa de análise.

Em relação aos riscos para a pesquisa documental, mesmo se tratando de uma etapa que não envolve pessoas e/ou pacientes, esta é uma etapa que requer a preservação do sigilo de arquivos por serem de autoria e de posse da instituição. Para esta etapa, o risco diz respeito ao vazamento e uso inapropriado do conteúdo dos protocolos, pela pesquisadora.

Medidas para a minimização destes riscos e proteção serão rigorosamente seguidos em respeito aos princípios éticos de pesquisa. Ressalta-se que esses arquivos assim que recebidos, serão armazenados em pasta *offline* no computador de acesso restrito da pesquisadora, e, após análise dos mesmos, a pesquisadora compromete-se a excluí-los permanentemente.

Os **benefícios** esperados com essa pesquisa são de natureza coletiva, não tendo relação direta com o participante ou com qualquer pessoa em particular e sim em aspectos relacionados a estrutura atual da instituição de saúde para o enfrentamento do Covi-19. Neste sentido, nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico. O maior beneficiado com a pesquisa será o paciente que terá as suas necessidades atendidas frente a reestrutura do hospital, pois com esta reorganização de atendimento, primou-se por um acesso seguro para pacientes que tenham sua necessidade centralizada no Covid-19. Ainda, os benefícios indiretos dizem respeito a gestão do hospital com a otimização do cuidado com a preocupação em se estabelecer fluxos seguros para o paciente; a organização dos processos de trabalho que contribuirão para a melhor integração entre o CHC e a rede assistencial, uma vez que este paciente esteja de alta hospitalar.

As pesquisadoras, Elizabeth Bernardino e Doutoranda Fabieli Borges, poderão ser contatadas nos respectivos telefones: (41) 8873-5514, telefone fixo: [\(41\) 33601800](tel:4133601800) Ramal 6825; e-mail: elizaber@ufpr.br; telefone celular: (42) 9946-2924, e-mail: fabieliborges6@gmail.com; e também no endereço: Av. Prof. Lothario Meissner, Bloco didático Saúde; n° 632 - 2º andar, sala do Grupo de Pesquisa em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde – GPPGPS - Jardim Botânico; Cep: 80210-170 - Curitiba-PR - Fone: (41) 3361-3756/ 3361-3757 (Fax), *E-mail*: gppgps@gmail.com às terças –feiras 08:00 às 12:00 horas.

Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP/HC/UPFR pelo Telefone 3360-1041. O CEP trata-se de um grupo de indivíduos com conhecimento científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado.

As informações relacionadas ao estudo poderão conhecidas por pessoas autorizadas (orientador e os demais membros descritos no estudo). No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade. A sua entrevista será videoaudiogravada, respeitando-se completamente o seu anonimato. Tão logo transcrita a entrevista e encerrada a pesquisa o conteúdo será desgravado ou destruído. O mesmo destino será dado para os questionários quantitativos preenchidos.

As despesas necessárias para a realização da pesquisa (impressos e recursos para a videoaudiogravação) não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro. Você terá a garantia de que problemas como: constrangimento decorrentes do estudo serão tratados imediatamente pelos pesquisadores de forma a corrigir a forma de aplicação da entrevista.

Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim nem para meu tratamento ou atendimento ordinários que eu possa receber de forma rotineira na Instituição. Eu entendi o que não posso fazer durante a pesquisa e fui informado que serei atendido sem custos para mim se eu apresentar algum problema diretamente relacionado ao desenvolvimento da pesquisa.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Nome por extenso, legível do Participante e/ou Responsável Legal

Assinatura do Participante e/ou Responsável Legal

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive, de forma apropriada e voluntária, o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante ou seu representante legal para a participação neste estudo.

