

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA DE MEDICINA E CIÊNCIAS DA VIDA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA
MONTGOMERY PASTORELO BENITES**

**ENFRENTAMENTOS DA GESTÃO HOSPITALAR NA PANDEMIA COVID-19:
uma revisão integrativa**

**LONDRINA
2023**

MONTGOMERY PASTORELO BENITES

**ENFRENTAMENTOS DA GESTÃO HOSPITALAR NA PANDEMIA COVID-19:
uma revisão integrativa**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Bioética, Área de concentração: Bioética Social e Ambiental da Escola de Ciências da Vida da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Bioética.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Caroline Filla Rosaneli.

LONDRINA

2023

Dados da Catalogação na Publicação
Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/PUCPR
Biblioteca Central
Sônia Maria Magalhães da Silva – CRB 9/1191

B467e Benites, Montgomery Pastorelo
2023 Enfrentamentos da gestão hospitalar na pandemia COVID-19 : uma revisão integrativa / Montgomery Pastorelo Benites ; orientador: Caroline Filla Rosaneli. – 2023
37 f. ; il. : 30 cm

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Londrina, 2023
Bibliografia: f. 35-37

1. COVID-19 (Doença) – Brasil. 2. Hospitais – Administração. 3. Pandemias. 4. Bioética. I. Rosaneli, Caroline Filla. II. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Bioética. III. Título.

CDD. 20. ed. – 174.9574



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA DE MEDICINA E CIÊNCIAS DA VIDA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA

ATA DE SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA

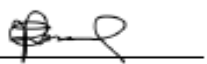
DEFESA DE DISSERTAÇÃO Nº02/2023
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Bioética social e ambiental

Em sessão pública às quinze horas do dia vinte e sete de fevereiro do ano de dois mil e vinte e três, via plataforma zoom <https://us06web.zoom.us/j/84666382693?pwd=b2pEUjBLT2NBcUgvVHh3TmgvUmNMdz09> realizou-se sessão pública de Defesa da Dissertação ENFRENTAMENTOS DA GESTÃO HOSPITALAR NA PANDEMIA COVID-19: UMA REVISÃO INTEGRATIVA apresentada pelo aluno Montgomery Pastorelo Benites sob orientação da Professora Doutora Caroline Filla Rosaneli como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Bioética, perante uma Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Professora Doutora Caroline Filla Rosaneli
Presidente (PUCPR)

Professor Doutor Anor Sganzerla
Membro interno (PUCPR)

Professora Doutora Orlene Veloso Dias
Membro externo (Unimontes)


Documento assinado digitalmente
gov.br ANOR SGANZERLA
Data: 10/ 05/2023 21:06:16-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>



Início: 15 horas Término 16:35 horas.

Conforme as normas regimentais do Programa de Pós-Graduação em Bioética da Pontifícia Universidade Católica do Paraná o trabalho apresentado foi considerado aprovado. O aluno está ciente que a homologação deste resultado está condicionada: (I) ao cumprimento integral das solicitações da Banca Examinadora, que determina um prazo de 90 dias para ao cumprimento dos requisitos; (II) entrega da dissertação em conformidade com as normas especificadas no Regulamento do PPGB/PUCPR; (III) entrega de documentação necessária para elaboração do Diploma.

Aluno: Montgomery Pastorelo Benites 


Professor Doutor Mário Antônio Sanches
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Bioética

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me conceder saúde e sabedoria para seguir sempre em frente. Obrigado por ser a minha força e o meu guia em todos os momentos. A Ti, Senhor, toda honra e toda a glória. Aos meus familiares, pelo apoio e incentivo em todos os momentos da minha vida.

À minha orientadora, professora doutora Caroline Filla Rosaneli, que, mesmo nos momentos mais desafiadores, não desistiu de mim e me elevou até o presente momento.

À minha eterna companheira, amiga e amada esposa, Márcia Krempel, que acreditou, mais que tudo, que daria certo e sempre me apoiou.

Você não pode esperar construir um mundo melhor sem melhorar os indivíduos. Para esse fim, cada um de nós deve trabalhar para o seu próprio aperfeiçoamento e, ao mesmo tempo, compartilhar uma responsabilidade geral por toda a humanidade.
(CURIE, 1903).

RESUMO

Um dos maiores desafios e objetivos na gestão hospitalar é manter todos os segmentos do hospital funcionando simultaneamente, com eficiência e qualidade. Para que o gestor tenha sucesso em sua gestão, há necessidade da confluência de diversos fatores: corpo clínico qualificado, colaboradores, qualidade dos serviços prestados, estrutura física, políticas de recursos humanos, entre várias outras estratégias adotadas. Com a pandemia COVID-19, a estrutura hospitalar passou por situações adicionais de risco físico-psicossocial, quando profissionais adoecidos vivenciaram sensações aflitivas de pânico e angústia; as instituições permaneceram em constantes mudanças e reprogramação para se manterem ativas e funcionantes; novas demandas administrativas e operacionais em diferentes níveis de gestões local, estadual e federal. Este estudo teve o objetivo de identificar se a literatura esteve preocupada com os enfrentamentos da gestão hospitalar na pandemia COVID-19. A partir de uma revisão integrativa, buscou-se analisar artigos dos últimos três anos. A amostra teve a representatividade de 12 artigos que remetiam aos desafios postos sobre a gestão hospitalar durante esse período. O estudo mostra que a pesquisa contribuiu para se conhecer os principais enfrentamentos vivenciados pela gestão hospitalar durante os processos iniciais da crise hospitalar e da sociedade na pandemia. Demonstrou, também, a importância de se tratar esse tema na formação de profissionais mais bem preparados para os desafios bioéticos e sociais que serão expostos nos enfrentamentos das crises sanitárias e humanas que podem acontecer no futuro. O debate que antecede à tomada de decisão é o momento mais oportuno para existir essa ponte na qual a bioética inclui no diálogo fatores relevantes do ponto de vista ético.

Palavras-chave: Gestão hospitalar. Bioética. Pandemia. Brasil.

ABSTRACT

One of the biggest challenges and goals in Hospital Management is to keep all hospital segments running simultaneously, efficiently and with quality. For the manager to be successful in his management there is a need for the confluence of several factors: qualified clinical staff, employees, quality of services provided, physical structure, human resources policies, among several other strategies adopted. With the COVID-19 pandemic, the hospital structure went through additional situations of physical-psycho-social risk, where sick professionals experienced distressing sensations of panic and anguish; institutions remained in constant changes and reprogramming to remain active and working; new administrative and operational demands at different levels of local, state and federal management. This study aimed to identify whether the literature was concerned with the confrontations of hospital management in the COVID-19 pandemic. Based on an integrative review, we sought to analyze articles from the last three years. The sample was representative of twelve articles that addressed the challenges posed to hospital management during this period. The study shows that the research contributed to knowing the main confrontations experienced by hospital management during the initial processes of the hospital crisis and society in the pandemic. It also demonstrates the importance of addressing this issue in the training of professionals who are better prepared for the bioethical and social challenges that will be exposed in the face of health and human crises that may occur in the future. The debate that precedes decision-making is the most opportune moment for this bridge to exist which bioethics includes relevant factors from an ethical point of view in the dialogue.

Keywords: Hospital management. Bioethics. Pandemic. Brasil.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Fluxograma de revisão integrativa	16
Quadro 1 – Artigos selecionados a partir da revisão integrativa	17

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

OMS	Organização Mundial da Saúde
SISCNRM	Sistema da Comissão Nacional de Residência Médica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 MÉTODOS	15
3 RESULTADO E DISCUSSÃO	17
3.1 Protocolos administrativos	18
3.2 Os recursos humanos: profissionais e pacientes em questão	24
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS	35

1 INTRODUÇÃO

Um enorme desafio enfrentado no século XXI foi a pandemia da doença causada pelo novo coronavírus em 2019 (COVID-19). No início da pandemia, ainda não era possível se estimar os impactos causados que afetariam direta e/ou indiretamente a saúde da população mundial e a economia dos países. Foi constatada na cidade de Wuhan, na China, em 11 de janeiro do ano de 2020, a primeira vítima fatal, tornando-se conhecida mundialmente. Em março desse mesmo ano, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou se tratar de uma pandemia mundial, desde então, considerou-se o primeiro surto da então doença COVID-19, pelo vírus Sars-CoV-2 (WHO, 2020). No Brasil, oficialmente, o primeiro caso se deu em 26 de fevereiro, na cidade de São Paulo, seguido pela cidade do Rio de Janeiro uma semana depois. O Ministério da Saúde, por meio das Secretarias de Saúde dos estados, atuou em desenvolver um plano de contingência a fim de isolar e atender aos pacientes contaminados. Quatro meses depois, em junho, já eram 1.500.000 contaminados e 60 mil mortes (MATTA *et al.*, 2021). Em novembro de 2022, a pandemia fez mais de 689 mil vítimas fatais no Brasil (DATASUS, 2022).

