



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

Letícia Rodrigues de Souza

**Transformação de hospital universitário na
construção de respostas à Covid-19: inovações,
práticas colaborativas e aprendizagem à luz da
Teoria Histórico-Cultural da Atividade**

Dissertação apresentada à Faculdade
de Medicina, Universidade Estadual
Paulista “Júlio de Mesquita Filho”,
Campus de Botucatu, para obtenção
do título de Mestra em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Ildeberto Muniz de Almeida
Coorientador: Prof. Dr. Marco Antônio Pereira Querol
Coorientadora: Profa. Dra. Sayuri Tanaka Maeda

**Botucatu
2022**

Letícia Rodrigues de Souza

Transformação de hospital universitário na
construção de respostas à Covid-19: inovações,
práticas colaborativas e aprendizagem à luz da
Teoria Histórico-Cultural da Atividade

Dissertação apresentada à
Faculdade de Medicina,
Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho”,
Campus de Botucatu, para
obtenção do título de Mestra em
Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Ildeberto Muniz de Almeida
Coorientador: Prof. Dr. Marco Antônio Pereira Querol
Coorientadora: Profa. Dra. Sayuri Tanaka Maeda

Botucatu
2022

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP

BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSANGELA APARECIDA LOBO-CRB 8/7500

Souza, Letícia Rodrigues de.

Transformação de hospital universitário na construção de respostas
à Covid-19 : inovações, práticas colaborativas e aprendizagem à luz da
Teoria Histórico-Cultural da Atividade / Letícia Rodrigues de Souza.
- Botucatu, 2022

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de
Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Ildeberto Muniz de Almeida

Coorientador: Marco Antônio Pereira Querol

Coorientador: Sayuri Tanaka Maeda

Capes: 40600009

1. Aprendizado social. 2. Capacidade de resposta ante emergências.
3. Pandemias. 4. Práticas interdisciplinares. 5. Saúde do trabalhador.

Palavras-chave: Aprendizado social; Capacidade de resposta ante
emergências; Pandemias; Práticas interdisciplinares; Saúde do
trabalhador.

Letícia Rodrigues de Souza

Transformação de hospital universitário na
construção de respostas à Covid-19: inovações,
práticas colaborativas e aprendizagem à luz da
Teoria Histórico-Cultural da Atividade

Dissertação apresentada à
Faculdade de Medicina,
Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho”,
Campus de Botucatu, para
obtenção do título de Mestra em
Saúde Coletiva.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Ildeberto Muniz de Almeida - UNESP

Prof.^a Dra. Maria Cristina Pereira Lima - UNESP

Prof.^a Dra. Sandra Lorena Beltran Hurtado - USP

Botucatu, 27 de outubro de 2022.

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Este trabalho é dedicado a todas as pessoas que buscam soluções, com a instintiva força humana, em instantes de aflição, e sempre encontram um meio de salvação. Superam desafios e transcendem.

“Venham para a beira, disse ele.
Eles disseram: temos medo.
Venham para a beira, disse ele.
Eles foram. Ele os empurrou... e
eles voaram”.

Guillaume Apollinaire

Resumo

SOUZA, L. R. **Transformação de hospital universitário na construção de respostas à Covid-19: inovações, práticas colaborativas e aprendizagem à luz da Teoria Histórico-Cultural da Atividade.** 2022. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2022.

O contexto de pandemia da Covid-19 exigiu dos hospitais tomada de decisões céleres e implantação de mudanças de modo ágil, envolvendo estrutura, fluxo de atendimentos, disponibilidade de materiais, além de orientações e equipamentos de proteção aos trabalhadores. A preocupação com a saúde física e emocional dos trabalhadores é legítima diante do maior risco de contágio. Todos os elementos constituintes do sistema hospitalar foram readequados: pessoal, ambiente físico, instrumentos e insumos, regras e protocolos, divisão do trabalho, interações com autoridades locais e estaduais, e órgãos de comunicação. **Objetivo Geral** Compreender o desenvolvimento das estratégias e ações dos sistemas de atividades do hospital em relação à evolução das respostas à pandemia de Covid-19. **Objetivos Específicos.** Mapear as mudanças históricas do hospital pesquisado no que se refere à organização de recursos em resposta às demandas da pandemia; analisar implicações de saúde e segurança do trabalho decorrentes das principais medidas adotadas; e analisar a geração de respostas como oportunidade de aprendizagem. **Métodos.** Trata-se de pesquisa exploratória, de caráter qualitativo, realizada por análise documental e entrevistas em profundidade por meio de um roteiro semiestruturado, com foco nas narrativas dos participantes. Foram entrevistados quinze participantes, multiprofissionais, de dez setores de um hospital universitário. Os dados foram relacionados e analisados qualitativamente mediante a técnica de análise de conteúdo, tendo como referencial a teoria histórico-cultural da atividade. **Resultados.** As

mudanças no hospital ocorreram nas fases convencional, contingência, crise e pós-crise. O novo objeto “respostas à pandemia de Covid-19” impactou todo o sistema de atividades, interdependentes, do hospital. Foram identificadas inovações e medidas de sucesso em resposta à pandemia. Houve medidas de suporte e apoio pelo hospital que amenizaram os impactos à saúde do trabalhador. As decisões foram tomadas de forma conjunta e colaborativa e envolveram atores intra-hospitalares e interinstitucionais, demonstrando potencial para aprendizagem. **Considerações finais.** Inovações de sucesso caracterizaram marco inicial para desenvolvimento de práticas de trabalho colaborativas. Trabalhadores envolvidos nas respostas à pandemia demonstraram capacidade de desenvolvimento, ante o momento de transformações em suas práticas de trabalho e expansão do objeto da atividade do hospital universitário. Os resultados da pesquisa demonstram a necessidade de discussões coletivas para desenvolvimento de políticas internas e públicas visando a aprendizagem expansiva, consciência coletiva e educação continuada como principais meios de preparar o sistema hospitalar para novas situações de crise.

Palavras-chave: Pandemias; Capacidade de Resposta ante Emergências; Saúde do Trabalhador; Práticas Interdisciplinares; Aprendizado Social.

Abstract

The context of the Covid-19 pandemic demanded that hospitals make quick decisions and implement changes in an agile way, involving structure, flow of care, availability of materials, in addition to guidelines and protective equipment for workers. Concern about the physical and emotional health of workers is legitimate in view of the greater risk of contagion. All the constituent elements of the hospital system were readjusted: personnel, physical environment, instruments and supplies, rules and protocols, division of labor, interactions with local and state authorities, and communication agencies. **General Objective.** Understand the development of strategies and actions of hospital activity systems in relation to the evolution of responses to the Covid-19 pandemic. **Specific objectives.** Map the historical changes of the researched hospital regarding the organization of resources in response to the demands of the pandemic; analyze occupational health and safety implications of the main measures adopted; and analyze the generation of responses as a learning opportunity. **Methods.** This is an exploratory research, of a qualitative nature, carried out by document analysis and in-depth interviews using a semi-structured script, focusing on the participants' narratives. Fifteen multi-professional participants from ten sectors of an university hospital were interviewed. The data were qualitatively related and analyzed using the content analysis technique, using the Cultural-Historical Activity Theory as a theoretical framework. **Results.** The changes in the hospital occurred in the conventional, contingency, crisis and post-crisis phases. The new object "responses to the Covid-19 pandemic" impacted the entire system of interdependent activities of the hospital. Innovations and successful measures in response to the pandemic were identified. There were support measures and support by the hospital that mitigated the impacts on the worker's health. Decisions were taken jointly and collaboratively and involved intra-hospital and inter-institutional actors, demonstrating a

potential for learning. **Final considerations.** Successful innovations characterized the starting point for the development of collaborative work practices. Workers involved in the responses to the pandemic demonstrated capacity for development, given the moment of transformations in their work practices and expansion of the object of the university hospital's activity. The research results demonstrate the need for collective discussions to develop internal and public policies aimed at expansive learning, collective awareness and continuing education as the main means of preparing the hospital system for new crisis situations.

Keywords: Pandemics; Surge Capacity; Occupational Health; Interdisciplinary Placement; Social Learning.

ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES, QUADROS E TABELA

Ilustrações

Figura 1. Modelo de mediação proposto por Vygotsky.....	23
Figura 2. Modelo triangular do sistema de atividade.....	25
Figura 3. Modelo mínimo da terceira geração da teoria da atividade – Dois sistemas de atividade interagindo.....	26
Figura 4. Níveis de capacidade de recursos.....	41
Figura 5. Cenários de respostas em diferentes situações.....	42
Figura 6. Resumo: fonte, instrumentos e coleta de dados.....	58
Figura 7. Árvore de fases, categorias e subcategorias.....	64
Figura 8. Linha do Tempo da fase “preparação para a pandemia”.....	65
Figura 9. Linha do Tempo da fase “chegada da pandemia e sucesso da resposta planejada”.....	80
Figura 10. Linha do Tempo da fase “a crise e seus impactos”.....	122
Figura 11. Linha do Tempo da fase “retomada do controle pós-vacinação”.....	146
Figura 12. Elementos do sistema de atividade hospitalar.....	169
Figura 13. Sistemas de atividade interagindo e rede de sistemas.....	170
Figura 14. Nova atividade: responder à pandemia de Covid-19.....	170
Figura 15. Contradições no Sistema de Atividade.....	172
Figura 16. Tríade dos resultados: principais inovações, impactos na saúde e segurança e aspectos de aprendizagem.....	177

Quadros

Quadro 1. Descrição dos documentos públicos analisados.....	53
Quadro 2. Resumo dos dados audiovisuais e respectivas transcrições.....	57
Quadro 3. Desenho do estudo.....	61
Quadro 4. Desafios enfrentados pelos trabalhadores durante a pandemia.....	163