Fabieli Borges

Assinatura do Pesquisador e/ou quem aplicou o TCLE

Curitiba, ___ de ___ de 2021

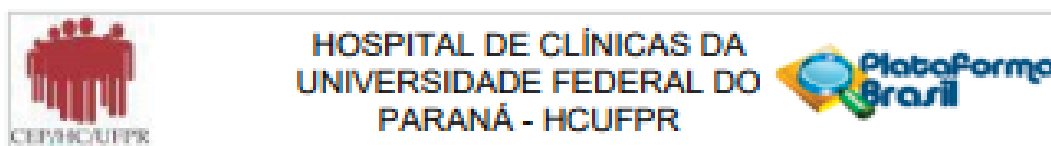
Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____

Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE _____

ANEXOS

ANEXO 1 – PARECER DE APROVAÇÃO DO CONSELHO DE ENSINO E PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Reestruturação de um hospital geral para atendimento à pandemia Covid-19: o caso do HC/UFPR

Pesquisador: Elizabeth Bernardino

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 46604721.7.0000.0096

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER:

Número do Parecer: 4.790.490

Apresentação do Projeto:

Projeto de doutorado intitulado "Reestruturação de um hospital geral para atendimento à pandemia Covid-19: o caso do HC/UFPR". Pesquisador principal: Profa. Dra. Elizabeth Bernardino e colaboração da doutoranda Fabieli Borges.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL

Analisar o processo de reestruturação do HC/UFPR frente à pandemia Covid-19.

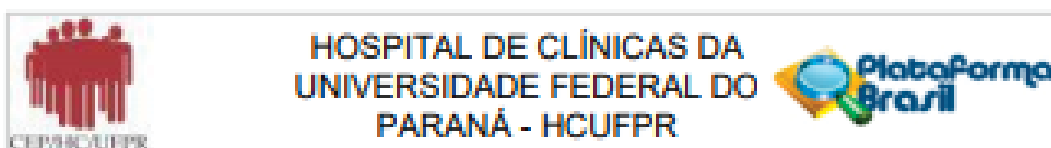
OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

- Identificar a cronologia dos acontecimentos relacionados à pandemia Covid-19 no hospital.
- Identificar os elementos facilitadores e dificultadores no processo de reestruturação do hospital.
- Recompôr a admissão do paciente da admissão à alta hospitalar.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

BENEFÍCIOS: Os benefícios oriundos desta pesquisa são de natureza coletiva, não tendo relação direta com o participante ou com qualquer pessoa em particular. O maior beneficiado com a pesquisa será o paciente que terá as suas necessidades atendidas frente a reestrutura do hospital, pois com esta reorganização de atendimento, primou-se por um acesso seguro para pacientes que

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181	CEP: 80.060-900
Bairro: Alto da Glória	
UF: PR	Município: CURITIBA
Telefone: (41)3060-1041	Fax: (41)3060-1041
	E-mail: cep@hc.ufpr.br



Continuação do Protocolo: 4.790.480

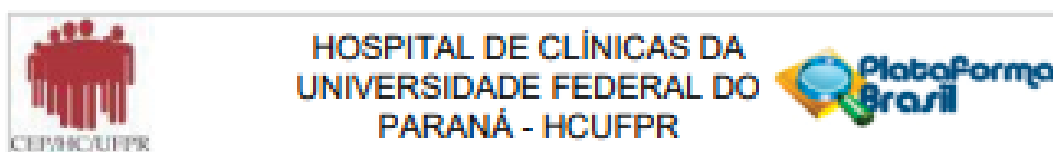
tenham sua necessidade centralizada no Covid-19. Ainda, os benefícios indiretos dizem respeito a gestão do hospital com a otimização do cuidado com a preocupação em se estabelecer fluxos seguros para o paciente; a organização dos processos de trabalho que contribuído para a melhor integração entre o CHC e a rede assistencial, uma vez que este paciente esteja de alta hospitalar.