Teixeira *et al.* (2020) discorrem que, quando todos estavam extremamente ocupados com suas tarefas diárias repetitivas, inseridos em uma rotina diuturna de afazeres profissionais e sociais, surge uma pandemia viral que desestabiliza o mundo todo, afetando a economia, a saúde, os meios sociopolítico, psicossocial, ético e bioético.

Segundo Cunha e Garrafa (2016, p. 206),

[...] a vulnerabilidade é um princípio fundamental para a bioética global, desde que se baseie em um processo contínuo de diálogo entre as diferentes perspectivas regionais da bioética, com base no compromisso mútuo para superar as condições que tornam certos indivíduos e grupos em todo o planeta mais suscetíveis a ferir do que outros.

Mediante esse pensamento, indaga-se: qual tempo tiveram os médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais e demais profissionais para tratarem tão urgentes questões de saúde não vistas neste século? Qual diálogo foi logrado para se comprometerem mutuamente em identificar quais indivíduos seriam os mais suscetíveis? Mesmo porque, em razão da quantidade de trabalho, escassez de trabalhadores, desconhecimento da doença, estresse diário,

como identificar se o vulnerável estava sendo o paciente, a família ou o próprio profissional da equipe de saúde?

Vianna, Cavalcanti e Acioli (2014) relatam que, por outro lado, dentro do conjunto doutrinário e de organização do Sistema Único de Saúde (SUS), os princípios da universalização, da equidade, da integralidade, da descentralização e da participação popular devem ser seguidos por todos que prestam serviços de saúde no Brasil. Assim, coube, aos profissionais da saúde e da gestão, a atividade de organizar e atender a toda demanda criada pelos pacientes contaminados pelo COVID-19, conciliando os princípios do SUS.

Dentro desses princípios, os profissionais estavam acostumados a vivenciar e convictos de que, nas palavras de Siqueira (2002, p. 101),

[...] cada pessoa adoece de maneira particular, não importando como os profissionais de saúde a classifiquem em tal ou qual categoria nosológica. Cada consulta médica é única na construção interpessoal médico-paciente. Para um paciente individual, não há “o melhor” tratamento a ser prescrito pois, sempre, a melhor escolha dependerá de seus próprios juízos e valores e da interação com seu médico. Encontrar “a melhor escolha” é o ponto central de rico exercício clínico que obriga o médico a dominar conhecimentos e habilidades que reconhecidamente não são oferecidas pelo modelo de ensino vigente.

Conforme Matta *et al.* (2021), o Brasil, sendo um país continental, teve o desafio de conseguir alcançar diferentes realidades sociais com as mesmas estratégias dos demais países, com isso, a tentativa de implantação de protocolos, barreiras sanitárias, atendimento à população, isolamento de pessoas se tornou de responsabilidade dos prefeitos e governadores. Os estabelecimentos de assistência à saúde tiveram grande importância no que tange à tomada de decisões quanto à inovação, flexibilidade e agilidade e em se adaptarem nas dificuldades com pessoal e estrutura física, conforme a doença evoluía.

A diversidade de especialidades médicas envolvidas com a COVID-19 fez com que as mais imprevisíveis adaptações fossem colocadas em prática. A doença, bem como a quantidade enorme de atendimentos simultâneos, passava desde sintomas simples que podiam ser atendidos em Unidades Básicas de Saúde (UBS) até atendimentos de alta complexidade realizados em prestadores, as quais possuíam Unidades de Terapia Intensiva Tipo III, em que, simultaneamente, eram tratados problemas respiratórios, cardíacos, vasculares, renais, hematológicos, neurológicos, entre outros.

A resolução nº 2.271/2020 define quem é paciente crítico ou gravemente enfermo e estabelece três níveis de cuidados para aqueles que necessitam de atenção mais intensiva. O paciente é considerado crítico quando apresenta instabilidade do seu sistema vital, com risco de morte.

O nível III de cuidados (considerado o mais alto) ocorre quando um internado em UTI apresenta múltiplas falências agudas de órgãos vitais ou tem risco de desenvolvê-las, com caráter de ameaça imediata à vida. A regra informa que essas pessoas necessitam de suporte de complexidade muito alta como a “monitorização e suporte hemodinâmico (fármacos vasoativos em infusão contínua) e/ou assistência respiratória e/ou terapia de substituição renal” (BRASIL, 2020).

Soares e Fonseca (2020) destacam a dificuldade enfrentada pelas UBS, como problemas de espaço físico, superlotação, encaminhamento para centros de maior complexidade, transporte, entre outros, que foram administrados diretamente entre os profissionais das unidades e os secretários municipais de Saúde que tiveram que conviver, ao longo da pandemia, com inúmeras portarias e nem sempre havia condições de pô-las em prática.

Com tantas decisões para se tomar quanto ao tratamento, falta de leitos, em ter que escolher o uso de respirador, entre o jovem e o idoso, como não se recorrer à bioética em que “face ao pluralismo moral os profissionais de saúde precisam desenvolver habilidades, hábitos, competências deliberativas para aprimorar a atenção a saúde”? (ZOBOLI, 2013, p. 396). Como não se amparar, apoiar, dar condições prioritárias de descanso, tempo para exercer o diálogo a fim de se orientar o melhor tratamento e o descanso para se poder estar presente no próximo dia na árdua atividade de tentar novamente salvar mais vidas? A cada amanhecer se levantar para novamente ter em suas mãos a decisão de optar pelo menos pior? Optar por se desligar ou não a máquina? Trocar ou não a medicação? Decidir sobre investir mais do tempo no consolo da família ou no atendimento ao paciente? Dar mais atenção e suporte aos profissionais da equipe ou ao paciente desenganado? Desenganado por quem?

Essa pandemia é o meio perfeito, em que, segundo Braz (2006), no pensamento de Levinas (2005), diante do rosto do outro, o ser humano é convocado a agir de forma desinteressada e gratuita, sacrificando o seu bem pelo bem do outro, ser flexível a fim de conseguir passar por essa pandemia fortalecido.

Para os principais e maiores prestadores de saúde, que normalmente atendem à média e alta complexidade, o papel da gestão hospitalar, juntamente com as demais comissões internas, foi de suma importância nos acertos das atividades implantadas e decisões tomadas, quase que semanalmente, para garantir a prioridade e dignidade da assistência ao paciente. Hospitais com estruturas administrativas mais precárias puderam, em razão da tecnologia de inovação, se beneficiar das decisões dos que tinham comissões atuantes e conseguiam se antecipar às ondas ou fases da doença que estavam por vir. Independentemente dos estabelecimentos com mais ou menos estruturas formadas, todos puderam participar de uma rede de tomada de decisões onde prevalecia a vontade de acertar todas as decisões dentro dos preceitos bioéticos a fim de promover a vida.

De acordo com os “4 pêns” – prevenção de possíveis danos; precaução frente ao desconhecido; prudência com relação aos avanços; e novidades tecnológicas e proteção dos excluídos sociais –, a bioética assume um compromisso com as vulnerabilidades, mediante a associação entre a situação pública e um ambiente equilibrado e planetário, de acordo com Garrafa (2005).

Rosaneli *et al.* (2021) concluem que a perspectiva da bioética transmite uma abordagem multidisciplinar, trazida por uma comunicação sem ruídos e convergente aos conhecimentos científicos, tecnológicos e tradicionais. Discorrem, ainda, que um novo horizonte da bioética, tanto nas recorrentes catástrofes ambientais quanto nos surtos de doenças infecciosas, tende a ser mais gerido se tiver referido a valores éticos em níveis regional e comunitário, pautado no interesse coletivo e tendo o bem-comum, a natureza e as gerações futuras como valores.

O hoje determina o desafio de se fazer escolhas que influenciarão o futuro: preservar a humanidade ou salvar a economia. De acordo com Nohama, Silva e Simão-Silva (2020), essa não é uma decisão semelhante à da bioética clínica, em que a virtude básica não é a prevenção de riscos, mas a avaliação prudente de benefícios, encargos e malefícios. Esses autores discorrem, ainda, que, nessa concepção, o agir médico é dever, que, no entanto, não está relacionado ao futuro em sentido amplo, mas ao futuro imediato da vida em jogo, na forma do melhor resultado possível para determinado paciente.

Tancredi, Barrios e Ferreira (1998, p. 20) destacam:

Não devemos nos esquecer de que no setor da saúde gerenciamos recursos escassos para necessidades ilimitadas. Gerenciar esses recursos de forma adequada nos remete à responsabilidade de planejar adequadamente, de modo que os objetivos operacionais convirjam em direção à realidade sanitária dos cidadãos que utilizam esses serviços.

O Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (BRASIL, 2007) demonstra que a portaria SAS/MS n. 968, de 11 de dezembro de 2002, definiu o elenco de procedimentos considerados de alta complexidade ambulatorial e hospitalar. A citação dessas definições não tem o objetivo de fixar uma “relação definitiva” de média e alta complexidades de atenção à saúde, mas, antes, demonstrar as dificuldades que essas áreas de atenção representam para os gestores do SUS: sua visão foi desde sempre fragmentária, um conjunto de procedimentos relacionados nas tradicionais “tabelas de procedimentos do sistema”, ambulatorial ou hospitalar, selecionados por exclusão, isto é, são os procedimentos que “não cabem” nas unidades básicas de saúde e na atenção primária em saúde, pelos custos ou densidade tecnológica envolvida.