Quadro 5. Emoções, sentimentos e comportamentos desafiadores.....	163
Quadro 6. Relação das medidas de prevenção à Covid-19 e de proteção à saúde dos trabalhadores.....	164
Quadro 7. Inovações na organização e fluxos.....	165
Quadro 8. Aspectos psicossociais desenvolvidos com a pandemia.....	166
Quadro 9. Desafios no pós-pandemia.....	167
Quadro 10. Propostas de políticas de saúde e segurança do trabalhador.....	167

Tabela

Tabela 1. Descrição dos participantes do estudo.....	55
---	----

Sumário

APRESENTAÇÃO

1 INTRODUÇÃO.....	18
1.1 CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19.....	18
1.2 IMPACTOS DA PANDEMIA NOS HOSPITAIS.....	19
1.3 JUSTIFICATIVA.....	21
1.4 PERGUNTAS DE PESQUISA.....	22
1.5 TEORIA HISTÓRICO-CULTURAL DA ATIVIDADE.....	22
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	32
2.1 COVID-19: PANDEMIA SEM PRECEDENTES.....	32
2.2 RESPOSTAS PELOS HOSPITAIS À PANDEMIA.....	35
2.2.1 Hospitais Universitários.....	36
2.2.1.1 Sistema Único de Saúde (SUS).....	37
2.2.1.2 Prática colaborativa na saúde.....	38
2.2.2 Planos de respostas e organização de hospitais em situações de crise.....	39
2.2.3 Capacidade de recursos x demanda: cenários possíveis.....	41
2.2.4 Respostas de hospitais no mundo.....	43
2.2.5 Respostas de hospitais no Brasil.....	44
2.3 SAÚDE DO TRABALHADOR E SEGURANÇA NO TRABALHO.....	45
2.3.1 Medidas de segurança.....	46
2.3.1.1 Hierarquia das medidas de controle de riscos.....	46
2.3.1.2 A compreensão da atividade e a construção da segurança no ambiente de trabalho.....	47
2.3.2 Práticas integrativas e complementares em saúde.....	48
2.3.3 Inovações na saúde durante a pandemia.....	49
3 OBJETIVOS.....	50
3.1 OBJETIVO GERAL.....	50
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	50
4 PERCURSO METODOLÓGICO.....	51

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	51
4.1.1 Local da pesquisa.....	51
4.1.2 Fonte, instrumentos e coleta de dados.....	52
4.1.2.1 Negociação e aprovação da pesquisa.....	52
4.1.2.2 Levantamento e análise de documentos.....	52
4.1.2.3 Hipóteses do estudo.....	53
4.1.2.4 Participantes.....	54
4.1.2.5 Entrevistas.....	56
4.1.3 Análise dos dados.....	59
4.2 ASPECTOS ÉTICOS.....	62
5 RESULTADOS.....	63
5.1 PREPARAÇÃO PARA A PANDEMIA.....	64
5.1.1 Principais inovações.....	65
5.1.2 Impactos na saúde e segurança.....	70
5.1.2.1 Medidas de prevenção à Covid-19 e de proteção à saúde do trabalhador.....	70
5.1.2.2 Emoções, sentimentos e comportamentos desafiadores.....	75
5.1.3.Aspectos de aprendizagem.....	76
5.2 CHEGADA DA PANDEMIA E SUCESSO DA RESPOSTA PLANEJADA.....	79
5.2.1 Principais inovações.....	80
5.2.2 Impactos na saúde e segurança.....	90
5.2.2.1 Medidas de prevenção à Covid-19 e de proteção à saúde do trabalhador.....	90
5.2.2.2 Emoções, sentimentos e comportamentos desafiadores.....	109
5.2.3.Aspectos de aprendizagem.....	111
5.3 A CRISE E SEUS IMPACTOS.....	121
5.3.1 Principais inovações.....	122
5.3.2 Impactos na saúde e segurança.....	124
5.3.2.1 Medidas de prevenção à Covid-19 e de proteção à saúde do trabalhador.....	124

5.3.2.2 Emoções, sentimentos e comportamentos desafiadores.....	128
5.3.3.Aspectos de aprendizagem.....	139
5.4 RETOMADA DO CONTROLE PÓS VACINAÇÃO.....	145
5.4.1 Principais inovações.....	146
5.4.2 Impactos na saúde e segurança.....	147
5.4.2.1 Medidas de prevenção à Covid-19 e de proteção à saúde do trabalhador.....	148
5.4.2.2 Emoções, sentimentos e comportamentos desafiadores.....	150
5.4.3 Aspectos de aprendizagem.....	151
6 DISCUSSÃO.....	168
6.1 SISTEMA DE ATIVIDADES HOPITALAR.....	169
6.2 HIPÓTESES DE CONTRADIÇÕES, INOVAÇÕES E DESAFIOS À APRENDIZAGEM.....	171
6.3 POTENCIAL DE APRENDIZAGEM.....	177
6.3.1 Capacidade organizativa: da organização do comitê emergencial hospitalar à ação expansiva de aprendizagem no enfrentamento da Covid-19.....	179
6.3.2 Gestão das respostas e situações traumatizantes durante a pandemia de Covid-19: riscos à saúde do trabalhador e estratégias de superação.....	185
6.3.3 A pandemia como oportunidade de aprendizagem: lições e insights de melhoria organizacional e das políticas de proteção à saúde do trabalhador da saúde.....	187
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	191
LIMITES DA PESQUISA.....	194
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	195
APÊNDICE A.....	207
APÊNDICE B.....	219
APÊNDICE C.....	222
APÊNDICE D.....	226
ANEXO 1.....	229

APRESENTAÇÃO

Sou mulher, branca, solteira, nasci no interior do estado de São Paulo, no ano de 1986 e resido atualmente na cidade de Bauru. Formei-me bacharela em Direito no ano de 2008, tendo realizado estágios em variados setores públicos e privados o que me possibilitou uma perspectiva sistêmica da área jurídica e social, e entendimento sobre a relevância e importância da multidisciplinariedade. Aprovada no primeiro exame da Ordem dos Advogados do Brasil de 2009, minha carreira profissional iniciou-se paralela a uma longa jornada de preparação para ingresso em concurso público.

As experiências profissionais me levaram a questionar comportamentos humanos e causas de conflitos sociais, assim como consequências na saúde das pessoas que nem sempre conseguem resolver seus problemas de forma eficaz na justiça. Esses questionamentos motivaram meu interesse na interface entre justiça e saúde, bem como formas alternativas de soluções de conflitos, práticas colaborativas e minimização de consequências e danos gerados por conflitos. No ano de 2015, iniciei especialização em psicologia jurídica na cidade de Ribeirão Preto e a formei-me mediadora de conflitos e conciliadora pela Escola Paulista da Magistratura, atuação que exerço atualmente com muito afinco.

Após apresentação do trabalho resultado da especialização: “A efetiva compensação dos danos através dos meios alternativos de solução de conflitos: preservação da saúde mental e o direito à busca da felicidade” em um congresso em 2018 na OAB de Bauru, foi indicado a mim, na oportunidade, o Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu, para que desse continuidade aos meus estudos e iniciasse a carreira acadêmica.

O tema pensado para pesquisa era sobre impactos positivos da resolução de problemas na saúde mental, com ênfase na desjudicialização, e que envolvesse questões advindas de conflitos, eventos traumáticos ou desastres, visando como consequências o bem-estar e qualidade de vida.

Assim, em 2019 frequentei três disciplinas como aluna especial: meio ambiente e saúde, saúde pública e saúde mental, e prevenção de acidentes do trabalho, quando conheci o professor Ildeberto e me identifiquei em especial com a visão sistêmica nas organizações, sendo convidada a integrar grupo de estudos sobre a saúde do trabalhador.

No início de março do ano de 2020, ainda em definição sobre projeto de pesquisa e continuidade no programa de pós-graduação, realizei minha primeira reunião como presidente da comissão temática de Direito Internacional da OAB de Bauru abordando como tema os reflexos da pandemia do novo coronavírus, o que ampliou ainda mais minha visão sobre a então emergência global em saúde, interdependência e mundo único.

Dias depois, foi declarada a pandemia de Covid-19, sem precedentes, marcando nossas vidas por medos, incertezas, interrupção de projetos, mudança de planos, e esperança de volta à normalidade.

Neste contexto, no início de abril de 2020, a FMB publicou edital de urgência para mestrado acadêmico e então o professor Ildeberto, que também integrava o projeto de pesquisa temático “Inovação e transformação da atividade de prevenção de riscos profissionais” – ITAPAR (processo FAPESP nº 2019/13525-0), me apresentou a importância de estudo, neste momento, sobre os impactos na saúde do trabalhador da saúde, o que levou ao desenvolvimento do projeto desta pesquisa, sobre as respostas à pandemia, transformações e prevenção de impactos à saúde do trabalhador da saúde.

Na época não imaginávamos a dimensão que tomaria ante a pandemia sem precedentes que até hoje se estende, o que nos garante a certeza da importância e relevância do estudo.

A idealização do mestrado na faculdade de medicina foi parcialmente frustrada pelos riscos à saúde que impuseram distanciamento e sistema de “vida virtual”, mas cursado com muita dedicação. As aulas remotas, somaram-se às reuniões virtuais, coleta de dados à distância, palestras,

curiosos, congressos e eventos on-line. Além disso, minhas atividades profissionais passaram a ser realizadas exclusivamente à distância, assim como a convivência familiar que foi virtual por extenso período de necessidade de distanciamento.