RISCOS: Os participantes serão esclarecidos quanto ao objetivo desta pesquisa, dessa forma não é esperado nenhum risco, entretanto, se a equipe multiprofissional, coordenadores/supervisores/chefias se sentirem constrangidos, impedidos de falar por qualquer motivo, isso será considerado, devido a importância e respeito a sua vontade. Desta forma, a pesquisa poderá ser interrompida, caso ainda haja o interesse em participar, nova data será reagendada, caso contrário será cancelada. Ressalta-se ainda que, a possibilidade da ocorrência dos riscos é mínima, pois os encontros com atividades ou entrevistas serão previamente acordados com todos os participantes, caso aconteçam, a pesquisa poderá ser interrompida. no entanto, medidas para sua minimização e proteção serão elencadas, a saber: acordo prévio com os serviços e profissionais envolvidos; elaboração de instrumento com questões que evitarão o possível constrangimento dos envolvidos; aplicação de entrevistas com ferramenta online e horários escolhidos pelos participantes; disponibilização dos contatos dos pesquisadores para que os participantes possam contatá-los em caso de necessidade de eventuais esclarecimentos; isenção da pesquisadora principal na coleta de dados; caso o participante do estudo julgue necessário, a entrevista transcrita será entregue ao mesmo para leitura das informações antes de iniciar a etapa de análise. Adicionalmente existem riscos para a etapa de coleta documental, pois mesmo se tratando de uma etapa que não envolve pessoas e/ou pacientes, esta é uma etapa que requer a preservação do sigilo de arquivos por serem de autoria e de posse da instituição. Para esta etapa, o risco diz respeito ao vazamento e uso inapropriado do conteúdo dos protocolos, pela pesquisadora. Medidas para a minimização destes riscos e proteção serão rigorosamente seguidos em respeito aos princípios éticos de pesquisa. Ressalta-se que esses arquivos assim que recebidos, serão armazenados em pasta offline no computador de acesso restrito da pesquisadora, e, após análise dos mesmos, a pesquisadora compromete-se a excluí-los permanentemente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo de caso único integrado de múltiplas unidades de análise (YIN, 2010). O estudo de caso é único pois a pesquisa será desenvolvida em no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC/UFPR); é de múltiplas unidades de análise pois dentro desta

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181
 Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-000
 UF: PR Município: CURITIBA
 Telefone: (41)3360-1041 Fax: (41)3360-1041 E-mail: cep@hc.ufpr.br



Continuação do Projeto: 4.790.480

instituição vários serviços/unidades serão utilizados para uma análise do todo (YIN, 2010).

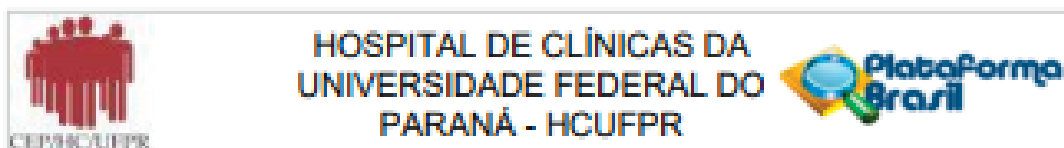
A pesquisa será realizada com 50 profissionais (Chefias/coordenadores/supervisores e equipe multiprofissional) dos setores e unidades envolvidas direta ou indiretamente com a reestruturação do hospital para atender pessoas com Covid-19 do CHC/UFPR, a saber:

- Divisão de Atenção à Saúde (DAS) (Gerente da Assistência, Divisão médica e Divisão de Enfermagem)
- Divisão de Gestão de Cuidados (DIGEC) (Unidade Urgência e Emergência (UEAA))
- Divisão de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (Processamento de Materiais Esterilizados (UPME) e Unidade Multiprofissional (UNIMULT))
- Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH)
- Setor de Regulação e Avaliação em Saúde (SRAS)
- Setor de Vigilância e Segurança do Paciente (SEVISP) (Unidade de Vigilância em Saúde (UVS) e Unidade de Riscos Assistenciais (UGRA))
- Setor de Farmácia Hospitalar (SEFAR) (Unidade de Dispensação Farmacêutica (UDF)),
- Gerência Administrativa (GERAD) (Setor de administração, Setor de hotelaria Hospitalar, setor de infraestrutura física, Divisão de Gestão de Pessoas).

A coleta de dados será realizada por meio de entrevista audiogravada utilizando-se de ferramenta online (microsoft teams ou outra ferramenta a qual o participante sentir melhor habilidade de manuseio) seguindo roteiro semiestruturado com questões qualitativas e a estes dados será acrescido conteúdo de protocolos elaborados para o enfrentamento da Covid-19.