O planejamento e o gerenciamento de um sistema de saúde dependem de um conjunto de informações adequadas que orientem o planejador quanto às necessidades de saúde da população e a ordem de prioridade dessas necessidades, assim como da oferta de serviços existentes e sua capacidade de atendimento. Essas informações devem expressar as diferentes características que evidenciam as condições de vida dessa população, sejam culturais, sociais, econômicas e epidemiológicas, e que são responsáveis pela geração de suas demandas de saúde (TANCREDI; BARRIOS; FERREIRA, 1998, p. 19).

A análise da situação de saúde consiste nos processos de identificação, formulação, priorização e explicação de problemas de saúde da população que vive e/ou trabalha em um território (TEIXEIRA, 2004).

Este estudo teve o objetivo de identificar se a literatura esteve preocupada com os enfrentamentos da gestão hospitalar na pandemia COVID-19.

2 MÉTODOS

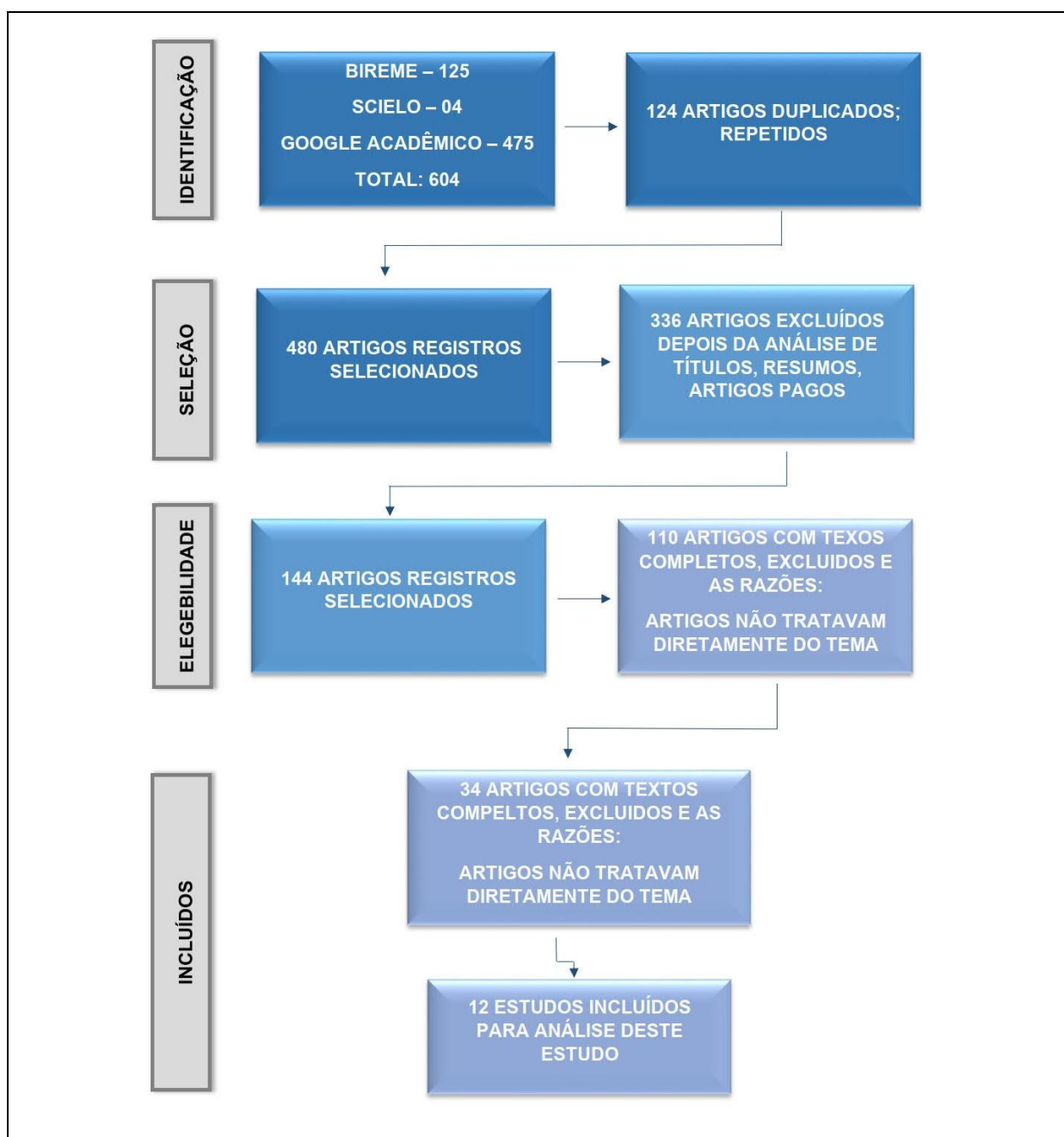
Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, segundo critérios de Souza, Silva e Carvalho (2010), metodologia esta trabalhada por uma minuciosa seleção que respeita o tema da pesquisa, baseado em avaliação e síntese das evidências possíveis. Este resultado poderá fundamentar a implementação de intervenções efetivas bem como a identificação de lacunas que direcionam para o desenvolvimento de futuras pesquisas.

Para o levantamento dos artigos realizou-se uma busca nas bases de dados Bireme, *Scielo.org* e Google Acadêmico. A busca ocorreu no ano de 2021, utilizando-se dos seguintes descritores, na língua portuguesa: Gestão, Bioética, Pandemia e Brasil. Foram recuperados textos completos, nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola, dos últimos três anos, totalizando 34 artigos, os quais foram submetidos à revisão integrativa.

Diante dessa reflexão temática, foram aplicados como critérios de exclusão os artigos que não apresentavam os textos completos; artigos publicados em outra língua diferente do português, inglês ou espanhol; artigos duplicados. Além disso, foram considerados critérios de exclusão estudos de revisão sistemática, estudos não revisados por pares, estudos não originais, artigos de opinião. A partir desses critérios, iniciou-se a leitura dos resumos dos artigos e, conforme a necessidade do texto completo, a fim de se verificar se o artigo abordava o tema delimitado. Após a revisão integrativa, obteve-se o resultado de 12 artigos finais.

A presente pesquisa foi conduzida a partir da questão: “Quais foram os enfrentamentos da gestão hospitalar na pandemia COVID-19?”.

Figura 1 – Fluxograma de revisão integrativa



Fonte: o autor, 2023.

3 RESULTADO E DISCUSSÃO

No Quadro 1, como resultado, podem ser observados os 12 artigos selecionados a partir de triagem realizada por meio dos critérios acima mencionados (revisão integrativa).

Quadro 1 – Artigos selecionados a partir da revisão integrativa

	Título	Autoria	Ano Publicação	Periódico
1.	Ações desenvolvidas no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira para enfrentamento à pandemia da COVID-19	CAMPOS, T. <i>et al.</i>	2021	Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., v. 21 (Supl. 1): p. 275-286.
2.	Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia na COVID-19 na Rede de Atenção à Saúde	FORTES, A. B. <i>et al.</i>	2021	Ministério da Saúde
3.	Deficiência nos programas de Residência Médica durante a pandemia de COVID-19 no Brasil	SÁ, M. F. S. de.	2021	Femina, v. 49, n. 4, p. 223-225
4.	Planejamento e gestão	SANTOS, A. de O.; LOPES, L. T.	2021	Planejamento e Gestão. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. 342 p.
5.	Reorganização do atendimento em ambulatório de mastologia durante a pandemia de COVID-19	SANTOS, C. P. R. S. dos <i>et al.</i>	2021	Rev Bras Enferm., v. 74 (Supl 1): e20200571, p. 1-4.
6.	Rodízios dos médicos-residentes em ginecologia e obstetrícia durante a pandemia de COVID-19	SIMÕES, M. da C. R. <i>et al.</i>	2021	Femina, v. 49, n. 1, p. 19-24.
7.	Serviço de emergência hospitalar SUS: fluxos de atendimento a pacientes suspeitos ou confirmados para COVID-19	BRANCO, A. <i>et al.</i>	2020	Enferm. Foco, v. 11, n. 1, p. 199-204.
8.	Gestão e plano de contingência do Serviço de Imunoalergologia do Centro Hospitalar de S. João no contexto da pandemia por COVID-19	CARNEIRO-LEÃO, L. <i>et al.</i>	2020	Rev Port Imunoalergia, v. 28, n. 3, p. 161-171.
9.	Intervention Protocol of the Orthopedics and Traumatology Department of a High-Complexity University Hospital to Cope with the COVID-19 Pandemic	LIMA, E. B. de S. <i>et al.</i>	2020	Rev Bras Ortop., v. 55, n. 3, p. 269-277.
10.	Cuidados no ambiente de assistência hospitalar ao paciente com suspeita ou diagnóstico de COVID-19	MARZIALE, M. H. P.	2020	Ministério da Saúde
11.	The COVID-19 Impact in Hospital Healthcare Workers: Development of the Occupational Health Risk Management Program	MENDONÇA-GALAI, L. <i>et al.</i>	2020	Port J Public Health v. 38, n. 1, p. 26-31.