As mudanças no modo de viver abarcaram todos os setores sociais e de trabalho. Para mim, as atualizações profissionais foram necessárias para continuidade no mercado de trabalho e financiamento do estudo acadêmico, imenso desafio superado que me proporcionou o conhecimento tão desejado na área da saúde. O crescimento pessoal neste momento de exaustão, empatia e resiliência fez tudo ter sentido: cada contato, amizade e compartilhamento neste momento de crise me trouxe entendimento sobre desenvolvimento e evolução humana e social.

Espero que a partir deste estudo realizado possam emergir ações práticas, vínculos que tragam consciência coletiva, transformações sociais sustentáveis e o bem comum, para que nós, como sociedade, possamos evoluir como humanidade.

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19

A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a Covid-19 como pandemia em 11 de março do ano de 2020. A preocupação com o alto grau de transmissão do vírus SARS-CoV-2 e medidas para controlar sua propagação, tornaram-se desafios mundiais. Desde então, estratégias para prevenir as infecções e minimizar os impactos vêm sendo estudadas por especialistas de diversas áreas do conhecimento (OMS, 2020).

Nesse contexto, em países como China e Itália, o número de infectados que necessitaram de internação e cuidados respiratórios no início da pandemia foi elevado, e a frequência de casos fatais também chamou a atenção e trouxe à tona a ameaça de crise sanitária pelo potencial de sobrecarga da capacidade instalada dos serviços de saúde (BOSELEY, 2020).

O elevado número de profissionais da saúde identificados como casos suspeitos/confirmados e mortos pela Covid-19, como ocorreu na China inicialmente, traduziu a importância da preocupação com o impacto direto na segurança e na saúde dos trabalhadores da saúde, e das condições em que se dá o trabalho desses profissionais (EVANS, 2020; BRASIL, 2020a).

O cuidado com a saúde dos profissionais da saúde é essencial pois eles são a força de respostas na assistência médico-hospitalar, devendo ser adotadas medidas preventivas que possam evitar sua contaminação e manter sua atuação no serviço (WETSMAN, 2020).

Dentre os impactos negativos da pandemia, destacam-se consequências imediatas e mediatas, além de doenças físicas como as respiratórias que podem progredir ou regredir conforme a condição clínica do paciente, também são apontados impactos de saúde mental gerados pelo cenário de crise e podendo desencadear manifestações como o medo, falta de sono, e descontroles emocionais, que podem evoluir para doenças

mais graves (LAI, 2020).

Para os trabalhadores da saúde, além do impacto na saúde física, como insuficiência respiratória aguda (CHEN, N., 2020), o cenário de sobrecarga de trabalho, cansaço, perdas, decisões como “escolha de sofia” e frustrações podem influenciar na saúde mental (ALMEIDA, 2020; GOBA, 2020; MINDER, PELTIER, 2020).

Outrossim, a existência de muitos trabalhadores infectados no início da pandemia, fez com que fossem vistos por parte da sociedade como vetores da disseminação do vírus. A vulnerabilidade frente a este contexto ensejou violência em face a eles e impactos na saúde emocional (FIOCRUZ, 2022).

Atualmente, os estudos contemplam as consequências mediatas da doença, denominadas síndrome da Covid longa, sendo a “condição pela qual os indivíduos afetados não se recuperam por várias semanas ou meses após o início dos sintomas sugestivos de COVID-19 (MIRANDA *et al*, 2022).

Como principal medida de proteção e prevenção de agravos da doença, vacinas foram desenvolvidas e aplicadas globalmente, objetivando conter a pandemia com a imunização em grande escala (OPAS, 2022). Todavia, o controle total da pandemia de Covid-19 ainda é um desafio a ser superado, mundialmente, com consciência e esforços coletivos.

1.2 IMPACTOS DA PANDEMIA NOS HOSPITAIS

No Brasil, impactado pela chegada da pandemia de Covid-19, o sistema de saúde passou por mudanças rápidas, mesmo em contexto de polarização política, visando diminuir a velocidade da disseminação da doença e garantir o oferecimento de assistência à saúde dos infectados, (BRASIL, 2020b; BRASIL, 2022a).

Os hospitais que atuam para ofertar assistência de saúde aos pacientes sofreram grande impacto pois houve mudança na população

atendida, sendo que passaram a atender pacientes que apresentavam doença até então desconhecida e com grande risco de contaminação dos profissionais da saúde (CHEN, L., 2020; SAMPLE, 2020).

Assim a implementação de medidas de prevenção nos ambientes de trabalho dos profissionais da saúde é legítima para mitigar a transmissão, além das medidas de saúde pública como testagem, diagnóstico e quarentena na comunidade (PERLMAN, 2020).

Responder significa ofertar serviço que atenda às necessidades de saúde (BRASIL, 2009; BRASIL, 2012). As respostas à pandemia visaram conter a disseminação do vírus e proporcionar assistência à saúde dos infectados, com o mínimo de impactos sobre a saúde dos trabalhadores e o funcionamento do serviço (WHO, 2020a, 2021).

Para tanto, guias e modelos de orientações para planos de respostas são recomendados por órgãos oficiais visando planejamento e organização dos serviços de saúde para otimizar a prestação de cuidados e evitar risco de colapso do sistema de atividades do hospital (CDC, 2020a; SLATER *et al*, 2020; MEYER *et al*, 2020).

Além disso, modelos indicam cenários para que os hospitais possam organizar a capacidade de recursos, tendo em vista possibilidade de escassez quando há aumento da demanda, que podem ser adotadas nos hospitais, sendo estes: convencional, de contingência e de crise (CDC, 2020b; HICK *et al*, 2021; RESENDE; FONTAINHA; LEIRAS, 2022).

Assim, o contexto de pandemia da Covid-19 exigiu para os hospitais mudanças para que fosse possível ofertar leitos e prestação de assistência e cuidados, com o menor impacto à saúde dos trabalhadores da saúde. Para tanto, reorganizaram e expandiram estruturas, fluxos, políticas e procedimentos e alocaram equipamentos e insumos (PORTELA; GRABOIS; TRAVASSOS, 2022).

Durante a resposta à pandemia foram implementadas inovações tecnológicas e práticas antes não utilizadas no funcionamento dos hospitais que interferem na rotina de trabalho dos profissionais da saúde, que se

readaptaram, como Telessaúde e Telemedicina (BRASIL, 2020c; BRASIL, 2022b).

Assim, a pandemia se mostra como janela de oportunidade para aprendizagem dos profissionais envolvidos seja em relação à doença em si, à mobilização das competências necessárias ao seu enfrentamento, seja no que se refere a medidas de autocuidado por parte dos envolvidos e das instâncias de gestão associadas, e de que forma os próprios trabalhadores podem colaborar nas decisões para tornar as medidas de prevenção à saúde mais eficazes.

1.3 JUSTIFICATIVA

A pesquisa trata de contexto de situação emergencial em saúde que exigiu transformações das atividades de trabalho para que o sistema hospitalar pudesse responder com eficiência à pandemia de Covid-19.

A possibilidade de altos números de trabalhadores infectados ensejou maiores cuidados com a prevenção e proteção, o que requereu interações de diferentes setores e atores do hospital universitário objeto do estudo. O estudo se apoiou em bases conceituais que ajudaram a explorar as mudanças, identificar os sujeitos de aprendizagem no processo de enfrentamento prático, as interações, práticas coletivas e colaborativas de trabalho.

Assim, o estudo identificou as respostas formuladas pelas equipes à pandemia e medidas de prevenção de agravos nos trabalhadores.

Foi uma oportunidade para os participantes refletirem sobre as atividades de trabalho desenvolvidas dentro do hospital, como foram construídas as respostas dadas em tempo real à pandemia, e quanto à atividade de prevenção de infecção por Covid-19, a fim de subsidiar elaboração de proposta de reorganização e aperfeiçoamento das práticas de trabalho.

O estudo contribui para inovar medidas de prevenção de forma a

reduzir índices de contágios relacionadas ao trabalho e de infecções cruzadas no hospital, pós-pandemia.

Ao detalhar situações de sucesso que facilitaram a prática das atividades de forma segura ao trabalhador, estimulou-se a aprendizagem e valorizou-se as novas práticas colaborativas.

1.4 PERGUNTAS DE PESQUISA

As principais perguntas do estudo são:

1. Quais as principais mudanças e ações praticadas em resposta à pandemia?
2. Como se deu a proteção e segurança do trabalhador na implementação das mudanças?
3. Quais foram os principais desafios de aprendizagem nos processos de respostas à pandemia?

1.5 TEORIA HISTÓRICO-CULTURAL DA ATIVIDADE

A Teoria Histórico-Cultural da Atividade¹ (THCA) é desenvolvida desde a década de 1920 por Lev Vygotsky (1896-1934), que buscou entender a formação humana na atividade social, tendo o indivíduo como pertencente ao seu meio sociocultural (VYGOTSKY,1978).

Vygotsky (1978) estabeleceu como princípio, a formação social da mente, compreendendo o desenvolvimento da consciência humana a partir das relações e interações estabelecidas no contexto histórico e cultural do indivíduo. Ele conceituou a zona de desenvolvimento proximal (ZDP) (VYGOTSKY,1978), como espaço mental no qual a aprendizagem é capaz de fazer evoluir o potencial do sujeito, ou seja, a aprendizagem como

¹ Cultural-Historical Activity Theory (CHAT)

promotora do desenvolvimento:

Zona de desenvolvimento proximal é a distância entre o nível de desenvolvimento real, que se costuma determinar através da solução independente de problemas, e o nível de desenvolvimento potencial, determinado através da solução de problemas sob a orientação de um adulto ou em colaboração com companheiros mais capazes (VYGOTSKY, 1978).

