

Reestruturação de hospital geral para o enfrentamento a pandemia Covid-19: uma análise donabediana

Restructuring of a general hospital to face the Covid-19 pandemic: A Donabedian analysis

Reestructuración de un hospital general para combatir la pandemia de Covid-19: un análisis de Donabedian

Fabieli Borges^I; Elizabeth Bernardino^{II}; Aida Maris Peres^{III}; Nelsi Salete Tonini^{IV};
Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa^{III}; Esperança do Gago Alves Pereira^{IV}; Clémence Dallaire^V

^I Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Cascavel, PR, Brasil; ^{II} Universidade Federal do Paraná; Curitiba, PR, Brasil;
^{III} Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil; ^{IV} Universidade do Minho. Braga, Portugal; ^V Université Laval. Québec, Canadá

RESUMO

Objetivo: analisar a reestruturação de um hospital geral frente à pandemia de Covid-19 nos componentes “estrutura”, “processo” e “resultado” e suas relações com o ensino, a pesquisa e a assistência. **Método:** estudo realizado com 42 profissionais de hospital geral no Paraná, no formato caso único. Os dados foram operacionalizados pelo *software* MaxQda® seguindo as etapas da Análise de Conteúdo Temático Categorical à luz de Avedis Donabedian. **Resultados:** foram obtidas três categorias, representadas pelas respectivas subcategorias: Estrutura – recursos humanos, físicos; tecnológicos, materiais e insumos, financeiros e apoio externo; Processo, com protocolos, fluxos e dinâmica de atendimento, e atuação profissional; e Resultados, incluindo imediatos, mudanças no estado de saúde dos indivíduos, lições aprendidas, satisfação de expectativas dos trabalhadores e planejamento para o período pós-Covid-19. **Considerações finais:** diante da pandemia de Covid-19 como crise, a reestruturação do hospital permitiu atender a demanda sob olhar da estrutura, processo e resultado com maior relação assistencial quando comparado ao ensino e pesquisa.

Descritores: Pandemias; Covid-19; Administração dos Serviços de Saúde; Gestão Hospitalar.

ABSTRACT

Objective: to analyze the restructuring of a general hospital in response to the Covid-19 pandemic across the components of "structure," "process," and "outcome" and their relationships with teaching, research, and patient care. **Method:** a single-case study conducted with 42 professionals from a general hospital in Paraná. Data were processed using MaxQda® software following the steps of Categorical Thematic Content Analysis based on Avedis Donabedian's framework. **Results:** three categories were obtained, represented by their respective subcategories: Structure – encompassing human, physical, and technological resources, materials and supplies, financial resources, and external support; Process – including protocols, workflows and care dynamics, and professional performance; Outcomes – covering immediate outcomes, changes in individuals' health status, lessons learned, fulfillment of workers' expectations, and planning for the post-Covid-19 period. **Final considerations:** in the face of the Covid-19 pandemic as a crisis, the hospital restructuring enabled meeting demand through the lens of structure, process, and outcome, with a stronger focus on patient care compared to teaching and research.

Descriptors: Pandemics; Covid-19; Health Services Administration; Hospital Administration.

RESUMEN

Objetivo: analizar la reestructuración de un hospital general durante la pandemia de Covid-19, considerando sus componentes de estructura, proceso y resultados, y su relación con la docencia, la investigación y la asistencia. **Método:** este estudio se realizó con 42 profesionales de un hospital general de Paraná, sobre la base de un diseño de caso único. Los datos se procesaron con el *software* MaxQda®, siguiendo los pasos del Análisis de Contenido Temático Categórico, a la luz de lo dispuesto por Avedis Donabedian. **Resultados:** se obtuvieron tres categorías, representadas por sus respectivas subcategorías: Estructura: recursos humanos y físicos; recursos tecnológicos, materiales y suministros; recursos financieros; y apoyo externo; Proceso: incluye protocolos, flujos y dinámicas de atención, y desempeño profesional; y Resultados: incluye resultados inmediatos, cambios en el estado de salud de los individuos, lecciones aprendidas, cumplimiento de las expectativas de los trabajadores y planificación para el período pos-Covid-19. **Consideraciones finales:** al considerar la pandemia de Covid-19 como una crisis, la reestructuración del hospital permitió satisfacer la demanda desde una perspectiva que contempla estructura, proceso y resultados, con prevalencia del aspecto asistencial, en comparación con la docencia y la investigación.

Descritores: Pandemias; Covid-19; Administración de los Servicios de Salud; Administración Hospitalaria.

INTRODUÇÃO

A pandemia provocada pelo vírus SARS-CoV 2, causador da Covid-19, representou um enorme teste de força para a saúde global, em particular para os sistemas de saúde. Mesmo países com sistemas de saúde bem estruturados colapsaram diante da sobrecarga de demanda para tratamento de pacientes com cuidados complexos¹.

Artigo proveniente da Tese de Doutorado “Reestruturação de um hospital geral para o enfrentamento à pandemia Covid-19: o caso do CHC/UFPR”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná.

O presente estudo foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES).

Autora correspondente: Fabieli Borges. E-mail: fabieliborges6@gmail.com.

Editora Chefe: Cristiane Helena Gallasch; Editora Associada: Juliana Amaral Prata

Dentre vários aspectos, o impacto implicou negativamente na capacidade operacional e na disponibilidade de leitos em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), além de respiradores, que se configuraram entre os principais desafios do período, posto que se tornaram escassos em vários países durante a primeira onda epidêmica de Covid-19. 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 saúde².

Cronologicamente, novos e numerosos casos surgiram rapidamente em países asiáticos, como Tailândia, Japão, Coreia do Sul e Singapura, seguindo para os países da Europa e demais continentes³, aumentando a preocupação internacional. Houve proporções devastadoras representadas em curvas epidemiológicas doença, na Itália, Espanha e nos Estados Unidos, superando a China em registros de óbitos. Tais registros alinham-se ao atraso na adoção das medidas influenciadas por elementos comportamentais e coletivos².