12.	Medical residency in gynecology and obstetrics in times of COVID-19: Recommendations of the National Specialized Commission on Medical Residency of FEBRASGO	ROMÃO, G. S. <i>et al.</i>	2020	Rev Bras Ginecol Obstet, v. 42, n. 7, p. 411-414.
-----	--	----------------------------	------	---

Fonte: o autor, 2023.

Para melhor interpretação dos artigos investigados, o trabalho foi analisado sobre duas categorias apresentadas abaixo.

3.1 Protocolos administrativos

A pandemia trouxe, para o sistema de saúde, imensos desafios. Quanto aos serviços de saúde que se encontravam estruturados, estes tiveram, de qualquer forma, que se adaptar aos novos critérios de atendimento, e aqueles que se encontravam organizados em atendimentos padronizados tiveram mesma sorte: em pouco tempo se readequaram a protocolos específicos para enfrentarem o novo vírus, que resultou na pandemia.

Nitidamente, administradores necessitaram elaborar novas ações e prontamente reorganizar as novas demandas que o serviço exigiu ao enfrentamento diário dos dilemas éticos nas tomadas de decisões.

Segundo Fortes *et al.* (2021), a COVID-19 fez com que as práticas em saúde fossem revisadas, principalmente em estabelecimentos nos quais as condições do serviço estavam estagnadas e apresentando “falhas” potencializadas, dando lugar a novas e urgentes ações de gerenciamento.

Em geral, dentro da área administrativa, cada hospital necessitou se preparar primeiramente para receber um número maior de atendimentos do que o usual. O Hospital Sírio Libanês, juntamente com o Ministério da Saúde, criou o Projeto Lean nas Emergências, que acompanhou seis hospitais e compartilhou as experiências a fim de aprender e divulgar esse conhecimento para outras instituições de saúde.

Contudo, observou-se que o desafio administrativo foi quanto à demanda gerada pela COVID-19 superior a 20%, esbarrando novamente no conflito ético, do atendimento prioritário, emergencial e da desproporção dos recursos humanos e de materiais existentes com relação à quantidade de pacientes a serem atendidos.

O Lean nas Emergências é um Projeto do Ministério da Saúde executado de forma colaborativa pelos hospitais BP – A Beneficência Portuguesa de São Paulo, Moinhos de Vento (HMV) e Sírio-Libanês (HSL), por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) com o objetivo de reduzir a superlotação nas urgências e emergências de hospitais públicos e filantrópicos do Brasil (LEAN NAS EMERGÊNCIAS, 2018).

Campos *et al.* (2021) enfatizam que, a fim de manter o serviço em funcionamento para aqueles que continuaram buscando atendimento por outras enfermidades – pior seria se deixasse de haver atendimentos para os novos pacientes advindos de COVID-19 – e destacam que a administração necessitava realizar ações de gerência com eficiência e eficácia para manter a instituição sustentável.

Tais ações não podem ser isoladas ou desmobilizadas. Devem ser amplamente divulgadas e engajadas pelo corpo de colaboradores das instituições. Santos e Lopes (2021) apontam que parcerias foram essenciais entre universidades, instituições públicas, instituições de pesquisa, o próprio Sistema Único de Saúde (SUS) e os governos federal, estadual e municipal, pois proporcionou atividades que geraram revisão rápida de protocolos de assistência, agilidade na transmissão das informações baseadas em pesquisa e fundamentadas em estudos recentes, além de evidências científicas, mudanças das estruturas de atendimentos de porta de entrada para os pacientes positivos, dando mais segurança para o corpo de colaboradores que puderam acreditar que as mudanças das metodologias e protocolos implantados dariam um bom resultado, fazendo com que pudessem atender a essa nova grande demanda, sem prejuízo.

Essa preocupação, frequente nas ações gerenciais, em conseguir atender a toda a demanda e receber por elas a fim de manter a saúde financeira da instituição, é definida, por Branco *et al.* (2020), quando mostram que, no Brasil, esse cenário de atendimento às emergências, principalmente as de saúde pública, está muito distante de chegar à capacidade que o Estado tem de conseguir atendê-las. Como já passaram por outras pandemias como a H1N1 no ano de 2009, mesmo que não tenha tido a mesma proporção como a do COVID-19, os Estados conseguiram, em razão do incentivo, desenvolver estratégias de tomadas rápidas de decisões a fim de gerarem ações que lidam com essas emergências de pandemias, realinharem e readaptarem os planos de contingência de acordo com suas particularidades, visando atingir o maior número de municípios possíveis e deixá-los preparados para o enfrentamento não só da assistência, como também gerencial.

Contudo, ainda ficou, aos gestores, a definição de ações, para que, além do aumento do espaço físico com reformas e ampliações e compra de novos equipamentos, fosse tudo planejado e organizado, juntamente com o corpo de profissionais da assistência à saúde, estudantes, residentes, ou seja, coube aos gestores definirem, embasados nos planos de contingência federal, estadual e municipal, o norte da instituição a fim de atenderem e curarem os pacientes positivos com o mínimo de perda possível. Vale se lembrar que essas definições continuaram se dando ao longo da pandemia, uma vez que, conforme a doença avançava, fazendo mais vítimas, novos protocolos foram criados e compartilhados a fim de que as tomadas de decisões fossem novamente revistas, atualizadas e reimplantadas. Como essas mudanças foram frequentes, Lima *et al.* (2020) mostram que os estudos e relatórios gerados a cada nova mudança nas fases da doença ou da transmissão necessitavam ser urgentemente publicados e distribuídos para que outros serviços tivessem conhecimento e pudessem readequar seus protocolos de maneira a atingir, o mais rápido possível, o objetivo tanto da saúde quanto da administração, evitando, também, o contágio entre a própria equipe de frente, que diariamente se expunha ao risco da transmissão e do contágio, necessitando ser isolada ou afastada do combate à pandemia.

Notadamente, os profissionais envolvidos com a área administrativa tiveram que se adequar rapidamente, e por várias vezes, no desenvolvimento e atualização dos protocolos em razão de alterações no manejo do tratamento da doença. Com a participação do corpo técnico, profissionais de outros serviços, orientações dos conselhos profissionais e do Ministério da Saúde, que lançava publicações relativas à mudança de tratamento, medicamentos, mutações do vírus, complicações não esperadas em pacientes, tornaram-se possíveis tais adequações.

Dentro da área administrativa, algumas atitudes se fizeram presentes e trouxeram grande preocupação. Os recursos dispensados aleatoriamente por países, órgãos e pessoas, de maneira irresponsável e sem planejamento, para poder se atender a essa grande quantidade de pacientes acima da capacidade dos estabelecimentos de saúde, contribuíram para se gerar transtornos e corrupção, principalmente no Sistema Único de Saúde.

Passada a urgência em ampliação e reforma, na busca de espaço físico para aumento da quantidade de leitos a fim de atender ao aumento significativo na demanda da procura e acesso à assistência médica aos sintomas graves da COVID-

19, a gestão se deparou com a especulação na questão do abastecimento de materiais e equipamentos usados pelos profissionais para o diagnóstico e tratamento.

Quando Santos e Lopes (2021, p.338) citam que “O país precisa urgentemente repensar seus modelos de gestão de políticas públicas e de controle”, abrem caminho para a constatação de uma realidade: cada país tentou lidar com a realidade de atender ao seu cidadão de maneira mais rápida e eficiente e faz valer o poder financeiro acima de qualquer conceito bioético. No confronto entre países em primeiro lugar, contou a diferença de câmbio entre as moedas, que fez com que países com moedas mais valorizadas saíssem na frente com poder de aquisição muito maior do que países pobres e com moedas desvalorizadas. Pode-se concluir, assim, que países como Estados Unidos, Alemanha, China, Rússia, Emirados Árabes, entre outros, estiveram na liderança no que diz respeito à expansão do número de leitos equipados para atendimento de Unidades de Tratamentos Intensivos (UTIs) e conseguiram por mais tempo dar assistência medicamentosa e de materiais para seus pacientes do que, por exemplo, o Brasil.

Ainda em relação a algumas fases das dificuldades da gestão em lidar com eventos de desabastecimentos, em razão da desativação dos hospitais de campanha, houve a crise dos leitos de UTI, pois países que detêm o poder de produção, como a China, recebiam pagamento somente adiantado e não entregavam os produtos no prazo estipulado ou, quando entregavam, estes não estavam nas especificações solicitadas. O desabastecimento de drogas anestésicas ou sedativas, para que os equipamentos de respiração mecânica pudessem manter a vida do paciente em UTI, o que levou, novamente, a uma correria e procura de fornecedores que pudessem intervir nas importações, direcionando parte do fornecimento mundial para o Brasil, também foi uma dificuldade em território nacional.