Para Vygotsky, as funções já consolidadas localizavam-se no nível de desenvolvimento real, e as funções em processo ficavam no nível de desenvolvimento potencial ou proximal sendo que o sujeito necessitaria de auxílio para executar suas atividades.

Vygotsky (1978) propôs o conceito de mediação, ao entender que os indivíduos se relacionam com o mundo de forma mediada pelo meio, que além de físico, é cultural, sendo organizado com o auxílio de ferramentas e signos. Assim, para ele, a ação humana é mediada por esses artefatos culturais. O signo sendo direcionado para a atividade interior, influencia o próprio comportamento, enquanto a ferramenta é direcionada para provocar mudanças no meio, na natureza.

Figura 1 – Modelo de mediação proposto por Vygotsky



Fonte: Vygotsky (1978)

O conceito de mediação por Vygotsky tem origem no conceito de trabalho conforme pressupostos marxistas, sendo possível compreender, que o trabalho modifica o meio ao mesmo tempo que modifica o próprio indivíduo (MARX, 1983).

A Teoria da Atividade transformou-se a partir de diferentes contextos culturais e históricos de investigação. Engeström (2016) sugeriu a distinção entre gerações teóricas na evolução e desenvolvimento da teoria histórico-cultural da atividade.

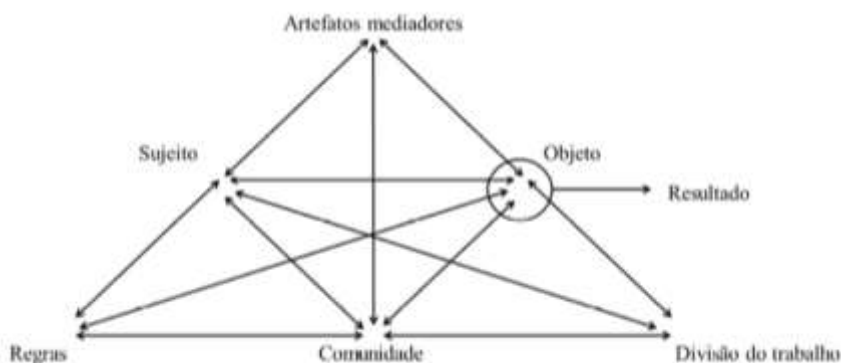
A primeira geração foi centrada em Vygotsky. A segunda geração teve como principal inspirador Alexei Leontiev (1903 - 1979). Ao modelo de Vygotsky, composto de sujeito, artefato mediador e objeto, Leontiev acrescentou a mediação por outros seres humanos e as relações sociais estabelecidas entre eles (LEONTIEV, 1978).

Leontiev (1978) desenvolveu o conceito de atividade, deixando de analisar a ação como individual, mas entendendo-a como uma atividade coletiva. Esta foi a maior contribuição da segunda geração da teoria da atividade. Para ele, a atividade é coletiva e base da consciência humana, sendo que a consciência individual só poderia ser compreendida a partir das atividades sociais (LEONTIEV, 1978).

As pessoas agem individualmente mas estão determinadas por práticas culturais e sociais, por ferramentas, signos e valores que, inevitavelmente, as ligam ao coletivo: “O trabalho é, portanto, desde a origem, um processo mediatizado simultaneamente pelo instrumento (em sentido lato) e pela sociedade” (LEONTIEV, 1978).

Engeström (1987) expandiu a representação de mediação usada por Vygotsky, a partir das contribuições de Leontiev e propôs um modelo para representação de um sistema de atividade, ilustrando a segunda geração da teoria da atividade:

Figura 2 – Modelo triangular do sistema de atividade



Fonte: Engeström (1987)

O modelo triangular do sistema de atividade (ENGESTRÖM,1987) é usado para analisar e modelar a estrutura sistêmica da atividade e suas interligações internas. É composto de diversos elementos como sujeitos, objeto, instrumentos (artefatos mediadores), comunidade, regras, divisão de trabalho e resultados.

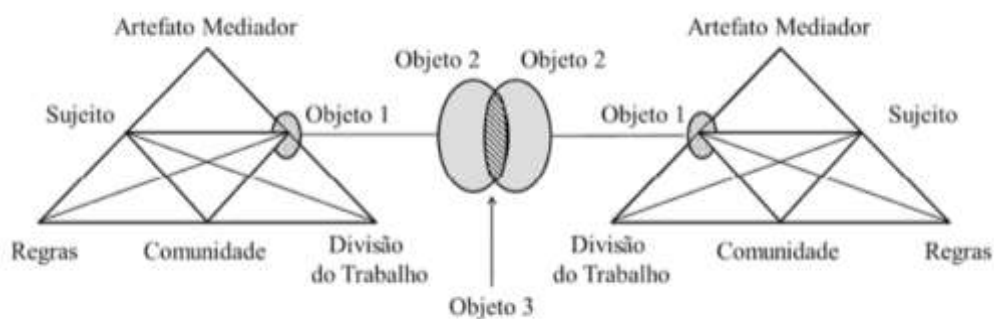
Sujeito refere-se ao indivíduo ou subgrupo, cuja posição e ponto de vista são tomados como perspectiva de análise (...) **Objeto** refere-se à “matéria-prima” ou “espaço problema” ao qual a atividade está direcionada. O Objeto é transformado em resultados com ajuda de **instrumentos**, isto é, ferramentas e signos. A **comunidade** compreende os indivíduos e subgrupos que compartilham o mesmo objeto geral. A **divisão do trabalho** se refere à divisão horizontal de tarefas e a divisão vertical do poder e status. (...) As **regras** se referem às regulamentações explícitas e implícitas, normas, convenções e padrões que limitam as ações dentro do sistema de atividade. O círculo em torno do objeto (...) indica ao mesmo tempo o papel focal e inerente ambiguidade do objeto da atividade (...) O objeto generalizado está conectado ao significado societal, o objeto específico está conectado ao sentido pessoal. (ENGESTRÖM; SANINNO, 2010) (grifo nosso)

A terceira geração tem como precursor Yrjö Engeström (1948-). Para Engeström (2016) a atividade surge como sistema de atividade em transformação. A unidade mínima de análise é um sistema de atividade, composto por ações e operações orientadas, respectivamente, para

transformação de um objeto ou motivo social. Ele investiga a aprendizagem com ênfase no desenvolvimento coletivo, superando o desenvolvimento individual de seus antecessores. A aprendizagem é abordada em contexto de atividade compartilhada, em diferentes cenários e oferece potencial de desenvolvimento.

Engeström (2001) concentra suas análises na interação entre dois ou mais sistemas. O modelo da terceira geração da teoria da atividade restou assim representado:

Figura 3 – Modelo mínimo da terceira geração da teoria da atividade – Dois sistemas de atividade interagindo



Fonte: Engeström (2001)

Este modelo deve ser visto como se vários sistemas de atividade estivessem em movimento e interagindo entre si, uma vez que estão cada vez mais interconectados e interdependentes. Os sistemas de atividades são formações coletivas, dirigidas a um objeto, que evoluem e transformam-se ao longo do tempo. Podem ser analisados em interação para que seja possível a compreensão dos conflitos, diálogos e mudanças nos sistemas de atividades (ENGESTRÖM, SANINNO, 2010).

Quando sistemas de atividade coletivos inteiros, tais como os processos de trabalho e organizações precisam se redefinir, os modos de aprendizado tradicional não bastam. Ninguém sabe exatamente o que precisa ser aprendido. O projeto da nova atividade e a aquisição do conhecimento e as capacidades que ele exige são cada vez mais entrelaçados. Na aprendizagem

expansiva, eles se fundem (ENGESTRÖM, SANINO, 2010 Apud Engeström 1999).

Cinco princípios caracterizam a terceira geração da Teoria da Atividade (ENGESTRÖM, 2001):

a) Primeiro princípio é que um sistema de atividade coletivo, mediado por artefatos e orientado a um objeto, é visto em relação a uma rede de outros sistemas de atividade e é tomado como a unidade principal de análise. Ações individuais e grupais dirigidas a metas, bem como operações automáticas, são unidades de análise relativamente independentes, porém subordinadas, compreensíveis somente quando interpretadas em todo o contexto dos sistemas de atividade. Sistemas de atividade são realizados e reproduzidos pela geração de ações e operações.

b) Segundo princípio é a multi-vocalidade do sistema de atividades. Um sistema de atividade é sempre uma comunidade com múltiplos pontos de vista, tradições e interesses. A divisão do trabalho em uma atividade cria posições diferentes para os participantes, pois estes possuem suas próprias histórias, e o sistema de atividade em si carrega múltiplas camadas e vertentes de história gravada em seus artefatos, regras e convenções. A multi-vocalidade é multiplicada em redes de interação do sistema de atividades. É uma fonte de problemas e uma fonte de inovação, exigindo ações de tradução e negociação.

c) Terceiro princípio é a historicidade. Sistemas de atividades tomam forma e se transformam durante longos períodos de tempo. Seus problemas e potenciais só podem ser compreendidos por meio de sua própria história. A história em si precisa ser estudada como história local da atividade e de seus objetos, assim como a história dos conceitos teóricos e ferramentas que moldaram a atividade. Assim, o trabalho médico deve ser analisado por meio de da história de sua organização local e por meio da história mais global dos conceitos médicos, procedimentos e instrumentos utilizados e acumulados na atividade local.

d) Quarto princípio se refere ao papel central das contradições como fontes de mudança e de desenvolvimento. Contradições não são o mesmo que problemas ou conflitos. Contradições são tensões estruturais historicamente acumuladas dentro e entre sistemas de atividade. A contradição principal das atividades no capitalismo é entre o valor de uso e valor de troca das mercadorias. Esta contradição primária permeia todos os elementos dos sistemas de nossa atividade. Atividades são sistemas abertos. Quando um sistema de atividade adota um novo elemento do exterior (por exemplo, uma nova tecnologia ou um novo objeto), pode levar ao agravamento de uma contradição secundária onde alguns elementos velhos (por exemplo, as regras ou a divisão do trabalho) colidem com o novo. Estas contradições geram perturbações e conflitos, mas também inovações visando mudar a atividade.

e) Quinto princípio proclama a possibilidade de transformações expansivas em sistemas de atividade. Sistemas de atividade movem-se por meio de ciclos relativamente longos de transformação qualitativa. Uma vez que as contradições de um sistema de atividade são agravadas, alguns indivíduos participantes da atividade começam a questionar e desviar as normas estabelecidas. Em alguns casos, isto leva a uma previsão de colaboração e um esforço de produzir uma mudança deliberada de forma coletiva. Uma transformação expansiva é realizada quando o objeto e o motivo da atividade são reconceituados, envolvendo um horizonte mais amplo de possibilidades do que no modo anterior da atividade. Um ciclo completo de transformação expansiva pode ser entendido como uma viagem coletiva por meio da zona de desenvolvimento proximal da atividade (ENGESTRÖM, 2001).