Na Espanha, um hospital público de ensino parceiro da Universidade de Barcelona criou um “*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. Além disso, 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, força de trabalho que foi integrada com condições de trabalho plenas, benefícios, um salário mensal e supervisão de um enfermeiro formado⁴.

No Brasil, o impacto foi semelhante. A reestruturação de hospitais para o atendimento exclusivo de pacientes com Covid-19 exigiu um completo rearranjo da infraestrutura, como a reconfiguração dos leitos e conversão de espaços não clínicos para clínicos⁵. Recursos federais, estaduais e municipais da saúde foram somados para a contratação de profissionais de saúde e aquisição de equipamentos e suprimentos, como oxigênio, sedativos e equipamentos de proteção individual⁶.

Os iniciais grandes desafios aos hospitais, em particular aos hospitais universitários integrados ao SUS, foram “*reorganizar o atendimento, ampliar leitos de UTI, abastecer-se com equipamentos de proteção individual, sobretudo máscaras e aventais de proteção, em escassez no mercado, e ter testes suficientes para o diagnóstico*”^{7,2}. Limitação de recursos, controle de infecção, proteção de profissionais de saúde e adaptação de serviços a uma situação de pandemia foram postas lado a lado com o vírus em rápida evolução⁸.

Neste sentido de reestruturação, os hospitais brasileiros recompuseram o papel centralizador para o enfrentamento a pandemia. Corroborando nessa lógica, estudo gaúcho realizado em período inicial da pandemia apresentou 495 ações para o enfrentamento da pandemia de Covid-19, distribuídas entre assistência (38,99%), gestão (37,58%), extensão (16,16%) e ensino e pesquisa (7,27%). Na Assistência, destacaram-se 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 a ensino e pesquisa, houve suspensão de atividades educativo-formativas, sobressaindo o engajamento dos hospitais no desenvolvimento de pesquisas sobre o tema⁹.

A relevância deste estudo ancora-se na missão do hospital universitário, de assistência, ensino e pesquisa, bem como o compromisso de contribuir com estratégias diversas em cenários incertos para o gerenciamento de crise futuras tal como foi o cenário deste estudo. Para tal, importa (re)visitar os acontecimentos para que subsidiem reflexões futuras.

Em razão do exposto, questiona-se: como um hospital geral localizado na capital do Paraná se reestruturou para o enfrentamento da pandemia Covid-19 em sua missão de ensino, pesquisa e assistência?

O objetivo consistiu, assim em analisar a reestruturação de um hospital geral frente à pandemia Covid-19 nos componentes estrutura, processo e resultado em suas relações com o ensino, pesquisa e assistência.

REFERENCIAL TEÓRICO

Utilizar um modelo teórico pautado na avaliação de serviços em um olhar amplo e interdependente pode ser substancial para outras realidades, tal como a tríade Donabediana¹⁰. Esse estudo utilizou os conceitos de estrutura, processo e resultado em serviços de saúde¹⁰, classicamente considerados como uma tríade, que se operacionaliza por três componentes com uma relação causal entre si.

O componente Estrutura refere-se às características relativamente estáveis e necessárias ao processo assistencial, abrangendo a área física, recursos humanos, recursos materiais e financeiros, sistemas de informação e instrumentos normativos técnico-administrativos, apoio político. O componente Processo corresponde à prestação da assistência utilizando dos recursos disponíveis. Para tanto, deve-se reconhecer problemas, métodos diagnósticos, diagnóstico e os cuidados prestados. O componente Resultados corresponde às consequências das atividades realizadas nos serviços de saúde, ou pelo profissional em termos de mudanças verificadas no estado de saúde dos pacientes, adicionados às mudanças relacionadas a conhecimentos e comportamentos. Inclui-se a satisfação do usuário e do trabalhador ligada ao recebimento e prestação dos cuidados, respectivamente^{10,11}.

O referencial teórico de Avedis Donabedian tem sido adotado em estudos na área da saúde, constituindo referência na avaliação de qualidade das organizações, cuja qual é almejada por gestores destes serviços. Em razão disso, utilizá-lo como arcabouço para analisar uma organização com o perfil do cenário deste estudo, fomenta os essenciais aspectos que compõem uma organização hospitalar. Neste caso, mostra o desenho estrutural da organização, seus processos e resultados que podem ser apontados diante de uma reestruturação exigida.

Nesta premissa, um estudo carioca analisou a atuação dos enfermeiros na gestão hospitalar frente à COVID-19 utilizando a tríade de Donabedian. Os resultados mostraram a reconfiguração da estrutura hospitalar a partir da gestão de materiais e das pessoas; a reestruturação do processo de trabalho para alcance das metas com segurança e qualidade e o foco nas experiências dos enfermeiros na descrição dos resultados alcançados e esperados⁵.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, de natureza qualitativa e de estudo de caso único, norteado pelo modelo teórico da tríade estrutura, processo e resultado¹⁰, oriundo de uma tese de doutorado elaborada, desenvolvida e reportada sob as recomendações do guia *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research*.

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 modo¹².

O local de estudo foi um hospital geral da rede pública do Paraná. 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 foram as subunidades de análise integrados ao caso único¹², articulados à missão do hospital – Ensino, Assistência e Pesquisa. Até o ano de 2021, o hospital possuía 650 leitos no cadastro nacional de estabelecimento de saúde.

Os participantes foram profissionais que desenvolvem atividades assistenciais e administrativas com ou sem cargos, de diversas áreas do cenário estudado. Os participantes compuseram as áreas de Medicina, Enfermagem, Farmácia bioquímica, Nutricionista, Fisioterapia, Gestão Pública e Psicologia. Os critérios de elegibilidade incluíram profissionais pertencentes ao organograma da instituição, da equipe multiprofissional, de cargos administrativos e assistenciais no período da pandemia. Como critérios de exclusão considerou-se os profissionais que estivessem em período de licença, férias, ou em qualquer tipo de afastamento no período de coleta de dados e os profissionais que não comparecessem à entrevista, após três agendamentos. Não houve perdas.