Para análise dos dados, os discursos provenientes das entrevistas aos participantes serão devidamente transcritos e analisados sob referencial teórico de Avedis donabedian (estrutura, processo e resultado). A técnica de análise escolhida será o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). O conteúdo proveniente dos protocolos será acrescido, ao resultado da análise do discurso e das informações extraídas dos protocolos. Como um todo, os dados serão operacionalizados por meio do software MaxQda. Por fim, ressalta-se que a análise será mediada pelas categorias definidas previamente a partir dos objetivos propostos e pelas proposições do estudo de caso. As proposições refletem questionamentos de pesquisa e se baseiam em revisão de literatura (YIN, 2010), assim como em indagações feitas a respeito do assunto. Uma das formas de analisar os dados é fazendo uma matriz de categorias; após a investigação e transcrição dos dados (YIN, 2010), sendo esta a ferramenta a ser utilizada nesta pesquisa.

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181
 Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-900
 UF: PR Município: CURITIBA
 Telefone: (41)3360-1041 Fax: (41)3360-1041 E-mail: cap@hc.ufpr.br



Continuação do Parecer: 4.780.480

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências atendidas. Projeto aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HC-UFPR, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012 e na Norma Operacional Nº 001/2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto, conforme proposto, para início da Pesquisa. Solicitamos que sejam apresentados a este CEP relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos. Os documentos da pesquisa devem ser mantidos arquivados.

É dever do CEP acompanhar o desenvolvimento dos projetos por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P ROJETO_1742684.pdf	10/06/2021 21:24:27		Aceito
Outros	Cartaresposta.pdf	10/06/2021 21:21:37	Fabiani Borges	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	eprojetodepesquisalteracao.doc	10/06/2021 21:13:59	Fabiani Borges	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	7TCLEalteracao.doc	10/06/2021 20:56:01	Fabiani Borges	Aceito
Folha de Rosto	folhadecosto.pdf	07/05/2021 15:49:05	Fabiani Borges	Aceito
Outros	CHECKLIST.pdf	26/04/2021 14:46:43	Fabiani Borges	Aceito
TCLE / Termos de	7TCLE.doc	26/04/2021	Fabiani Borges	Aceito

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181

Bairro: Alto da Glória

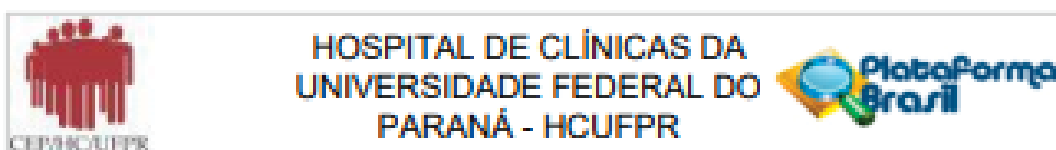
CEP: 80.060-900

UF: PR Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-1041

Fax: (41)3360-1041

E-mail: cep@hc.ufpr.br



Continuação do Parecer: 4.790.490

Assentimento / Justificativa de Ausência	7TCLE.doc	13:01:14	Fabieli Borges	Aceito
Outros	qualificacaopesquisadorelattes.pdf	26/04/2021 12:58:18	Fabieli Borges	Aceito
Declaração de Pesquisadores	5declaracaousenciacustos.pdf	26/04/2021 12:56:09	Fabieli Borges	Aceito
Declaração de Pesquisadores	4declaracaosdecompromissodaequipe.pdf	26/04/2021 12:55:06	Fabieli Borges	Aceito
Declaração de concordância	3declaracaoconcordancia.pdf	26/04/2021 12:54:28	Fabieli Borges	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	6projetoedespesquisa.doc	26/04/2021 12:38:40	Fabieli Borges	Aceito
Outros	2declaracaoorientadordoprojeto.pdf	26/04/2021 12:28:58	Elizabeth Bernardino	Aceito
Outros	1cartaencaminhamentodopesquisadoraocep.pdf	26/04/2021 12:27:31	Elizabeth Bernardino	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 18 de Junho de 2021

Assinado por:
Niazy Ramos Filho
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181
Bairro: Alto da Glória CEP: 80.080-900
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3360-1041 Fax: (41)3360-1041 E-mail: cep@hc.ufpr.br