Engeström (2016) centraliza seus estudos na aprendizagem que ocorre na vida real, no mundo do trabalho, em diversos tipos de organizações, utilizando de intervenções formativas, a exemplo do Laboratório de Mudança (LM) (ENGESTRÖM *et al*, 1996).

O LM foi desenvolvido na Finlândia, no Centro de Pesquisa em Atividade, Desenvolvimento e Aprendizagem (CRADLE), da Universidade de Helsinki, com o objetivo de que pesquisadores e trabalhadores pudessem realizar transformações necessárias em suas atividades de trabalho. É um método no qual os sujeitos avaliam, compreendem, desenvolvem soluções para os problemas e reconceituam o objeto de sua atividade. O método se apoia no uso de conceitos baseados na teoria da atividade histórico-cultural para promoção de agência e aprendizagem expansiva (VIRKKUNEN; NEWNHAM, 2015).

É aplicado em larga variedade de estudos de intervenção que explicaram dificuldades e problemas enfrentados, especialmente em contextos de crises, como produtos associados a contradições surgidas na evolução histórica de sistemas (VIRKKUNEN; NEWNHAM, 2015).

Na abordagem histórico-cultural da atividade a identificação de problemas no sistema de atividade é visto como relacionado ao surgimento de contradições - intra ou entre elementos do sistema – no curso do seu desenvolvimento histórico (ENGESTRÖM, 2016). “Conflitos, dilemas,

perturbações e inovações locais podem ser analisados como manifestações das contradições” (ENGESTRÖM; SANNINO, 2010). O LM é um processo que permite aos participantes aprendizagem expansiva, ou seja relacionada à identificação e elaboração de propostas de superação dessas contradições para desenvolvimento do sistema (KAJAMAA, 2012).

Como os elementos do sistema mudam, incompatibilidades e novas contradições evoluem e têm de ser geridas ou resolvidas pela remediação da interação. Ascensão do abstrato para o concreto pode significar a reconstrução da gênese de um sistema a partir de uma pequena relação inicial, uma célula germinativa, para uma totalidade complexa, através do desenvolvimento e resolução de contradições dentro das relações de interação (VIRKKUNEN, 2014).

A resolução de contradições exige diferentes tipos de aprendizado, dentre eles o aprendizado expansivo, onde o objeto do aprendizado é um sistema de atividade. Na prática é sabido que a convivência com os problemas surgidos acontece de forma continuada podendo envolver soluções criativas ou o acúmulo de problemas. Em sistemas desorganizados as manifestações de agência individual podem emergir demandando soluções com ou sem envolvimento de outros atores (ENGESTRÖM, 2016).

A aprendizagem deve se dar de modo que envolva aumento da agência dos trabalhadores durante esse processo. Estudos de intervenção apoiados no LM demonstram que a agência pode ser percebida através da identificação de expressões discursivas de agência transformadora (HAAPASAARI; KEROSUO, 2015) e da construção dialógica e negociada entre os sujeitos envolvidos na atividade, ao levarem à identificação de lacunas e contradições e encontrarem soluções para as mesmas (ENGESTRÖM; PUONTI; SEPPÄNEN 2003).

O melhor teste para as teorias de aprendizagem é como elas ajudam praticantes a gerar aprendizado que englobe assuntos prementes que a humanidade está enfrentando. A teoria da aprendizagem expansiva no momento presente expande suas análises para cima e para baixo, para fora e para dentro.

Movendo –se para cima e para fora, ela aborda o aprendizado em campos ou redes de comunicação de sistemas de atividades interconectadas com seus objetos parcialmente compartilhados e muitas vezes contestados. Movendo-se para baixo e para dentro, ela aborda as questões de subjetividade, experimentação, sentido pessoal, emoção, personificação, identidade, e compromisso moral (ENGESTRÖM, SANNINO, 2010).

Ao analisar as transformações nos sistemas de atividade, verificou-se que elas acontecem a partir de ações expansivas encadeadas, formando um ciclo de aprendizagem expansiva. A primeira fase do ciclo é a de reconhecimento do problema e questionamento, a segunda é a de análises histórica e empírica do sistema de atividade. Na sequência a fase de construção de soluções das contradições presentes no sistema de atividade, seguida da fase de exame e teste do novo modelo. Após a fase de implementação do novo modelo, depois reflexão sobre o processo e então a fase de consolidação e generalização da nova prática (VIRKKUNEN; NEWNHAM, 2015).

A aprendizagem expansiva implica construção coletiva de mudanças que produz uma nova forma histórica do sistema de atividade, e envolve a tomada de estímulos auxiliares e artefatos externos, dos quais os participantes se apropriam para redefinir a atividade (ENGESTRÖM, 2016).

Assim, Engeström (1987) redefiniu o conceito de ZDP no nível de atividade coletiva: “é a distância entre as ações atuais dos indivíduos e uma nova forma histórica de atividade social que pode ser gerada coletivamente como solução para uma situação de vínculo duplo potencialmente incorporada nas ações cotidianas”.

Para Engeström e Sannino (2010) há dois fatores adicionais que demonstram a necessidade de aprendizagem expansiva, sendo desafiadores (Engeström, 2009) para formação de conceitos e redesenho prático em escala que excede disciplina, profissão ou organização:

O primeiro é o surgimento e a ascensão de produção social (...) que utiliza potencial interativo da internet ou Web 2.0 (...) O

segundo, é o surgimento e a crescente presença de ameaças globais e riscos ou “objetos fugidios” (Engeström, 2008), exemplificados pelo aquecimento global, novas doenças pandêmicas e desastres financeiros globais (Engeström, Sannino, 2010).

Diante da pandemia causada pela Covid-19, vislumbrou-se que o LM, por ser ferramenta formativa, poderia contribuir para a compreensão das mudanças no sistema hospitalar ao se deparar com um novo objeto de atividade: “respostas à pandemia da Covid-19”, para o planejamento de possível intervenção futura.

A intervenção formativa começa com o levantamento de dados para que se conheça a história do sistema de atividade, sua estrutura, elementos, interações, e evidencie a existência de possíveis contradições.

Esta pesquisa, com a ajuda do modelo triangular de representação do sistema de atividade, composto de diversos elementos como sujeitos, objeto, instrumentos, comunidade, regras, divisão de trabalho e resultados (QUEROL; SEPPANEN, 2020), pretendeu explorar a evolução de mudanças realizadas no hospital universitário, destacando-as em conformidade com a evolução da pandemia causada por Covid-19, desde a fase de casos importados em 2020 à de disseminação comunitária, até outubro de 2021.

Os dados colhidos podem subsidiar futuras sessões coletivas em ciclos de aprendizagem expansiva se demonstrarem relação com a teoria da atividade e potencial para a aprendizagem.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo são feitas abordagens teóricas acerca da pandemia de Covid-19, planejamento de respostas pelos hospitais, saúde e segurança do trabalhador e ergonomia, a fim de subsidiar e nortear a compreensão e interpretação dos resultados, análises, discussões e considerações finais da pesquisa.

2.1 COVID-19: PANDEMIA SEM PRECEDENTES

No final do ano de 2019, em 31 de dezembro, a cidade de Wuhan, província de Hubei, na República Popular da China, enviou alerta à Organização Mundial da Saúde (OMS) informando a existência de vários casos de pneumonia por vírus nunca antes identificado em seres humanos, SARS-CoV-2 (novo coronavírus), responsável por causar a doença Covid-19 (OPAS, 2022a).

Após a China, os países europeus, como Itália e Espanha, foram afetados pelo vírus e grande quantidade de pessoas foram infectadas, sendo extremamente preocupante a transmissibilidade e gravidade do novo coronavírus que impactava os serviços de saúde, constituindo uma ameaça de crise e colapso diante da sobrecarga da capacidade instalada desses serviços, principalmente aqueles mais despreparados (BOSELEY, 2020).

A partir de janeiro de 2020, houve alerta global pela OMS que declarou emergência de saúde pública de importância internacional (OPAS, 2022a) e diversos países começaram preparação para responder ao vírus que rapidamente se alastrava. Com isso surgiu elevada preocupação com os trabalhadores da saúde, responsáveis pelos cuidados em saúde, que pelo contato direto com os pacientes contaminados tinham grande possibilidade de infecção, adoecimento e óbito (EVANS, 2020; BRASIL, 2020a).