O recrutamento foi feito via *e-mail* institucional, com a redação de carta-convite e, em anexo, o parecer de aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Após o aceite em reposta, realizou-se um agendamento de reunião na plataforma *Microsoft Teams*[®], de acordo com a disponibilidade e preferência do participante, onde foi criado um canal exclusivo para as entrevistas. A seleção dos participantes foi intencional e com o uso da técnica bola de neve para compor a amostra de participantes¹³, justificada pela diversidade de categorias profissionais adicionado a identificação de representantes-chave para aprofundar o fenômeno do estudo.

Foi considerada a saturação de dados e ausência de indicações de respondentes-chave como critérios de encerramento das entrevistas. Para este tipo de pesquisa, o tamanho da amostra é determinado a partir da necessidade de informações. Assim, é amostral até o ponto em que não foi obtida nenhuma informação nova e as respostas começaram a se repetir¹⁴, aspectos estes que compuseram a discussão da saturação dos dados pelos autores da pesquisa.

A coleta dos dados no estudo de caso deve ser composta por três fontes de coleta⁽¹²⁾. Assim, adotou-se as seguintes técnicas: Entrevistas com amostra composta por 42 participantes; Documental (380 arquivos) e Diário de bordo (35 impressões pessoais da pesquisadora). A coleta foi realizada pela primeira autora deste estudo, enfermeira, que na época do estudo foi doutoranda no programa de pós-graduação, de junho de 2022 a fevereiro de 2023.

A entrevista, fonte primária de dados, ocorreu de forma remota, videoaudiogravada por meio da plataforma *Teams*, em ambiente privativo, domiciliar da primeira autora, remotamente e síncrono. Os participantes, quando

presentes em ambiente de trabalho, estiveram em sala privativa, sem ruídos na comunicação para a entrevista. Com a exceção da segunda autora, que possuía vínculo com o hospital, os demais autores envolvidos neste estudo possuíam relações prévias com pequena parte dos participantes enfermeiros membros do mesmo programa de pós-graduação e grupo de pesquisa. As credenciais, objetivos e motivação pelo referencial teórico adotado foram explicitados. Foi realizado teste piloto com uma enfermeira que participou de comitê de crise de um hospital com perfil semelhante, não houve necessidade de ajustes, no entanto, por não ser o cenário do estudo, houve o cuidado em não incluir na amostra.

A entrevista foi norteada por um roteiro semiestruturado de elaboração própria, alinhado ao referencial teórico da tríade Donabediana: Estrutura, Processo e Resultado. A primeira parte do roteiro foi composto por variáveis de caracterização dos participantes. A segunda parte contemplou questões abertas, a saber: *Quando iniciou e quem foi responsável pela reestruturação do hospital para o enfrentamento à pandemia? Pode me falar como o hospital foi reestruturado em relação a insumos, recursos materiais, equipamentos tecnológicos, instalações físicas, recursos humanos? Pode me dizer como o hospital se reestruturou em relação aos processos, por exemplo fluxos, dinâmica de atendimento, interface com a rede de saúde? Quais foram os impactos desta reestruturação? Pergunta oculta: para o ensino, pesquisa e assistência? Qual a sua impressão em relação aos objetivos propostos para a reestruturação? Pode me dizer como foi o resultado imediato desta reestruturação? Pergunta oculta: Quais foram os facilitadores e dificultadores identificados? Me diga quais foram as lições aprendidas e quais os maiores desafios para a retomada? Pergunta oculta: Quais foram as atividades mais atingidas?*

Em paralelo, foi adotado um Diário de bordo como estratégia para tomar nota sobre aspectos de reorganização dos serviços, interações entre gestão e assistência no enfrentamento à pandemia e demais aspectos que sobressaíssem durante a entrevista avaliados com potencial de contribuição aos dados da pesquisa.

Para a etapa documental, foram utilizados materiais computadorizados da instituição, concentrados em roteiro-guia na mesma lógica das questões abertas. Primeiramente, foi solicitado via *e-mail*, por carta formal à gerência, uma cópia online dos documentos da instituição 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 primeira autora e, após o término da pesquisa, foram excluídos 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 com distanciamento social e isolamento social.

Para análise dos dados, os discursos provenientes das entrevistas aos participantes foram transcritos em documento *Microsoft Office Word*[®]. A técnica analítica escolhida foi a de Análise de Conteúdo Temático-Categorial (ACTC), que 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 dados¹⁵.

Após transcrição dos dados, à luz do referencial teórico de Donabedian, estes foram organizados em categorias e subcategorias nominadas de Unidade de Registro (UR) e Unidade de Significação (US), respectivamente, atendo às etapas da ACTC¹⁵.

A operacionalização destas etapas ocorreu com o software MaxQDA[®] *Analytics Pro 22*. O conteúdo documental e registros do Diário de bordo também incorporaram o documento indexado no software utilizado. Representaram, portanto, um agrupamento sintetizado dos dados da entrevista, documentos e diário de bordo, configurando uma triangulação dos dados como pressupõe o estudo de caso¹².

O estudo respeitou os princípios éticos, tendo aprovação de Comitê de Ética e Pesquisa. Todos os participantes aceitaram participar do estudo de modo voluntário e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. 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 representam 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.

RESULTADOS

Do total de 42 participantes, 26 (62%) foram profissionais que ocuparam cargos designados, neste estudo, como administrativos (gerências, coordenações e chefias de unidade) e, 16 (38%) foram profissionais atuantes na assistência. Em relação a formação, 23 (54,7%) enfermeiros, 7 (16,7%) médicos, 4 (9,5%) farmacêuticos, 3 (7,2%) gestor público, 2 (4,8%) nutricionista, 2 (4,8%) nutricionistas, e 1 (2,3%) psicólogo. Houve um quantitativo maior de participantes na faixa etária de 45 a 54 anos de idade (42,86%), sexo feminino (73,8%) e 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 de trabalho mostra-se relevante sob ótica da expertise dos profissionais em detrimento a medidas de enfrentamento em cenário que requereu decisões ágeis e assertivas no período da pandemia.