Santos e Lopes (2021) fazem, ainda, uma grande crítica principalmente aos modelos de política pública do país, enfatizando a necessidade de se repensar urgentemente em uma legislação que proteja o gestor, que, nesses casos, deve tomar decisões de maneira técnica e não política, usando de artigos da legislação que permita que sua decisão seja amparada legalmente, para que, no futuro, não seja ele criminalizado por tomar decisões a fim de que vidas sejam salvas. Com certeza, isso não significa ser condizente com desvios e corrupção. Em relação a esse aspecto, o Estado brasileiro também necessita melhorar seu sistema de controle a fim de que os culpados realmente sejam criminalizados – porém os inocentes não podem ser

jogados na mídia e ter suas vidas desonradas por terem tomado decisões técnicas – evitando que a política interfira somente para beneficiar este ou aquele grupo político.

A construção entre gestão e controle, juntamente com a ação independente dentro de uma legislação séria, que atenda à demanda de tomada de decisões técnicas, com uma equipe governamental técnica e não política, poderá preparar o país para pessoas comprometidas continuarem fazendo o SUS ser o melhor sistema de saúde mundial e afastar os aproveitadores e corruptos da seara que buscam somente lidar com o bem mais precioso do ser humano, que é sua saúde.

Publicações também mostram que a criação ou adaptação de protocolos ajudaram muito no combate e prevenção da contaminação pelo vírus, mas não foi somente isso que determinou o atendimento rápido que a situação exigiu. Há diversos relatos de mudanças e dificuldades que dia a dia foram superadas, nas diversas áreas, o que foi decisivo. A maioria dos entes públicos se debruçou para atender diuturnamente às necessidades das instituições de saúde nas mais variadas dificuldades que foram aparecendo. A História conseguirá mostrar os que se aproveitaram do câmbio, da escassez ou do poder e valorizar os que conseguiram fazer o SUS perder o menor número possível de vidas dentro de todas as dificuldades apontadas.

As adaptações e tomadas de decisões em nível gerencial administrativo não se deu somente no âmbito hospitalar mas também na educação. Nesse mesmo contexto, incluem-se os hospitais que trabalham com a educação na forma de estágios, residências, cursos tecnólogos, de graduação, mestrado e doutorado. Assim, para esses profissionais ou estudantes que se encontravam em formação, muitas coisas tiveram que ser adaptadas.

Sá (2021) demonstra que algumas medidas foram prontamente atendidas no que diz respeito ao cumprimento das portarias referentes à estratégia de combate à pandemia no Brasil pelo governo federal. A flexibilidade de se poder adaptar as aulas teóricas presenciais em aulas *online* pela web trouxe, ao dia a dia dos alunos e professores, o uso constante dessas novas tecnologias de ensino. Com estas, foi possível se praticar aulas ao vivo, com a participação e interação entre alunos e professor, como aulas gravadas, que permitem, ao aluno, assistir a elas e aprender em um horário que melhor lhe convier. A ferramenta possibilita, também, agendar reuniões e promover fóruns para debate e troca de opiniões. Simões *et al.* (2021) mostram e indicam que o uso das ferramentas de reuniões por vídeos, como Zoom,

Skype, Google Meet, entre outros, para a substituição das aulas presenciais, fez com que aumentasse a quantidade de atividades e a participação dos alunos, levando-os a extrapolar a carga horária teórica.

Para os estudantes de residência, foram ofertados, por meio do governo federal, uma ajuda de custo para participarem do programa de enfrentamento ao COVID-19, dedicando algumas horas do dia ao cuidado a esses pacientes contaminados pelo vírus, contando esse tempo como hora-aula no seu desenvolvimento. Em forma de voluntariado, esse programa se estendeu para os acadêmicos do 5º e 6º anos de Medicina que já estavam em regime de internato. Vale se ressaltar que os gestores ou coordenadores tiveram o cuidado de apresentar documentação de responsabilidade para o uso de todos os equipamentos de proteção individual fornecidos pela instituição a fim de promover toda a segurança possível ao acadêmico ou profissional.

Os alunos avaliaram esse misto de prática e teórica pela web como uma maneira mais pessoal no processo de aprendizagem, pois conseguiam conciliar a prática com o estudo teórico de maneira mais organizada do que a do dia a dia presencial no estágio e na sala de aula, com a liberdade que o meio digital oferece de estudarem a teoria no seu melhor momento. Esses alunos relataram, também, segundo Sá (2021), a responsabilidade de aprenderem para se tornarem bons profissionais.

Especificamente quanto à parte da residência médica, Romão *et al.* (2020) mostram que o Sistema da Comissão Nacional de Residência Médica (SISCNRM) preconiza uma série de orientações para os serviços que possuem médicos atuantes em face à pandemia e que autoriza que os gestores usem o fluxo elaborado, dando a oportunidade de o residente não ser prejudicado em razão da interrupção das atividades que possam ocorrer. Todos os demais protocolos utilizados para os colaboradores, a fim de se evitar a contaminação, devem ser também aplicados aos residentes bem como as diretrizes nacionais do programa de residentes.

3.2 Os recursos humanos: profissionais e pacientes em questão

Quando do advento da pandemia, que chegou ao Brasil em meados de fevereiro de 2020, a preocupação com os profissionais de saúde tem sido prioridade. Sob pena de não se ter profissionais para atender à grande demanda de pacientes,

que chegariam após a metade do ano, o maior cuidado com o contágio entre profissionais de saúde ainda é prioridade.

Na prestação de cuidados com os colaboradores, há relatos de tomadas de decisões e mudanças significativas que tiveram resultados positivos relativos à proteção, em especial, à transmissibilidade da doença dentro do ambiente hospitalar.

A preocupação em manter o pessoal de linha de frente saudável para continuar combatendo a pandemia por meio da assistência ininterrupta para pacientes que chegavam aos serviços desde o início foi prioridade.

Carneiro-Leão *et al.* (2020) afirmaram que, assim como foi inesperada a questão da pandemia, também o foi o impacto que teve nas instituições de saúde para promoverem a proteção de seus profissionais.

Todos os serviços, obrigatoriamente tiveram que se adequar a cuidados universais de transmissão, sendo eles de saúde ou não. Medidas restritivas de quantidade, circulação, uso de máscara, higienização com álcool gel, controle de temperatura e distanciamento foram algumas que todos necessitaram implementar por força de portarias emitidas pelos órgãos governamentais.

O diagnóstico precoce passou a ser prioridade a fim de se conter o avanço da transmissão entre os colaboradores da linha de frente. Mendonça-Galaio *et al.* (2020) mostram, também, que a identificação e o afastamento dos profissionais com morbidades, gestantes e idosos foram também decisivos para que eles ficassem em isolamento até a chegada da vacina, que só foi liberada três meses depois que a pandemia chegou no Brasil. Dessa forma, os gestores que tomaram essa decisão puderam poupar muitos funcionários que, expostos ao vírus, teriam menos chances de suportar as complicações que a doença provoca.

Fortes *et al.* (2021) apontam, com números, a necessidade do diagnóstico precoce, pois no Brasil muitas pessoas tiveram atitudes como buscar ajuda profissional, pacientes que tiveram recaídas e voltaram a necessitar de tratamento ou até mesmo pessoas que se isolaram e deixaram o tratamento pelo medo de saírem e se contaminarem.

No ambiente hospitalar, as rotinas foram alteradas em curto prazo. As equipes começaram a se inter-relacionar mais entre si, entendendo a necessidade de um fazer pelo outro, principalmente na readequação das escalas em que os positivados deveriam ser afastados. Novos funcionários entravam e necessitavam ser treinados para a proteção. Mesmo após todos os cuidados com contaminação, os quais

garantiram tempo para que a vacina chegasse, muitos colaboradores já haviam positivado e sido afastados.

Branco *et al.* (2020) fazem menção a um problema que começa a aparecer entre o pessoal de linha de frente, referente ao medo, à quantidade de horas de assistência ou até mesmo a conviver com um número de óbitos e perdas muito maior do que era o usual. Sinais de estresse, esgotamento, angústia começaram a aparecer e novamente foi necessária uma intervenção da gestão para tomada rápida de decisão em disponibilizar profissionais psicólogos para cuidarem de quem cuida. Grupos interdisciplinares foram criados, a fim de poderem trocar experiências sobre esses novos atendimentos de pacientes que, em pouco tempo, passaram do estado de consciência para o óbito por falta de ar, deixando, no profissional, um sentimento de impotência.

Não obstante, Marziale (2020) mostra algumas causas que afetam as pessoas e que um gestor deve estar ciente para poder atuar na necessidade que suas equipes de profissionais de saúde venham a apresentar. Os cuidados com a saúde mental é parte diária da preocupação de um gestor, porém, no ambiente de pandemia, passa a ser primordial. Os relatos são os mais variados possíveis, indo desde a frustração e a impotência até a incerteza, ansiedade e labilidade emocional como irritabilidade e choro, sendo todas reações emocionais fortes. Não necessariamente ligadas somente à pessoa, mas também ao paciente, ao familiar e ao ambiente de trabalho.