No Brasil, o primeiro caso confirmado de Covid-19 foi em 26 de

fevereiro de 2020 (BRASIL, 2020d). O novo coronavírus tomou proporções globais em poucos dias, sendo que em 11 de março de 2020 a OMS declarou a pandemia (OMS, 2020).

Com este anúncio, diversas medidas restritivas e de prevenção foram tomadas ao redor do mundo, como fechamento de fronteiras, *lockdown*, fechamento de escolas e universidades, e testagens em massa, para evitar a transmissão e para que os serviços de saúde locais pudessem organizar recursos para suportar as demandas (HOUVESSOU, SOUZA, SILVEIRA, 2021).

Foram incontáveis os impactos advindos da pandemia, tanto sociais, como econômicos e políticos. O desconhecimento pela sociedade e a falta de normas resultou em políticas e orientações desordenadas entre os governos e entre poderes (FERNANDES, OUVÉNEY, 2022).

Dentre os impactos negativos da pandemia na saúde, destacam-se consequências imediatas e mediatas, além de doenças físicas como as respiratórias que podem progredir ou regredir conforme a condição clínica do paciente, também são apontados impactos de saúde mental gerados pelo cenário de crise e podendo desencadear manifestações como o medo, falta de sono, e descontroles emocionais, que podem evoluir para doenças mais graves (LAI, 2020).

O cuidado com a saúde dos profissionais da saúde é essencial pois eles são a força de respostas na assistência médico-hospitalar, devendo ser adotadas medidas preventivas que possam evitar sua contaminação e manter sua atuação no serviço (WETSMAN, 2020).

Um dos cenários sobre os impactos para os trabalhadores da saúde:

“(...) é o de instalação simultânea de problemas. Se em contexto de efetivo reduzido somam-se aumento do número de afastamentos do trabalho por razões de saúde, aumento do número de doentes e do recurso a jornadas prolongadas, podem se somar cansaço, aumento na frequência de urgências e incidentes a serem enfrentadas com menos chances da colaboração de colegas que também estejam sobrecarregados. O sistema pode evoluir com degradação progressiva e pode piorar se o trabalho passa a ser feito em situação de escassez

(vagas de UTI, leitos hospitalares, insumos, EPI² etc). Tudo isso tende a aumentar as chances de contaminação e de vivências de sofrimento, de perdas, de frustrações, de impedimentos ao uso das melhores capacidades de equipes e serviços, etc. Na pandemia atual relatos indicam que, no afã de proteger os seus entes queridos, trabalhadores estão se afastando de familiares, pessoas próximas e da rede de suportes com que contavam no cotidiano. O sofrimento mental encontra terreno fértil para prosperar” (ALMEIDA, 2020).

Efeitos da Covid-19 estão em estudo e partes deles já são conhecidos desde o início de 2020. A infecção pelo vírus pode causar pneumonia com sintomas graves de infecção respiratória aguda e alguns pacientes podem desenvolver a síndrome do desconforto respiratório agudo, insuficiência respiratória aguda e outras complicações graves, chegando a óbito (CHEN, N., 2020).

Outrossim, a existência de muitos trabalhadores infectados no início da pandemia, fez com que fossem vistos por parte da sociedade como vetores da disseminação do vírus. A vulnerabilidade frente a este contexto ensejou violência em face a eles e impactos na saúde emocional (FIOCRUZ, 2022).

A pandemia foi marcada pelo excesso de informações, fenômeno denominado como “infodemia”, com insistentes e demasiadas desinformações (OPAS, 2020). No Brasil, o período foi marcado por lacunas de comunicações oficiais do governo federal, propagação de notícias falsas – *fake news*, e pseudociência.

Atualmente, os estudos contemplam as consequências mediatas da doença, denominadas síndrome da Covid longa, sendo a “condição pela qual os indivíduos afetados não se recuperam por várias semanas ou meses após o início dos sintomas sugestivos de COVID-19”, tendo como consequências alterações em suas funções respiratórias, transtornos mentais e risco de doenças cardíacas (MIRANDA *et al*, 2022).

Dados atuais revelam que no mundo há mais de 611 milhões de

² EPI - Equipamento de proteção individual

casos confirmados de Covid-19, sendo 6.512.438 mortes (OMS, 2022)³. Estima-se que entre 80 a 180 mil profissionais da saúde morreram em decorrência da Covid-19 até maio de 2021 (ONU, 2021). No Brasil, o número conhecido de contaminados chega a 34.624.427, sendo 685.750 vítimas fatais da pandemia (BRASIL, 2022c)⁴, e é proeminente o número de trabalhadores da saúde infectados e vítimas da Covid-19 (SOARES, 2021).

Como principal medida de proteção e prevenção de agravos da doença, vacinas foram desenvolvidas e aplicadas globalmente, ainda que de forma desigual e enfrentando inúmeros desafios, objetivando conter a pandemia com a imunização em grande escala (OPAS, 2022b).

Recentemente, em 14 de setembro de 2022, a OMS reconheceu que o fim da pandemia de Covid-19 pode estar próximo, diante da diminuição do número de óbitos. Porém, alertou que ainda há risco de surgimento de novas variantes, aumentos de mortes e incertezas, sendo necessárias estratégias e políticas para o fim da pandemia e para evitar novas doenças. Dentre as medidas estão a vacinação, testagens, sequenciamentos dos vírus, integração de tratamentos e estratégias para a comunicação (ONU, 2022).

A última solicitação da ONU (2022) foi de que os países elaborem planos para futuros surtos, incluindo a garantia de suprimentos, equipamentos e profissionais de saúde. Assim, o controle total da pandemia de Covid-19 ainda é um desafio a ser superado, mundialmente, com consciência e esforços coletivos.

2.2 RESPOSTAS PELOS HOSPITAIS À PANDEMIA

Os hospitais, entendidos como parte de sistema saúde, atuam tendo

³ Dados atualizados em 23/09/2022 às 17h39m CEST

⁴ Dados atualizados em 23/09/2022 às 16h53m

como principal objetivo ofertar assistência de saúde aos pacientes e a chegada da pandemia representou grande mudança na população até então atendida. As equipes passaram a atender grande número de pacientes que apresentavam doença até então desconhecida e com grande risco de contaminação dos profissionais da saúde, uma vez que o vírus SARS-CoV-2 pode se espalhar por várias áreas do hospital diante da larga variedade de atividades desenvolvidas que podem se dar em exposição a ele (CHEN, L., 2020; SAMPLE, 2020).

Assim a implementação de medidas de prevenção nos ambientes de trabalho dos profissionais da saúde é legítima para mitigar a transmissão, além das medidas de saúde pública como testagem, diagnóstico e quarentena da comunidade (PERLMAN, 2020).

Responder significa ofertar serviço que atenda às necessidades de saúde (BRASIL, 2009; BRASIL 2012). As respostas à pandemia visaram conter a disseminação do vírus e proporcionar assistência à saúde dos infectados, com o mínimo de impactos sobre a saúde dos trabalhadores e o funcionamento do serviço (WHO, 2020a, 2021).

No Brasil, impactado pela chegada da pandemia, o sistema de saúde passou por mudanças rápidas visando diminuir a velocidade da disseminação da doença e garantir o oferecimento de assistência à saúde dos infectados. Autoridades governamentais e gestores de serviços de saúde, ainda que em meio a dissonâncias e em contexto de polarização política, se mobilizaram para tomar medidas no enfrentamento da Covid-19 (BRASIL, 2020b; BRASIL, 2022a).

2.2.1 Hospitais Universitários

Os hospitais universitários (hospitais de ensino) (BRASIL, 2015) foram criados pela necessidade da articulação das unidades de saúde com o ensino, pesquisa e habilitação de profissionais. São vinculados ao Sistema Único de Saúde, sendo referência de alta complexidade como “centros de

formação de recursos humanos e de desenvolvimento de tecnologia para a área de saúde” (BRASIL, 2022d).

Prestam serviços imprescindíveis para o desenvolvimento da saúde da população o que possibilita desenvolvimento do atendimento e elaboração de protocolos técnicos na área da saúde. E prestam apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão das universidades às quais estão vinculados, realizando atividades didáticas e de pesquisa. Além disso, oferecem programas de educação continuada a todos profissionais do SUS, o que fortalece a integração com o sistema de saúde (ARAÚJO; LETA, 2014).

Os hospitais universitários têm destaque no atendimento à comunidade, mas são distintos quanto à capacidade instalada, tecnologia e abrangência no atendimento. Também diferenciam quanto ao financiamento e gerenciamento, sendo alguns vinculados ao Governo Federal e outros aos Governos Estaduais (BARATA; MENDES; BITTAR, 2010).

Em 2010 o Estado de São Paulo possuía 37 hospitais de ensino certificados e contratualizados pelo SUS/SP do total de 163 hospitais de ensino brasileiros certificados. Os hospitais universitários são vinculados à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo para fins administrativos e associados às Faculdades para fins de ensino, pesquisa e extensão (BARATA; MENDES; BITTAR, 2010).

Os hospitais de ensino são centros produtores de conhecimento e há grande interação dos profissionais da assistência com as faculdades, pois muitos atuam como professor-profissional em saúde (ensino-assistência) e professor-pesquisador (ensino-pesquisa), sendo essa integração ensino, pesquisa e assistência, o que agrega valor à instituição e à formação dos profissionais (ARAÚJO; LETA, 2014).

2.2.1.1 Sistema Único de Saúde (SUS)

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído pela Constituição Federal de 1988, ao definir a saúde como direito social (artigo 6º) e prever

nos artigos 196, 197 e 198 (BRASIL, 1988):

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

O SUS é sistema de saúde pública que abrange uma rede de ações e serviços, desde a atenção primária, urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica. É regido pelos princípios Universalização, Equidade e Integralidade, o que busca garantir o acesso integral, universal e gratuito a toda população, visando a prevenção e a promoção da saúde para a melhora da qualidade de vida (BRASIL, 2022e).