A entrevista obteve UR=622; documental com UR=380 e Notas do Diário de bordo com UR=35. As entrevistas tiveram duração mínima de 12 minutos e máxima de uma hora e 15 minutos. Foram obtidos 1067 UR.

O volume de materiais produzidos e utilizados durante a pandemia no cenário do estudo foi expressivo (n=380). Em relação à caracterização dos arquivos computadorizados que constituíram a etapa documental, percebeu-se a maior frequência de Boletins Epidemiológicos disponibilizados pelo hospital (68,95%), composto de cronologia e dados epidemiológicos sobre a Covid-19. Este dado pode ser justificado pela elaboração diária, e posteriormente, semanal, do material.

Categoria 1: Estrutura

Esta categoria apresentou 482 URs provenientes de 470 entrevistas, oito documentos e quatro notas de diário de bordo, contempladas nas subcategorias: Recursos humanos, Recursos físicos, Recursos financeiros, tecnológicos e apoio externo, conforme exemplificam os relatos a seguir:

Foi montado um comitê de crise. (E1)

[...] 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 logístico de entrega de material, hotelaria, limpeza, volante, etc. (D)

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 hospital. (DB)

[...] 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)

[...] 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)

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)

[...] órgãos regulamentadores foram apoio com condutas, guidelines orientadas pelo Ministério da Saúde além da disponibilização de recursos financeiros envolvendo compras centralizadas. (E12)

A academia [ensino] esteve mais alheia ao enfrentamento (E36). [...] o enfrentamento foi feito pela EBSEH e não pela academia". (E42)

Categoria 2: Processo

Esta categoria representou 398 URs, a partir de 49 entrevistas, 337 documentos e 12 notas do diário de bordo. A primeira subcategoria caracterizou-se por Protocolos, Fluxos e Dinâmica de atendimento:

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)

[...] 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 enfermarias estavam funcionando. Então perderam bastante com isso. (E3)

Observada conduta da alta gestão e Comitê de crise mediante fases (ondas) da Covid-19 no CHC (DB).

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

Na subcategoria Atuação profissional, nota-se que houve a visibilidade de outros profissionais integrantes na equipe multidisciplinar além de procedimentos relacionados à assistência ao paciente complexo.

[...] o suporte por profissionais infectologistas foi uma das primeiras condutas tomadas. (E1)

[...] atuação importante por parte de terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, pedagogos e psicólogos que antes não possuía tal visibilidade. (D)

O manejo clínico do paciente foi (re)aprendido diante da complexidade de atendimento. (DB)

A área de hemodiálise precisou se readequar em razão da condição clínica dos pacientes Covid-19. (E42)

Foram organizados dois Times de Resposta Rápida (Clínico e Covid-19), de modo a oferecer operacionalização ágil, principalmente em caso de intubação rápida. (E34)

Os farmacêuticos não entravam em contato com a equipe assistencial, isolamentos de contato foram acoplados como barreira neste setor. (E4)

A conciliação de medicamentos, estudada por intensivistas, anesthesiologistas 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. (DB)

Como ferramentas de apoio para a educação permanente, foram elaborados vídeos para disponibilizar e auxiliar aos treinamentos dos profissionais. (D)

A residência médica na especialidade de infectologia adquiriu importante expertise com a pandemia (E3) [...] embora demais especialidades precisaram ser alocados em atendimento aos pacientes Covid-19, principalmente em UTIs, comprometendo as competências requeridas nessas especialidades. (DB)

Os pós-graduandos com vínculo trabalhista no [nome do hospital suprimido] tiveram de pausar suas pesquisas, temporariamente, face às demandas do trabalho. (E38)

Categoria 2: Resultado

Nesta categoria, foram obtidas 157 URs, a partir de 103 entrevistas, 35 documentos e 19 notas do diário de bordo. As subcategorias entornaram os Resultado imediatos; Mudanças no estado de saúde dos indivíduos; Lições aprendidas; Satisfação de expectativas dos trabalhadores e, Planejamento para o pós-Covid-19.

Assistencialmente, os objetivos propostos pela gestão para a reestruturação, desde o início da pandemia, foram específicos: atender ao paciente, mas também proteger quem estava atendendo. Conforme novas informações surgiram, questões voltadas para segurança de ambos foram pensadas para minimizar a contaminação. Um resultado imediato mencionado por parte dos participantes, foi a sobrecarga de trabalho para os profissionais na linha de frente. Todos os setores e unidades se precisam se reorganizar como foi o caso do Setor de Controle de Infecção Hospitalar e comissão relacionada, conforme sinalizado por um dos participantes:

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

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

Foi possível perceber que os resultados imediatos ocorreram em fases.

[...] a primeira fase: compreender o cenário, mapear e operacionalizar estrutura para atendimento. 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 com Covid-19 foram sedados com "Propofol" (2,6-diisopropilfenol) o que levava ao medo de escassez. Uma estratégia foi a harmonização de sedação. (DB5)

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. O ensino e a pesquisa se mostraram missão fragilizadas neste período com foco direcionado à pesquisa clínica laboratorial.

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. (DB)

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.

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.

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 aquelas 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.

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:

Foi uma 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. (O)

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 hospital 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.

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-dia, monitoramento para casos oncológicos, interconsultas, linhas de cuidados prioritários, atualização de protocolos, trabalho acentuado com hospitalistas, implantação da Casa pós-Covid, 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 hospital, em paralelo à vacinação, os alergologistas foram referência para reação vacinal da Covid-19.

DISCUSSÃO

Foi percebido que o componente estrutura compôs maior contingente de URs. Em reflexão paralela pode-se ponderar que este componente requer que as organizações tenham uma estrutura consolidada para proporcionar atendimento mediante necessidade do contexto. Não obstante, que se configura a primeira da tríade donabediana.

Em consenso aos achados desta tese, um estudo 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 por exemplo, o WhatsApp Messenger® (nome atribuído em 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 valioso¹⁶, podendo ser apreendido como um ganho importante, principalmente quando somado à implementação de prontuário eletrônico do paciente (PEP) durante a pandemia.