As incertezas e angústias vivenciadas pelo isolamento social valorizaram questões sobre saúde mental e a conexão do bem-estar individual e com a coletividade, o que imputou novos valores éticos na relação das pessoas de todo o mundo consigo mesmas, com a sociedade e com a natureza, segundo Fischer, Burba e Rosaneli (2022).

Em alguns serviços ou momentos da pandemia, em que houve escassez de materiais de proteção ou aumento na quantidade de pacientes extras ou agravados, esses sintomas acabaram se amplificando. Nesses momentos, a saúde mental dos profissionais volta a ser prioridade pois estes passam a ter uma carga mental excessiva com o gestor necessitando propiciar um atendimento mais individualizado de acolhimento. O autocuidado deve ser muito incentivado e propiciado para que o colaborador possa entender que a pandemia é uma situação temporária e que seu planejamento na vida pessoal deve continuar sendo exercitado, assim como seu bem-estar físico e de lazer.

Todos os esforços foram feitos a fim de se preservar a saúde dos profissionais que exaustivamente mantiveram os atendimentos ininterruptos, mesmo que as escalas tivessem sido alteradas inúmeras vezes a fim de manterem o quadro profissional satisfatório para o atendimento. O relato dessas mudanças na rotina sugere que, por muitas vezes, mesmo com todo o cuidado dispensado ao pessoal da saúde, os afastamentos por contaminação pelo COVID-19 ou principalmente por problemas psicológicos se tornaram frequentes mantendo o gestor em estado de alerta para essa consequência que a pandemia trouxe.

Com tantas variáveis a serem priorizadas, a da atenção e assistência ao paciente, objetivo de qualquer serviço de saúde, não deixou de ser atendida nas inúmeras tomadas de decisão, pelos gestores, que se fizeram necessárias para questões administrativas que implicavam diretamente ao cuidado. Santos *et al.* (2021) vão além quando dizem que não só o gestor ou um profissional da saúde, mas todos enquanto equipes multidisciplinares, devem pautar todas as suas decisões na atenção prioritária ao paciente. Essa é a maneira em que o trabalho de todos pode sobressair. O atendimento e alta para casa desse paciente bem como o acolhimento e informações para família são as finalidades principais para essa pandemia.

As atenções dedicadas aos profissionais de saúde pelos gestores administrativos foram, em igual maneira, dedicadas ao cuidado ao paciente. Planejamento de protocolos e mudanças físicas no ambiente de saúde, a fim de se evitar a propagação do vírus, atendimento dos pacientes e medidas de precauções universais com uso de equipamentos de proteção individual com o objetivo de curar o mais rápido possível o paciente em tratamento também foram algumas medidas tomadas.

Nesse contexto, a gestão encontrou os mais diversos problemas, em se tratando de tomada de decisões perante os dilemas bioéticos. Com a chegada da pandemia, nas proporções em que ocorreu a do COVID-19, houve, diariamente, situações que colocavam a vida do paciente em risco eminente, já que o índice de pacientes graves aumentou consideravelmente dentro das UTIs. O mais grave foi da falta de leitos de UTIs e os leitos lotados: como se atender ao próximo paciente que chegava? Isso, por alguns meses, se tornou comum. Rapidamente, as reuniões administrativas de tomada de decisões organizaram macas com suporte avançado de vida (respiradores, monitores e bombas de infusão extras) para manutenção da saúde do paciente até que houvesse uma vaga de UTI, não deixando este sem atendimento.

O que se fazer com os pacientes que já tinham consultas e cirurgias agendadas e necessitavam do atendimento? Onde se colocar os pacientes que continuaram chegando da Urgência e Emergência e que eram atendidos na mesma quantidade de dias anteriores? Já que os espaços físicos foram ocupados pelos pacientes graves de COVID-19, as quantidades de leitos para esses pacientes eletivos tornaram-se escassas. Nesse sentido, Campos *et al.* (2021) trazem que protocolos implantados de acordo com as autoridades sanitárias fizeram com que novos fluxos fossem adaptados na tentativa de não se cruzar pacientes com COVID-19 ou sinais e sintomas desta com os pacientes que estivessem vindo para atendimento eletivo ou de urgência e emergência. Assim, o fluxo de acompanhar esse paciente desde o início do atendimento até o término, por um caminho único, sem cruzar por alas e setores em que estavam sendo atendidos os pacientes suspeitos, fez com que diminuísse a contaminação entre pacientes e a equipe da assistência. Ademais, o cuidado com o dimensionamento, espaçamento, ventilação, uso de máscaras, aventais e luvas foi praticado durante todo o tempo em que pacientes e profissionais de saúde estavam dentro do ambiente hospitalar.

Além das questões dos leitos hospitalares, Fortes *et al.* (2021) chamam a atenção para o tema da Segurança do Paciente, pois, em razão da à gravidade do paciente, o cuidado com a assistência teve que ser redobrado. A enfermagem, dentro de seus critérios de atendimento e busca pelo erro zero, já possuía meios de checagem para que os riscos fossem minimizados, como, por exemplo, a “dupla checagem”, em que o profissional que retira a medicação não é o mesmo que prepara e administra ou a rotina dos “cinco certos”: medicação certa, dose certa, diluição certa, via certa e paciente certo. Porém, de que adiantava haver todos esses controles de prática segura quando, em meio à pandemia, não existiam medicamentos para serem adquiridos? O esvaziamento de determinadas drogas como sedativos, antivirais ou anestésicos fez com que estes muitas vezes deixassem de ser fornecidos, independentemente do valor praticado. Pelos motivos mais diversos, como favorecer países que, prevendo a necessidade, compraram um estoque muito grande, desabastecendo, assim, os países que não se anteciparam ou não tinham orçamento suficiente para adquirirem tais produtos que tiveram seus valores, de uma semana para outra, aumentados infinitamente, ou realmente por falta de matéria prima em razão da quantidade da demanda, o gestor teve que resolver tais problemas sob pena

de não conseguir alcançar o objetivo de realizar a equação entre a situação financeira saudável da instituição e o paciente curado.

Todas as escolhas feitas, tanto administrativas, médicas quanto pelas comissões que foram criadas para o enfrentamento das diversas dificuldades que a pandemia trouxe, notadamente estiveram prioritariamente pautadas no bem-estar, recuperação e, principalmente, no melhor atendimento possível ao paciente. Para os pacientes que não conseguiram ou não podiam chegar até o hospital, Simões *et al.* (2021) apontam que a organização do serviço de saúde podia fazer uso da tecnologia para manter o paciente orientado quanto a sinais e sintomas, e, via *Call Center*, puderam-se, também, transmitir informações diretas entre médicos e pacientes quanto a pré e pós-operatório, retorno, entre outros. Medidas que transmitem confiança ao paciente.

Contudo, durante o enfrentamento da pandemia, cada área em específico teve suas dificuldades e, conseqüentemente, ao longo do tempo, foi se aprimorando na maneira de abordar novamente o problema e lançar meios para resolvê-lo.

É desnecessário ressaltar os benefícios proporcionados pelas novas metodologias diagnósticas e terapêuticas, já que incontáveis foram as vidas salvas em situações críticas, tal como na recuperação de doentes com infarto agudo do miocárdio e/ou enfermidades com graves distúrbios hemodinâmicos, cuja recuperação somente pôde ser alcançada com o uso de engenhosos procedimentos terapêuticos. Ocorre que nossas UTI passaram a receber, também, pacientes com doenças crônicas incuráveis que, embora apresentando os mais diversos agravos clínicos, foram contemplados com os mesmos cuidados oferecidos aos agudamente enfermos. Se para estes com frequência era alcançada uma recuperação satisfatória, para os doentes crônicos pouco se oferecia, além de uma sobrevivência precária, muitas vezes limitada a uma condição de vida vegetativa. Até que ponto deve se considerar pertinente introduzir procedimentos tecnológicos de suporte vital em pacientes com enfermidades incuráveis? Os cursos de medicina tradicionais são pródigos em ensinar aos estudantes muito sobre tecnologia de ponta e pouco sobre o significado transcendente da vida humana (SIQUEIRA, 2005, p. 38).

Como a saúde é complexa e não depende somente do relacionamento médico-paciente, tampouco as decisões administrativas dependem somente das ciências exatas, essa mistura de situações, que a cada novo dia aparecia, contribuiu para que todos os setores tivessem seu lugar e importância nos diversos comitês, grupos ou comissões criadas com o objetivo do enfrentamento à pandemia do COVID-19.

Em tempos de pandemia é que se põe a prova o quanto o gestor em saúde pode ser determinado e encontrar a solução do melhor caminho para o atendimento

ao paciente infectado, não afetando sua equipe ou sofrendo consequências desastrosas.

O que não faltou nessa pandemia foram as soluções encontradas para se resolver problemas antigos com ferramentas novas, o que não é garantia de acerto.