São princípios organizativos do SUS a Regionalização e Hierarquização, Descentralização e Comando Único e Participação Popular. Assim, a gestão da saúde deve ser solidária e participativa entre a União, estados e municípios (BRASIL, 2022e).

2.2.1.2 Prática colaborativa na saúde

A Organização Mundial da Saúde definiu como prática colaborativa na saúde, “a prestação de serviços com base na integralidade da saúde, envolvendo os pacientes e suas famílias, cuidadores e comunidades para atenção à saúde da mais alta qualidade em todos os níveis da rede de

serviços” (OMS, 2010).

A partir da publicação do “Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa” (OMS, 2010), restou definido que a prática colaborativa inclui tanto o trabalho clínico como o não clínico, como diagnóstico, tratamento, vigilância, comunicação em saúde, administração e engenharia sanitária.

No campo da saúde, ainda predomina a prática dos serviços de forma individualizada e pouca integração com a equipe, e faltam estudos que explorem a prática colaborativa no trabalho (DUTRA; LEMOS; GUIZARDI, 2020).

O trabalho interprofissional e a prática colaborativa podem contribuir para melhorar a qualidade dos serviços de saúde, pois ao fomentar a comunicação para a tomada de decisões, estabelece-se a consolidação do cuidado integral. Mas são desafios atuais, sendo necessárias ações para promover a colaboração na equipe, em rede intersetorial e com a comunidade, com o objetivo de melhorar a atenção à saúde (PEDUZZI; AGRELI, 2018).

2.2.2 Planos de respostas e organização de hospitais em situações de crise

Para responder à pandemia de Covid-19, guias e modelos de orientações para planos de respostas foram recomendados por órgãos oficiais visando planejamento e organização dos serviços de saúde para otimizar a prestação de cuidados e evitar risco de colapso do sistema de atividades do hospital.

O Plano recomendado pela OMS “Ações críticas de preparação, prontidão e resposta para a COVID-19 (WHO, 2020a, 2021) contemplou três objetivos: 1) Diminuir e interromper a transmissão, evitar epidemias e retardar sua transmissão; 2) Prover cuidado otimizado para todos os pacientes, em especial àqueles mais graves; e 3) Minimizar o impacto da

epidemia sobre sistemas de saúde, serviços sociais e atividade econômica.

A proteção da saúde dos trabalhadores está incluída no terceiro objetivo, assim como a segurança dos pacientes, sendo extremamente ligadas às ações e estratégias previstas nos dois primeiros objetivos (ALMEIDA, 2020).

O Centro de Controle e Prevenção de Doenças (*Centers for Disease Control and Prevention* - CDC), nos Estados Unidos também elaborou *checklist* com orientações para a preparação de hospitais na resposta à Covid-19. Citou estrutura para planejamento e tomada de decisões, indicando a formação de comitê de resposta a ser composto pela administração, controle de infecções, equipe médica, de enfermagem, cuidados intensivos, saúde ocupacional, entre outros; e desenvolvimento de plano escrito sobre comunicação, suprimentos, equipamentos, gestão de pessoas, saúde ocupacional, educação e treinamento (CDC, 2020a).

Estudo de Slater *et al* (2020) sugeriu uma análise de sistemas de respostas à Covid-19 indicando o modelo “FRAM” (*Functional Resonance Analysis Method*) para ajudar na compreensão e preparar os sistemas nas respostas para futuras crises e emergências.

Uma lista de verificação de resiliência foi desenvolvida (MEYER *et al*, 2020) de forma a auxiliar os sistemas de saúde a medirem suas capacidades para poderem se organizar quando depararem com doenças infecciosas e riscos naturais. Ser um sistema de saúde resiliente é uma forma de aumentar a prontidão nas respostas à crise e também manterem suas funções essenciais, resguardando a saúde global quando surge uma emergência.

As categorias identificadas para tornar-se um sistema de saúde resiliente foram: competências e capacidades básicas do sistema de saúde; Infraestrutura crítica e transporte; financiamento; barreiras ao acesso aos serviços de saúde; comunicação, colaboração, coordenação e parceria; liderança e estrutura de comando; capacidade de surto; comunicação de risco; força de trabalho; e controle de infecção; sendo que para atingi-lo são

necessários processos, mecanismos, políticas e ações de diversos atores do sistema de saúde (MEYER *et al*, 2020).

2.2.3 Capacidade de recursos x demanda: cenários possíveis

Considerando a capacidade de recursos existente para que os hospitais possam organizar as respostas à pandemia, foram estabelecidos critérios e diferentes cenários possíveis que podem ser adotadas, tendo em vista possibilidade de escassez quando há aumento da demanda.

Hick *et al* (2020) salientam que os padrões de atendimento de crise ocorrem em grau de escassez de recursos e exigem decisões justas que trazem grande responsabilidade na tomada de decisão do gestor para manter a equidade na alocação dos recursos e prestação de serviços, principalmente em casos de desastres e da pandemia da Covid-19 que expôs desigualdades estruturais.

O CDC, nos Estados Unidos, estabeleceu estratégias para otimizar os fornecimentos de suprimentos e equipamentos de proteção individual (EPIs) em períodos de escassez. As estratégias oferecem opções de acordo com o nível da capacidade de recursos das unidades de saúde em relação a demandas, sendo necessário considerar as opções e implementá-las sequencialmente conforme a demanda, entender seu estoque e taxa de utilização e treinar o pessoal, devendo retornar ao nível anterior conforme melhora da situação (CDC, 2020).

Figura 4 – Níveis de capacidade de recursos



Fonte: (CDC,2020b)

De acordo com Hick *et al* (2021) os níveis de capacidade de recursos

são assim definidos:

- Convencional:** recursos usuais e nível de cuidados prestados através do uso máximo de recursos
- Contingência:** prestação de cuidados funcionalmente equivalentes – os cuidados prestados são adaptados das práticas usuais (por exemplo, internar pacientes de cuidados intensivos em áreas de cuidados pós-anestésicos).
- Crise:** recursos inadequados estão disponíveis para fornecer cuidados equivalentes - os cuidados são fornecido ao nível possível, dada a lacuna de recursos. O aumento do risco de morbidade e mortalidade define os cuidados prestados nesta fase – esse risco pode ser minimizado implementando estratégias consistentes de uso proativo de recursos. (Tradução e grifo nosso).

A divisão em níveis ajudam os gestores nas tomadas de decisões das organizações. FIOCRUZ *et al* (2020) emitiram nota técnica com recomendações para a adaptação da capacidade hospitalar em resposta à pandemia por Covid-19, considerando três cenários – convencional, contingência e crise – e seis dimensões – espaço, funcionários, suprimentos, atendimento, objetivo de expansão e abrangência (Figura 5).

Figura - 5 - Cenários de respostas em diferentes situações

Dimensões	Cenários		
	Convencional	Contingência	Crise
Espaço	Espaços usuais	Realocação de áreas de atendimento	Uso de áreas não tradicionais
Funcionários	Pessoal utilizado conforme necessidade	Expansão de pessoal	Pessoal insuficiente
Suprimentos	Disponíveis	Adaptação e substituição quando seguros	Escassez
Atendimento	Atendimentos usuais	Impactos mínimos nas práticas usuais	Atendimentos em massa
Objetivo de expansão	20% da capacidade usual	100% da capacidade usual	200% da capacidade usual
Abrangência	Local	Regional/Estadual	Nacional

Fonte: RESENDE; FONTAINHA; LEIRAS, 2022 apud HICK *et al*, 2021 adaptado

Os cenários relacionados às dimensões ajudam a compreender as

situações que os serviços de saúde podem vivenciar em situações de escassez, de forma a melhorar a organização dos recursos e alocações dos materiais, pessoal e equipamentos de segurança, sem prejuízo do atendimento de qualidade aos pacientes e proteção adequada aos trabalhadores (FIOCRUZ *et al*, 2020).

2.2.4 Respostas de hospitais no mundo

As respostas de hospitais à pandemia de Covid-19 se deram por todo o mundo, sendo identificados diversos desafios que requereram mudanças organizacionais. Em hospitais da Austrália, que enfrentaram a escassez de insumos e equipamentos, foi necessário avaliar a segurança e eficácia de novos EPIs sem critérios anteriormente estabelecidos (DESSELLE *et al*, 2021), e lidar com surtos da nova doença, o que exigiu intervenções de segurança para todos trabalhadores (EGERTON-WARBURTON; KUHN; FLYNN, 2021).

A exemplo de hospital italiano, foram implementadas estratégias integradas para prevenção da infecção do SARS-CoV-2 nos trabalhadores de saúde, como a criação de área exclusiva para avaliação de casos Covid, vigilância de controle de infecção em massa, testagem regular com swab e medidas rígidas de uso de EPIs (CATTELAN *et al*, 2020).

Hospitais nos Estados Unidos da América demonstraram a necessidade de adaptar recomendações para gerenciamento de vias de atendimento ao paciente e reduzir a exposição do profissional de saúde (HCW) e do paciente (infecção cruzada) ante a escassez e restrições de recursos que surgiu na pandemia de Covid-19 (GEORGE *et al*, 2020).

Em hospital universitário de Londres foram estudadas as características e a dinâmica da transmissão do novo coronavírus em profissionais da saúde, sendo reconhecido que as taxas variaram de acordo com os casos na comunidade e que as taxas de contaminados no pronto-socorro diminuíram quando os trabalhadores passaram a usar os

equipamentos de proteção individual (ZHENG *et al*, 2020).