No Brasil, em relação ao espaço e 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 saúde¹⁷. Considera-se um ganho importante para o hospital, 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 publicadas¹⁸⁻²⁰.

A urgência na expansão de números de leitos hospitalares não foi somente uma realidade brasileira, 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 preexistente²¹. 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 hospitalar²².

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 hospital deste estudo. Isto é, ter esse serviço já consolidado, com desenho na rede de saúde, fluxos regulatórios definidos e a pactuação (financiamento, contratos, habilitação)¹⁸, foram diferenciais para agir com rapidez na otimização e operacionalização de leitos hospitalares.

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. A rede de saúde foi considerada nesta pesquisa como um importante recurso de apoio para o enfrentamento. 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 (APS) também precisou se (re)organizar para fluxos de atendimento a pacientes com Covid-19^{22,23}.

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^{24,25}. 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 ágil 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 hipóxia²⁶. Sem dúvidas, as experiências vivenciadas a partir de tal recurso (ou da falta dele) e suas consequências, foram legados negativos à saúde de forma contrária ao percebido neste cenário de estudo.

A reflexão que também urge pertinência quanto a estrutura, 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? 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 integrantes²⁷.

Este contexto se mostrou importante no componente de processo, quando profissionais da linha de frente apontaram uma fragilidade não participar das discussões das quais precisariam executar na prática. 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 hospitalares²⁸. Com implantação em 2017, anterior à pandemia, o Modelo 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-19²⁹.

Foram muitos os pontos fortes no componente estrutural da tríade. 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 hospitalar. 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 infecções²⁹⁻³¹, todos elementos que compõem estruturalmente uma organização. Estes fatores afetam o

contexto no qual os cuidados são prestados: cuidados físicos, cuidado psicossocial e cuidado relacional quando relacionado diretamente ao paciente, por exemplo, e que refletem em todo o processo da organização^{5,32,33}.

O processo é um componente que diz respeito às ações realizadas por profissionais e usuários ao oferecer e receber cuidados, respectivamente¹⁰. Toda a série de atividades que ocorrem entre os envolvidos geralmente resultam em registros escritos. O cuidado direto ou a gestão do cuidado¹⁸, 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^{18,19}.

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^{34,35}. 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 pandemia³⁶.

Entre as dificuldades percebidas quanto à estrutura, 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 hospital. Porém, os hospitais universitários, tradicionalmente, 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 cenário deste estudo, assim como outros hospitais federais, com a produção de novos conhecimentos sobre Covid-19⁹.

Outras realidades hospitalares 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 trabalhadores³⁷.

Nas atividades de 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-19⁹. 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 na missão ensino do hospital.

Muitos profissionais vinculados ao hospital deste estudo também estiveram 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 educacional³⁸, cuja existência pode ser apontada como lacuna que requer discussões maiores e posteriores, no âmbito profissional, organizacional e acadêmico.

Embora o CHC tenha buscado garantir a segurança dos profissionais, foi substancial a perda, no sentido de casos de óbitos, como achados deste estudo. 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"*^{39:2972}. A satisfação e expectativa de profissionais devem ser elementos considerados pela organização⁴⁰, em consonância com o modelo donabediano.

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^{41,42}. Sob ótica donabediana, portanto, se há fragilidade neste recurso, é possível que existam prejuízos para o nível de segurança do paciente como resposta^{43,44}. Pois, isto implica no recurso humano necessário que pode influenciar o processo, negativa ou positivamente mediante estrutura evidenciada.

Ainda como importante resultado, 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 hospital 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-19¹⁸.

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 responsável pela coordenação de altas, como estratégias para a continuidade do cuidado⁴⁵. Foram criados 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 pandêmico⁴⁶.

Nisto, reconhece-se que, apesar das perdas, o hospital obteve importantes ganhos diante da crise instaurada. Um sistema de saúde universal, integral e gratuito passou a ser reconhecido de maneira inédita no⁵, o que pode ter lançado luz ao fortalecimento do papel social 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.

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. Ademais, indicadores tais como a elevação nos índices de IRAS⁴⁷, 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 pele⁴⁸, e procedimentos realizados para a melhora do quadro como o posicionamento do paciente em decúbito de prona⁴⁹, foram alguns dados obtidos na literatura.

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 de cargos de gestão, assim como integraram o próprio Comitê de Crise. 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 cuidados⁵⁰. Tais experiências requerem um olhar: o que manter e o que refinar?

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 gerenciais⁵⁰.

A missão de ensino e pesquisa estiveram presentes parcialmente em subcategorias, nos três componentes da tríade. Quanto à missão de ensino como missão do hospital desse estudo, foi apresentado uma participação tímida quanto à comunidade acadêmica no enfrentamento a pandemia. No entanto, há de se reconhecer que, embora essa participação estivesse menos aparente na linha de frente, as universidades também passavam por um processo de organização do seu processo de trabalho com o *fazer* ensino de modo remoto e as mais diversas formas de multiplicar a informação sobre o que se tinha conhecimento sobre o vírus, utilizando de lives, educação em saúde e outras estratégias à medida em que se tinha mais conhecimento.

A relevância do desenvolvimento de pesquisas 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 medicamentos e vacina foi um aspecto que potencializou o papel de um hospital federal, na sua missão em pesquisa, como foi o caso deste estudo de caso.

Além de lidar com mudanças estruturais, os hospitais utilizaram reformas processuais e funcionais⁵¹, imbricados ao *modus operandi* dos profissionais. 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 Evidência. Daí a relação do ensino e pesquisa numa engrenagem à assistência hospitalar como estrutura propícia para o processo de trabalho.

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 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. Isto somado a expertises na gestão do cuidado, de gestores e de lideranças na assistência, multiárea, foi elemento potencializar e que deixa legado positivo para o setor da saúde. As crises sanitárias transnacionais exigem uma resposta internacional e podem oferecer janelas de oportunidade para introduzir mudanças.