Mendonça-Galaio *et al.* (2020) mostram a facilidade da modernidade em desenvolver aplicativos e softwares, o que pode minimizar o uso de recursos humanos. Novos sistemas podem poupar esforços ou diminuir a quantidade de pessoal, mas também podem levar informações as quais, com o alto contágio do COVID-19, colaboradores ou pacientes isolados poderiam não receber. A informática, juntamente com a rede mundial de internet, pode, hoje, em um curto espaço de tempo, transmitir e receber informações que são primordiais para a tomada de decisão relativa à doença ou ao tratamento.

Durante a pandemia, muitas modificações necessitaram ser realizadas a fim de se atender melhor aos profissionais, pacientes e familiares bem como prover os órgãos oficiais diuturnamente de dados relativos ao andamento da assistência. Isso só foi possível graças a intervenções na área de informática das instituições. Carneiro-Leão *et al.* (2020) mostram que o uso da teleconsulta foi aprimorado e se criou legislação específica para que o médico pudesse ter amparo ético e legal nesse novo meio de atender ao paciente e, sim, cobrar por isso. Outros aplicativos de mensagens ou vídeos passaram a fazer parte do dia a dia de todos, tendo como necessidade a liberação das redes de *wifi* das instituições, já que se torna mais rápida a velocidade de se transitar na rede para as finalidades de reuniões online e transmissão de imagens de casos clínicos a serem discutidos entre médicos. Além disso, o governo necessitou apresentar e aprovar, com urgência, uma lei específica que se tornou o marco da informática no Brasil tendo por base o segredo e a proteção na transmissão de dados e informação.

Não obstante toda a inovação e tecnologia usada para a contenção da transmissão da COVID-19 e para se promover a saúde da pessoa contaminada, Marziale (2020) faz uma menção significativa quanto a se utilizar a inovação ou a tecnologia a fim de se fazer com que pessoas possam se conectar com pessoas especiais nestes tempos de pandemia. Tem sido visto em muitos relatos e experiências que as medidas protetivas afastaram as pessoas, causando inúmeros distúrbios psicológicos. Um marco da inovação será quando elas puderem aproximar

novamente os seres humanos, valorizando mais o toque do que o isolamento, mais a vida do que o medo da morte.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Hospitais caracterizam-se por serem estabelecimentos de média e alta complexidade e, com tantos desafios na área assistencial e na área administrativa, inevitavelmente ocorreram situações de estresse para pacientes e acompanhantes bem como para os colaboradores, evidenciando a necessidade de atenção ao pessoal de saúde, em tempo de pandemia.

Nesse contexto, a alta administração necessitou aliar inteligência emocional à expertise, para realizar uma gestão eficaz e transparente, sem perder o foco no atendimento de excelência aos pacientes e suporte aos acompanhantes

Evidencia-se que, na gestão hospitalar, um dos maiores desafios e objetivos foi manter funcionando, simultaneamente, todos os setores de uma instituição hospitalar, com eficiência e qualidade: diversos setores de apoio, como lavanderia, hotelaria, farmácia e outros, cada um com suas necessidades específicas na gestão, além da parte assistencial propriamente dita.

Ficou evidente que, para o gestor hospitalar, a confluência de diversos fatores – corpo clínico qualificado, colaboradores, qualidade dos serviços prestados, estrutura física, políticas de recursos humanos, entre várias outras estratégias adotadas – fez diferença na prestação de serviços com eficiência e qualidade.

Durante a pandemia, cada gestor de serviços de saúde se preocupou com os profissionais que compunham sua instituição. Com a pandemia, grande parte dos colaboradores passou por situações adicionais de risco físico-psicossocial, profissionais adoecendo, vivenciando sensações aflitivas de pânico e angústia, além da área de ensino que também sofreu interrupções, comprometendo o aprendizado e colocando em risco as novas frentes de atendimento.

Torna-se salutar avaliar a relação custo/benefício, que também é de suma importância na promoção e melhoria da saúde, independentemente de sua complexidade e porte hospitalar, além dos incrementos tecnológicos que, no momento pandêmico, fez a notável diferença.

Baseado nessas colocações, dilemas bioéticos foram encontrados nas decisões gerenciais como autonomia profissional, justiça e prudência, evidenciando que os conflitos na gestão hospitalar decorreram da percepção dos valores confrontados, presentes no problema ético. Os conflitos materializam-se na gestão de recursos em saúde, nas relações de poder no ambiente de trabalho, nas relações

interpessoais, na organização do trabalho e nas determinações da política institucional, como partes da conjuntura que constitui a assistência ao paciente, visando à proteção e manutenção de sua dignidade.

Caracteriza-se que a imposição do gestor no momento de crise e da incerteza, como ocorrido durante a pandemia do COVID-19, a tomada de decisão em devidas circunstâncias era causadora de conflitos, por receios e medos do desconhecido. A implantação de novos protocolos, o remanejamento de equipes, os reajustes financeiros e, em alguns momentos, a escassez de profissional para o enfrentamento direto ao paciente positivo também foram causadores desses conflitos.

Os elementos chave para o cuidado postos neste estudo englobam a consciência da conexão entre as pessoas, com o reconhecimento da responsabilidade de uns pelos outros; o entendimento de que a moralidade dos atos deve ser analisada em consequência da consideração desse relacionamento de responsabilização; e a convicção de que a comunicação é o meio de se solucionar os conflitos.

Esta pesquisa permitiu a ampliação do conhecimento acerca dos principais conflitos vivenciados na gestão hospitalar durante a pandemia, através do meio acadêmico. Compreendeu-se que as situações de conflitos e dilemas são constantes e se relacionam com diversos agentes causadores, justificando a assiduidade das suas ocorrências.

Uma característica geradora de conflito é quando a tomada de decisão fica centralizada apenas no gestor. Com isso, algumas competências são fundamentais ao gerenciador da equipe, como a liderança, autonomia, a tomada de decisões e uma boa comunicação. Mas a hierarquização é um fator que segmenta essa articulação e, na prática, a interação acaba sendo insuficiente para a obtenção de um ambiente laboral harmonioso, conforme avaliam Treviso *et al.* (2017).

Observou-se a notoriedade da ambiguidade existente na percepção dos conflitos, relacionada ao significado de dilema, que, na maioria das vezes, foi confundido com conflitos e crise, crise e conflitos. Os resultados encontrados, partindo-se da correlação das categorias apresentadas, possibilitaram a associação da inter-relação existente entre as informações técnicas científicas e a autonomia profissional, ou seja, quanto mais ampliado o conhecimento, mais o gestor conseguirá exercer com autonomia as suas ações, o que foi apontado como categórico para este obter posturas eficientes e corretas diante das situações conflituosas e dilemáticas.

Diante do contexto, faz-se necessário demonstrar que esses profissionais estão expostos a um ambiente laboral hostil e de estresse constante e que esse conjunto de situações favorece um gerenciamento mais complexo, além de afetar a comunicação da equipe, podendo gerar a descontinuidade do cuidado.

Com isso, conclui-se que a pesquisa contribuiu, de forma significativa, para o conhecimento e compreensão dos principais conflitos e dilemas vivenciados na gestão hospitalar. Demonstrou-se a importância da bioética para tratar esses embates desde a vida acadêmica, com a finalidade de formar profissionais mais preparados para lidarem e gerenciarem os conflitos e dilemas a que serão expostos.

Entende-se que o ser humano se torna mais vulnerável em momentos de adversidade, e, na pandemia, ficou evidente que a grande maioria dessas pessoas necessita apenas ser ouvida, pois os conflitos careciam unicamente de uma boa comunicação e direção.

O gestor hospitalar tem por papel principal a liderança, devendo apresentar boa capacidade comunicativa, de modo a motivar e aconselhar a equipe. Uma forma de se fazer isso é desenvolver programas de metas para as unidades. Para um gerenciamento de qualidade, não basta somente se ditar normas e regras, é necessário estar disposto a cumprir metas e agir juntamente com a equipe em diversas situações.

A capacidade de gestão de conflitos, e até de resistências por partes dos colaboradores, tornou-se uma característica fundamental para um bom gestor em tempo de pandemia, enfatizada por vários autores.

Reflete-se que a análise crítica do conjunto de relatos avaliado evidencia a necessidade de uma gestão compartilhada e dialógica, ou seja, privilegiando o diálogo, entretanto sem renunciar à objetividade na tomada de decisões.

Compreende-se que o gestor hospitalar deve conhecer e respeitar protocolos e diretrizes institucionais, atuando de modo a equilibrar atividades administrativas e assistenciais. Esse profissional tem papel importante na promoção do envolvimento de todos os profissionais, mesmo diante dos novos desafios. É necessário que a comunicação seja clara e as tomadas de decisão assertivas e conscientes, principalmente em contextos de mudanças rápidas e desafiadoras como períodos pandêmicos. Nesses momentos, é ainda mais importante uma avaliação contínua de processos.

As decisões podem requerer a criação e atuação de comitês de crise, de modo a garantir a pluralidade e dar maior legitimidade às adaptações propostas, que devem ser transmitidas com clareza e segurança, a fim de manter a coesão, envolvimento e motivação de toda a equipe.