As perspectivas futuras figuram o surgimento de novos enfrentamentos e, assim, é necessário aprender com o passado e desenvolver estruturas sustentáveis de gestão de crises sanitárias, além apontar a estratégia primeira que é o investimento sólido nos sistemas de saúde^{31,52}.

Esta reflexão última lança luz ao sistema de saúde, tal como o hospital deste estudo, no rearranjo de seus recursos na busca pelo fazer profissional e gerencial e, que, o resultado buscou satisfazer o indivíduo como centro do cuidado contra a covid-19 ao mesmo tempo que buscou a sobrevivência à sua estrutura. Existe, portanto, uma relação causal entre os componentes da tríade, de forma que a estrutura disponível precisa ser suficiente para apoiar a execução dos processos inerentes aos planos, que por sua vez, desencadeiam diferentes resultados^{10,11}.

Limitações do estudo

No âmbito metodológico, adaptada para a modalidade *online*, a limitação pode ter contraste na abstração de aspectos que, talvez, surgissem de modo diferente na abordagem presencial. Além disso, a necessidade de uso da tecnologia tem potencial para gerar vies de seleção.

No que tange ao referencial teórico utilizado, em termos de satisfação e expectativas como um componente da tríade donabediana, seria pertinente uma análise sob perspectiva do paciente, do discente e dos docentes para maior apropriação da missão de ensino bem como da pesquisa, uma vez que a missão de assistência do hospital teve maior enfoque.

Destaca-se, assim, uma lacuna para estudos futuros com este delineamento e aplicáveis a estudos de campo. Em conjunto, realizar uma análise baseada na tríade donabediana em contexto “pós-pandêmico” poderia trazer aspectos consolidados de aprendizagem com a reestruturação pelo qual o hospital passou.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No conjunto, em razão da reestruturação pela qual o hospital 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.

Observou-se o processo também (re) pensado, 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.

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.

REFERÊNCIAS

1. Massuda A, Malik AM, Ferreira Junior WC, 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 [cited 2024 July 1], p: 1-4. Available from: <https://apsredes.org/wp-content/uploads/2020/04/IEPS-GVSAude-NT6.pdf>.
2. Oliveira AC, Lucas TC, Iquiapaza RA. O que a pandemia da Covid-19 tem nos ensinado sobre adoção de medidas de precaução? *Texto Contexto Enferm*. 2020 [cited 2023 Aug 18]; 29:e20200106. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0106>.
3. Aquino EML, Silveira IH, Pescarini JM, Aquino R, Souza-Filho JA, Rocha AS, et al. Social distancing measures to control the COVID-19 pandemic: potential impacts and challenges in Brazil. *Cênc. saúde coletiva*. 2020 [cited 2025 June 9]; 25(Supl.1):2423-46. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10502020>.
4. Casafont C, Fabrellas N, Rivera P, Olivé-ferrer MC, Querol E, Venturas M, et al. Experiences of nursing students as healthcare aid during the Covid-19 pandemic in Spain: a phenomenological research study. *Nurse Educ Today*. 2021 [cited 2024 July 1]; 97:104711. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104711>.
5. Rebello, PD. Qualitative analysis of nurses' performance and experiences in hospital management in the face of COVID-19. *Ciênc. saúde coletiva*. 2024 [2025 June 6]; 29(8):e05052024. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024298.05052024EN>.
6. Singer D. Clinical and health policy challenges in responding to the COVID-19 pandemic. *J Postgrad Med*. 2020 [Cited 2025 June 6]; 96(1137):373-4. DOI: <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2020-138027>.
7. Medeiros EAS. Challenges in the fight against the Covid-19 pandemic in university hospitals. *Rev Paul Pediatr*. 2020 [cited 2024 Jan 31]; 38:1-2. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0462/2020/38/2020086>.
8. Goh KJ, Wong J, Tien JCC, Ng SY, Wen SD, Phua GC, et al. Preparing your intensive care unit for the Covid-19 pandemic: practical considerations and strategies. *Crit Care*. 2020 [cited 2024 Jan 31]; 24(215): 1-12. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13054-020-02916-4>.
9. Santos JL, Lanzoni GM, Costa MF, Debetio JO, Sousa LP, Santos LS, et al. How are university hospitals coping with the Covid-19 pandemic in Brazil? *Acta Paul Enferm*. 2020 [cited 2024 Feb 1]; 33:APE2020A)01755. DOI: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2020A001755>.
10. D'Innocenzo M, Adami NP, Cunha ICKO. O movimento pela qualidade nos serviços de enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2006 [cited 2024 June 10]; 59(1):84-8. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000100016>.
11. Donabedian A. Quality assessment and monitoring. Retrospect and prospect. *Eval Health Prof*. 1983 [cited 2024 Feb 1]; 6(3):363-75. DOI: <https://doi.org/10.1177/016327878300600309>.
12. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 5. ed. Porto Alegre: Bookman; 2015.
13. Biernacki P, Waldorf D. Snowball sampling: problems and techniques of chain referral sampling. *Sociol Meth Res*. 1981 [cited 2024 Feb 1]; 10(2):141-63. DOI: <https://doi.org/10.1177/004912418101000205>.
14. Nascimento LCN, Souza TV, Oliveira ICS, Moraes JRMM, Aguiar RCB, Silva LF. Theoretical saturation in qualitative research: an experience report in interview with schoolchildren. *Rev Bras Enferm*. 2018 [cited 2024 Feb 1]; 71(1):228-33. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0616>.
15. Oliveira DC. Análise de Conteúdo Temático-Categorial: uma técnica maior nas pesquisas qualitativas. In: Lacerda MR, Costenaro RGS, eds. Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática. Porto Alegre: Moriá; 2016. p. 467-511.
16. Evans KK, Bekeney JC, Zolper EG, Steinberg JS, Atves JN, Benedict CD, et al. Ensuring quality care in the Covid-19 Era: applying the Donabedian Model to tertiary wound care center practices. *J Am Podiatr Med Assoc*. 2023 [cited 2024 Jan 31]; 113(2):. DOI: <https://doi.org/10.7547/20-080>.
17. Noronha KVM, Guedes GR, Turra CM, Andrade MV, Botega L, Nogueira D, et al. 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*. 2020 [cited 2024 Jan 31]; 36(6):e00115320. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00115320>.
18. Bernardino E, Nascimento JD, Raboni SM, Sousa SM. Care management in coping with Covid-19 at a tevering hospital. *Rev Bras Enferm*. 2021 [cited 2021 July 10]; 74(supl 4):e20200970. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0970>.

19. Lazzari DD, Galetto SGS, Perin DC, Santos JLS, Becker A, Acosta CM. Reorganization of nursing work in an intensive care unit during the Covid-19 pandemic. *Rev Gaúcha Enferm.* 2022 [cited 2024 sep 13]; 43:e20200179. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20200179.en>.
20. Ribeiro IAP, Lira JAC, Maia SF, Almeida RN, Fernandes MA, Nogueira LT, et al. Gestão em enfermagem: reflexões acerca dos desafios e estratégias frente à COVID-19. *Enferm Atual.* 2021 [cited 2024 Feb 1]; 95(33):e-021044. Available from: <https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/1053/852>.
21. Santos JL, Lanzoni GM, Costa MF, Debetio JO, Sousa LP, Santos LS, et al. How are university hospitals coping with the Covid-19 pandemic in Brazil? *Acta Paul Enferm.* 2020 [cited 2024 Feb 1]; 33:eAPE20200175 [cited 2024 Feb 1]. DOI: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO01755>.
22. Andrezza R, Chioro A, Bragagnolo BM, Silva FF, Pereira AL, Mauri L, et al. Planned discharge and the inter-professional relationship from the perspective of the nursing actions during the Covid-19 pandemic. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2023 [cited 2024 July 30]; 28(10):3023-32. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320232810.11092023EN>.
23. Arnaldo JGS, Radovanovic CAT, Magnabosco GT, Salci MA, Galdino MJQ, Martins MA, et al. Reorganization of the work process in primary health care in coping with COVID-19. *Cogit Enferm.* 2023[cited 2024 Jan 30]; 28:e91105. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/ce.v28i0.91105>.
24. Mozachi N, Souza VHL. *O Hospital-Manual do Ambiente Hospitalar.* 4. ed. São Paulo: Direção Cultural; 2017.
25. Silva TO, Vieira LM, Lemos TS, Sant'Anna FP, Sanches RS, Martinez MR. Hospital management and nursing management in the light of the lean philosophy in healthcare. *Cogitare Enferm.* 2019 [cited 2024 Feb 22]; 24:e60003. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.60003>.
26. Brandão CC, Medonça AVM, Souza MF. The ministry of health and the management of the fight against the covid-19 pandemic in Brazil. *Saúde Debate.* 2023 [cited 2024 Jan 30]; 47(137):58-75. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313704>.
27. Sze RW, Vera CD, Hogan L, Iyer RS. If Disney ran your pediatric radiology department: a different approach to improving the patient and family experience. *Pediatr Radiol.* 2019 [cited 2024 Feb 1]; 49(9):493-9. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00247-018-4308-4>.
28. Silva GT, Góis RM, Almeida DB, Santos TB, Cantarino MS, Queirós PJ, et al. Evidence on nursing management models in hospital services: an integrative review. *Acta Paul Enferm.* 2021[cited 2024 Feb 1]; 39:eAPE002095. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AR02095>.
29. Bernardino E, Selleti JDN, Silva OBM, Gallo VCL, Vilarinho JOV, Silva OLS, et al. Complex clinical hospital model of discharge management: conception and implementation. *Cogitare Enferm.* 2022 [cited 2024 June 24]; 27:e87463. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.87463>.
30. Chetterjee P. Gaps in India's preparedness for Covid-19 control. *Lancet Infect Dis.* 2020 [cited 2024 June 24]; 20:544. DOI: [https://doi.org/10.1016/s1473-3099\(20\)30300-5](https://doi.org/10.1016/s1473-3099(20)30300-5).
31. Mohammadiinia L, Saadatmand V, Sardashti HK, Darabi S, Bayat FE, Rejeh N, et al. Hospital response challenges and strategies during Covid-19 pandemic: a qualitative study. *Front Public Health.* 2023 [cited 2024 Feb 1]; 11:1167411. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1167411>.
32. Donabedian A. Evaluación de la calidad de la atención médica. *Rev Calidad Asistencial.* 2001 [cited 2024 Feb 1]; 16(1):11-27. Available from: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/download/5285/5434/6799>.
33. Borges F, Bernardino E, Rorato C, Bobrowec DCR, Silva OLS, Carvalho AGRP, et al. Nursing care for hospitalized patients with COVID-19 in light of Fundamental Care. *Rev Bras Enferm.* 2025;78(2):e20240075. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2024-0075pt>.
34. Paula VRM, Paula GM, Linares FDC, Afonso TC. Enfrentando Covid-19 em uma instituição hospitalar privada: relato de experiência. *Braz J Develop.* 2020 [cited 2024 Aug 10]; 6(11):87727-45. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n11-264>.
35. Vianna ECC, Pestana LC, Meireles IB, Rafael RMR, Marziale MHP, Faria MG, et al. Gestão de recursos em um serviço hospitalar de emergência federal diante da pandemia de Covid-19. *Rev Bras Enferm.* 2022 [cited 2024 Aug 10]; 75(Suppl 1):e20210149. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0149>.
36. Andrezza R, Chioro A, Bragagnolo BM, Silva FF, Pereira AL, Mauri L, et al. Planned discharge and the inter-professional relationship from the perspective of the nursing actions during the Covid-19 pandemic. *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2023 [cited 2024 sept 25]; 28(10):3023-32. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320232810.11092023EN>.
37. Oliveira JC de, Borges F, Tonini NS, Maraschin MS, Bernardino E. Performance of hospital nurses in the management of the COVID-19 crisis. *Rev Enferm UERJ.* 2023[cited 2024 Sep 29]; 31(1):e70954. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2023.70954>.
38. Vieira A, Amaral GAA. The art of being a Hummingbird in women's triple-shift workday. *Saúde Soc.* 2013 [cited 2024 Feb 1]; 22(2):403-14. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000200012>.
39. Machado MM, Ferreira WE, Vitória MÁ, Magalhães Júnior HM, Jardim LL, Menezes MAC, et al. Deaths of doctors and nursing staff by COVID-19 in Brazil: a sociological approach. *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2023 [cited 2024 Jan 31]; 28(10):2965-78. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023282.05942022>.
40. Donabedian A. Prioridades para el progreso en la evaluación y monitoreo de la atención. *Salud Pública de México.* 1993 [cited 2024 Aug 26]; 35(1):94-7. Available from: <http://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5636/6131>.
41. Reis LM, Lago PN, Carvalho AHS, Nobre VNN, Guimarães APR. Atuação da enfermagem no cenário da pandemia Covid-19. *Nursing.* 2020 [cited 2024 Aug 26]; 23(269):4765-68. DOI: <https://doi.org/10.36489/nursing.2020v23i269p4765-4772>.
42. Vianna R, Moyo S, Amoako DG, Tegally H, Scheepers C, Althaus CL, et al. Rapid epidemic expansion of the SARS-CoV-2 Omicron variant in Southern Africa. *Nature.* 2022 [cited 2024 Aug 26]; 603:79-86. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41586-022-04411-y>.
43. Ferreira CIGM, Diniz ACA, Bordalo IMSVL, Leitão MJLS, Ramos SMSV. Podemos falar de segurança do paciente durante uma pandemia? Uma experiência portuguesa. *Cad Ibero-Am Direito Sanit.* 2021 [cited 2024 Jan 31]; 10(1):129-48. Available from: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/682>.