Para uma gestão hospitalar eficiente, é necessário aliar formação especializada, conhecimento institucional, boa comunicação e disposição para se enfrentar desafios e adaptações abruptas. Essas características são fundamentais no contexto da pandemia, mas seguem necessárias na atuação diária, devendo, assim, ser metas contínuas do gestor hospitalar.

A proposta deste pesquisador, enquanto “ainda” gestor de saúde em uma instituição hospitalar, é implantar, dentro desta, um “Comitê de enfrentamento de crises”, que subsidie e diminua os conflitos enfrentados nos momentos vulneráveis, com a participação de multiprofissionais para que possam auxiliar a gestão administrativa nos momentos oportunos.

Nota-se que, normalmente, essas importantíssimas reuniões se dão com a presença de profissionais médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e administradores. Nesse meio, os bioeticistas conseguem abordar questões de vulnerabilidade do paciente, um dos princípios da bioética, que pode ser a peça fundamental na tomada de decisão. O debate que antecede à tomada de decisão é o momento mais oportuno para existir essa ponte onde a bioética, por meio da participação do bioeticista, inclui, no diálogo, fatores relevantes do ponto de vista ético. Desviar a atenção da doença, do recurso, da imagem social, entre outros, para o olhar da beneficência, não maleficência, autonomia e justiça é o que a bioética pode e deve compartilhar nos comitês gestores, podendo torná-los mais assertivos, em meio a decisões carregadas de diversas possibilidades e alto nível de estresse.

REFERÊNCIAS

- BRANCO, A. *et al.* Serviço de emergência hospitalar SUS: fluxos de atendimento a pacientes suspeitos ou confirmados para COVID-19. **Enferm. Foco**, Brasília, DF, v. 11, n. 1, p. 199-204, 2020.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de média e Alta Complexidade no SUS**. Brasília, DF: CNSS, 2007.
- BRASIL. Resolução nº 2.271, de 14 de fevereiro de 2020. Define as unidades de terapia intensiva e unidades de cuidado intermediário conforme sua complexidade e nível de cuidado, determinando a responsabilidade técnica médica, as responsabilidades éticas, habilitações e atribuições da equipe médica necessária para seu adequado funcionamento. **Diário Oficial da União**: Seção 1, Edição 77, p. 90. Brasília, DF, 23 abr. 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-2.271-de-14-de-fevereiro-de-2020-253606068>. Acesso em: 10 set. 2022.
- BRAZ, M. Simpósio: Bioética e Violência. **Bioética**, Brasília, DF, v. 12, n. 12, p. 77-97, 2006.
- CAMPOS, T. *et al.* Ações desenvolvidas no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira para enfrentamento à pandemia da COVID-19. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 21 (Supl. 1), p. 275-286, 2021.
- CARNEIRO-LEÃO, L. *et al.* Gestão e plano de contingência do Serviço de Imunoalergologia do Centro Hospitalar de S. João no contexto da pandemia por COVID-19. **Rev Port Imunoalergia**, Porto, Portugal, v. 28, n. 3, p. 161-171, 2020.
- CUNHA, T.; GARRAFA, V. Vulnerability: A Key Principle for Global Bioethics?. **Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics**, v. 25, n. 2, p. 197-208. 2016.
- CURIE, M. **Prêmio Nobel de Física**. 1903.
- DATASUS. Ministério da Saúde. **Coronavirus – Brasil**. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 12 nov. 2022.
- FISCHER, M. L.; BURDA, T. A. M.; ROSANELI, C. F. O autocuidado para saúde global: um compromisso ético com a coletividade. **Holos**, Natal, ano 38, v. 4, e12844, p. 1-19, 2022. Disponível em: <https://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/view/12844>. Acesso em: 27 set. 2022.
- FORTES, A. B. *et al.* **Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia na Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde**. 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; CONASS; CONASEMS, 2021.
- GARRAFA, V. Da bioética de princípios a uma bioética interventiva. **Bioética**, Brasília, DF, v. 13, n. 1, p. 125-134, 2005.

O QUE É O PROJETO LEAN NAS EMERGÊNCIAS? **Lean nas Emergências**, 2018. Disponível em: <https://www.leannasemergencias.com.br/a-comunidade-lean-nas-emergencias/>. Acesso em: 27 set. 2022.

LEVINAS, E. **Entre nós**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

LIMA, E. B. de S. *et al.* Intervention Protocolo f the Orthopedics and Traumatology Departamento f a High-Complexity University Hospital to Cope with the COVID-19 Pandemic. **Rev Bras Ortop.**, São Paulo, v. 55, n. 3, p. 269-277, 2020.

MARZIALE, M. H. P. **Cuidados no ambiente de assistência hospitalar ao paciente com suspeita ou diagnóstico de COVID-19**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020.

MATTA, G. C. *et al.* **Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil**: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia. Rio de Janeiro: FioCruz, 2021.

MENDONÇA-GALAIO, L. *et al.* The COVID-19 Impact in Hospital Healthcare Workers: Development of na Occupational Health Risk Management Program. **Port J Public Health**, Porto, Portugal, v. 38, n. 1, p. 26-31, 2020.

NOHAMA, N.; SILVA, J. S. da; SIMÃO-SILVA, Daiane Priscila. Desafios e conflitos bioéticos da covid-19: contexto da saúde global. **Rev. Bioét.**, Brasília, DF, v. 28, n. 4, p. 585-594, out./dez. 2020.

ROMÃO, G. S. *et al.* Medical residency in gynecology and obstetrics in times of COVID-19: Recommendations of the National Specialized Commission on Medical Residency of FEBRASGO. **Rev Bras Ginecol Obstet**, São Paulo, v. 42, n. 7, p. 411-414, 2020.

ROSANELI, C. F. *et al.* O legado ético no enfrentamento da pandemia COVID-19: a sinergia entre a perspectiva global e a identidade regional. **Holos**, Natal, ano 37, v. 4, e11414, p. 1-19, 2021.

SÁ, M. F. S. de. Deficiência nos programas de Residência Médica durante a pandemia de COVID-19 no Brasil. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 4, p. 223-225, 2021.

SANTOS, A. de O.; LOPES, L. T. **Planejamento e gestão**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2021.

SANTOS, C. P. R. S. dos *et al.* Reorganização do atendimento em ambulatório de mastologia durante a pandemia de COVID-19. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, DF, v. 74 (Suppl 1), e20200571, p. 1-4, 2021.

SIMÕES, M. da C. R. *et al.* Rodízios dos médicos-residentes em ginecologia e obstetrícia durante a pandemia de COVID-19. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 1, p. 19-24, 2021.

SIQUEIRA, J. E. de. A arte perdida de cuidar. **Bioética**, Brasília, DF, v. 10, n. 2, p. 89-106, 2002.

SIQUEIRA, J. E. de. Reflexões éticas sobre o cuidar na terminalidade da vida. **Bioética**, Brasília, DF, v. 13, n. 2, p. 37-50, 2005.

SOARES, C. S. A.; FONSECA, C. L. R. Atenção primária à saúde em tempos de pandemia. **J Manag Prim Health Care**, Uberlândia, v. 12, n. 22, p. 1-11, 2020. Disponível em: <https://jmphc.com.br/jmphc/article/view/998/896>. Acesso em: 23 jun. 2022.

SOUZA, M. T. de; SILVA, M. D. da; CARVALHO, R. de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1, ano 1, p. 10-106, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/ZQTBkVJZqcWrTT34cXLjtBx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 5 jun. 2022.

TANCREDI, F. B.; BARRIOS, S. R. L.; FERREIRA, J. H. G. **Planejamento em Saúde**. São Paulo: FSP/USP, 1998.

TEIXEIRA, C. *et al.* A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de COVID-19. **Ciênc. saúde coletiva**, Manguinhos, v. 25, n. 9, set. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/6J6vP5KJZyy7Nn45m3Vfypx/>. Acesso em: 24 jun. 2022.

TEIXEIRA, C. (coord.). **Planejamento & gestão de sistemas e serviços de saúde**. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004.

TREVISIO, P. *et al.* Competências do enfermeiro na gestão do cuidado. **Rev. Adm. Saúde**, São Paulo, v. 17, n. 69, p. -15, dez. 2017. Disponível em: <https://cqhq.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/59>. Acesso em: 26 set. 2022.

VIANNA, N. G.; CAVALCANTI, M. de L. T.; ACIOLI, M. D. Princípios de universalidade, integralidade e equidade em um serviço de atenção à saúde auditiva. **Ciênc. saúde coletiva**, Manguinhos, v. 19, n. 7, jul. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JNSxmyv4RrNHjfxMCnnXKMq/>. Acesso em: 16 jun. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Novel Coronavirus (2019-nCoV)**: situation report, 22. WHO, 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330991>. Acesso em: 4 mar. 2022.

ZOBOLI, E. Tomada de decisão em bioética clínica: casuística e deliberação moral. **Rev. bioét. (Impres.)**, Curitiba, v. 21, n. 3, p. 389-396, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/FRtRkTBrkzJxw7hc6fGwwQS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 ago. 2022.