44. Papacosta TLS, Pinheiro LCF, Souza JCS, Dias NM, Lima AB, Cordeiro LRM. Equipamentos de proteção individual e sua utilização no cenário da pandemia por Covid-19: relato de experiência. *Rev Enferm Atual*. 2020 [cited 2024 Jan 31]; 94(32):e-020069. DOI: <https://doi.org/10.31011/reaid-2020-v.94-n.32-art.909>.
45. Belga SMMF, Jorge AO, Silva KL. Continuidade do cuidado a partir do hospital: interdisciplinaridade e dispositivos para integralidade na rede de atenção à saúde. *Saúde Debate*. 2022 [cited 2024 Jan 31]; 46(133):551-70. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213321>.
46. APSREDES. A atuação da Enfermeira de Ligação no Modelo CHC/UFPR de gestão de altas. *APSRedes*. 2023 [cited 2024 Jan 30]. Available from: <https://apsredes.org/modelo-chc-ufpr/>.
47. Tangerino JC, Tangerino GC, Santos AJ, Moscardi J, Bonato MEW, Amaro LF. 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. *Braz J Infect Dis*. 2022 [cited 2024 Jan 30]; 26:102250. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.102250>.
48. Montgomery AP, Patrician PA, Hall A, Miltner RS, Enogela EM, Polancich S. Modeling patient risk for hospital-acquired pressure injuries during Covid-19: a retrospective study. *J Nurs Care Qual*. 2022 [cited 2024 Jan 30]; 37(2):162-7. DOI: <https://doi.org/10.1097/ncq.0000000000000602>.
49. Mota BS, Barbosa IEB, Fonseca AR, Siqueira DSG, Sampaio EC, Melo FS, et al. Lesão por pressão em pacientes internados em unidades de terapia intensiva e profissionais de saúde durante a pandemia da Covid-19. *Braz J Develop*. 2021 [cited 2024 Jan 30]; 7(4):43066-82. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n4-664>.
50. Kitson AL, Conroy T, Jeffs L, Carr D, Huisman-Dewaal GJ, Muntlin A, et al. No more heroes: the ILC Oxford Statement on fundamental care in times of crises. *J Adv Nurs*. 2023 [cited 2024 Jan 31]; 79(3):922-32. DOI: <https://doi.org/10.1111/jan.15533>.
51. Hølgset-Hazelton B, Kjerholt M, Rosted E, Hansen ST, Borre LZ, McCormack B. Improving person-centred leadership: a qualitative study of ward managers' experiences during the Covid-19 crisis. *Risk Manag Healthc Policy*. 2021 [cited 2024 Jan 31]; 14:1401-11. DOI: <https://doi.org/10.2147/RMHP.S300648>.
52. Begner S. The EU's Global Health Crisis Management: Past and Present. *E Int Relat*. 2020 [cited 2024 Aug 20]. Available from: <https://www.e-ir.info/2020/04/17/the-eus-global-health-crisis-management-the-past-the-present/>.

Contribuições dos autores

Concepção, F.B. e E.B.; metodologia, F.B e E.B.; software, F.B.; validação, F.B., E.B. e N.S.T.; análise formal, F.B e E.B.; investigação, F.B.; obtenção de recursos, F.B. e E.B.; curadoria de dados, F.B e E.B.; redação, F.B.; revisão e edição, F.B.; E.B.; A.M. P.; N.S.T.; M.F.B.A.C.; E.G.P. e C.D.; visualização, F.B.; E.B.; A. M. P.; N.S.T.; M.F.B.A.C.; E.G.P. e C.D.; supervisão, E.B.; administração do projeto, F.B. e E.B.; aquisição de financiamento, E.B. Todos os autores realizaram a leitura e concordaram com a versão submetida do manuscrito.

Declaração de Open Data

O banco de dados da pesquisa está disponível no repositório biblioteca digital da Universidade Federal do Paraná. Setor de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, endereço eletrônico: <https://hdl.handle.net/1884/87490>.

Uso de ferramentas de inteligência artificial

Os autores declaram que não foram utilizadas ferramentas de inteligência artificial na composição do manuscrito "*Reestruturação de hospital geral para o enfrentamento a pandemia Covid-19: uma análise donabediana*".