Estudos sobre a saúde mental foram realizados em diversos países. Na Alemanha, foi analisada a carga do estresse individual e a saúde mental de trabalhadores da saúde durante a pandemia, de forma a identificar a resiliência como moderadora entre a carga de estresse e sintomas de ansiedade e depressão (SCHMUCK *et al*, 2022).

2.2.5 Respostas de hospitais no Brasil

No Brasil, a pandemia da Covid-19 exigiu para os hospitais mudanças para que fosse possível ofertar leitos e prestação de assistência e cuidados. Reorganizaram e expandiram estruturas, fluxos, políticas e procedimentos e alocaram equipamentos e insumos (PORTELA; GRABOIS; TRAVASSOS, 2022).

Os Hospitais Universitários tiveram relevante importância durante a resposta à pandemia e foram referência junto ao SUS, realizando ações de assistência, gestão, extensão, ensino e pesquisa (SANTOS *et al*, 2020).

Para a prestação dos cuidados, reorganizaram o atendimento, suspendendo no início as consultas regulares não Covid e cirurgias eletivas. Houve reforço das medidas de biossegurança para evitar a transmissão do vírus e contratação de novos profissionais e capacitação, foram desenvolvidos materiais educativos sobre medidas de prevenção e inúmeras pesquisas, o que só foi possível com a suspensão das atividades formativas (SANTOS *et al*, 2020).

Os serviços internos dos hospitais no Brasil reagiram realizando mudanças necessárias para responder à pandemia de Covid-19, de forma a garantir a segurança dos profissionais ao lidar com pacientes infectados, minimizando os riscos de impactos na saúde do trabalhador da saúde. Para tanto, houve a necessidade de adequações importantes na equipe profissional encarregada de organizar as respostas à pandemia e de atender os doentes, e mobilização para mudanças importantes no serviço

(PEDROSO; MALIK; PEREIRA, 2021).

2.3 SAÚDE DO TRABALHADOR E SEGURANÇA NO TRABALHO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define como saúde ocupacional a que “lida com todos os aspectos da saúde e segurança no local de trabalho e tem um forte enfoque na prevenção primária de perigos”.

Os trabalhadores no Brasil têm seus direitos previstos na Constituição Federal (BRASIL, 1988), como direito social, além de outras leis e normas infraconstitucionais [CLT (BRASIL, 1943) e NR (BRASIL, 2022f)]. O artigo 7º da CF e seguintes elencam os direitos dos trabalhadores urbanos e rurais que visem à melhoria de sua condição social.

A Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) (BRASIL, 1943) estabelece no artigo 162 que “as empresas, de acordo com normas a serem expedidas pelo Ministério do Trabalho, estarão obrigadas a manter serviços especializados em segurança e em medicina do trabalho”. Assim os Serviços Especializados em Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT) foram previstos na Norma Regulamentadora nº 4 (BRASIL, 2022f) e têm como finalidade promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador no local de trabalho.

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) prevê em sua Convenção 155 promulgada pelo governo brasileiro em 1994, sobre segurança e saúde dos trabalhadores (BRASIL, 2019).

Segundo Alette van Leur (OIT, 2022), Diretora do Departamento de Políticas Setoriais da Organização Internacional do Trabalho “os trabalhadores da saúde, como todos os outros trabalhadores, devem gozar do direito a um trabalho decente, ambientes de trabalho seguros e saudáveis e proteção social para cuidados de saúde, faltas por doença e doenças e lesões ocupacionais.”

Para tanto salienta que devem ser implementados mecanismos eficientes para garantir a colaboração contínua entre empregadores,

gestores e profissionais de saúde, visando a proteção da saúde e a segurança no trabalho (OIT, 2022).

2.3.1 Medidas de segurança

A CLT (BRASIL, 1943) trata da segurança e da medicina do trabalho no Capítulo V, visando a prevenção de doenças e acidentes. Também estabelece que é obrigatório o fornecimento pelas empresas de equipamentos de proteção individual (EPIs) adequados ao risco e em perfeito estado de funcionamento (artigo 166).

As normas regumentadoras (BRASIL, 2022f) também devem ser observadas para garantia do trabalho decente, a partir da verificação de medidas preventivas de medicina do trabalho, edificações, iluminação, conforto térmico, instalações elétricas, armazenagem de materiais, atividades insalubres, entre outras.

2.3.1.1 Hierarquia das medidas de controle de riscos

Para proteger os trabalhadores nos locais de trabalho, o Instituto Nacional de Segurança e Saúde Ocupacional dos EUA (NIOSH, 2022) estabelece uma hierarquia de controles, com cinco níveis de ações para reduzir ou remover perigos, de forma a determinar quais ações controlarão melhor as exposições: 1. Eliminação/ 2. Substituição/ 3. Controles de Engenharia/ 4. Controles administrativos/ 5. Equipamento de proteção individual (EPI). Esta ordem tem como objetivo diminuir a exposição dos trabalhadores de forma a reduzir o risco de doenças ou lesões.

Durante a pandemia de Covid-19, as medidas de prevenção tiveram relevante importância nos ambientes de trabalho, enquanto se esperou o início e efeitos das vacinação, uma vez que esta não tem efeito imediato. A vacinação ocupacional (NR 32) é uma das principais medidas de prevenção e além de preservar a saúde, reduz o risco de absenteísmo e

garante um ambiente de trabalho seguro e saudável (BRASIL, 2022f). Além disso, foram estabelecidas ainda, leis como a que previu afastamento das gestantes por serem grupo de risco (BRASIL, 2021).

2.3.1.2 A compreensão da atividade e a construção da segurança no ambiente de trabalho

Ergonomia quer dizer estudo do trabalho, ou seja, a interação entre o homem, seus instrumentos e a organização do ambiente, para entender o que é o trabalho e de como melhorar a eficiência da produção e evitar problemas de saúde (ASSUNÇÃO; LIMA, 2001).

Para a ergonomia da atividade, que está centrada na atividade humana situada na ação, as situações reais de trabalho demonstraram que este vai além do planejado, pois em diversos momentos há necessidade de tomada de decisões, iniciativas, criatividade e controle de incidentes, questões subjetivas que evidenciam duas faces para o trabalho: a tarefa e a atividade, que se articulam e permitem a compreensão do trabalho como algo complexo. Outras situações inesperadas podem surgir no ambiente de trabalho, como o tempo exíguo para determinada atividade anteriormente prescrita, o que pode impactá-la (ASSUNÇÃO; LIMA, 2001).

Neste sentido, também são as questões relacionadas à segurança no trabalho, que dependem da articulação da segurança normalizada que traz políticas prescritas, com a segurança em ação, que é aquela que surge quando há uma situação nova e imprevista, para que se obtenha uma segurança total e integrada (DANIELLOU; SIMARD; BOISSIÈRES, 2009).

A conformidade com as regras, então, podem ser relativizadas quando há intervenção do comportamento humano e situações imprevistas.

Daniellou, Simard e Boissières (2009) definem:

A segurança normatizada: evitar todos os defeitos ou panes previsíveis por formalismos, regras, automatismos, medidas e

equipamentos de proteção, formações com relação aos “comportamentos seguros” e por um gerenciamento que assegure o respeito às regras.

A segurança em ação: capacidade de antecipar, de perceber os disfuncionamentos não previstos pela organização e de responder a eles. Ela se baseia nos conhecimentos e na experiência humana, na qualidade das iniciativas, no funcionamento dos coletivos e das organizações e num gerenciamento atento à realidade das situações, que favoreçam a articulação entre diferentes tipos de conhecimentos úteis para a segurança.

Considerando a visão construtiva da segurança, compreende-se que ela resulta da capacidade de ter sucesso em condições variáveis, recorrendo-se de todos os recursos disponíveis. Ela “é construída ao mesmo tempo que as competências se desenvolvem, o que cria novos recursos para agir com segurança” (NASCIMENTO *et al*, 2016).

2.3.2 Práticas integrativas e complementares em saúde

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença” (OMS, 1946).

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) foram institucionalizadas por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS e são definidas como “recursos terapêuticos que buscam a prevenção de doenças e a recuperação da saúde, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade” (BRASIL, 2022g)

Alguns exemplos são: Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia, Dança Circular, Meditação, Osteopatia, Terapia Comunitária Integrativa, Constelação familiar, Ozonioterapia e Terapia de Florais (BRASIL, 2022g).

No que tange à saúde do trabalhador, as práticas integrativas vêm

sendo adotadas de forma a garantir o cuidado integral por promoverem o autocuidado, sendo importante medida de prevenção de doenças e redução de sintomas físicos e mentais (RIBEIRO; AFONSO, 2021).

2.3.3 Inovações na saúde durante a pandemia

Durante a resposta à pandemia foram implementadas inovações tecnológicas e práticas antes não utilizadas no funcionamento dos hospitais que interferem na rotina de trabalho dos profissionais da saúde.

A Telessaúde e a Telemedicina (BRASIL, 2020c; BRASIL, 2022b) foram regulamentadas, trazendo readaptação ao serviço.

A tecnologia trouxe também ações humanitárias nos serviços de saúde, como as visitas virtuais, videochamadas entre pacientes internados e seus familiares, que acabou prevista na Lei 14.198/2021 (BRASIL, 2021b).

Foi período de desenvolvimento e introdução de novos dispositivos e equipamentos visando melhorias na assistência a doentes e ou diminuição das chances de infecção de trabalhadores do serviço, ou de outros pacientes (BRASIL, 2020f; BRASIL, 2020e).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Compreender o desenvolvimento das estratégias e ações dos sistemas de atividades do hospital em relação à evolução das respostas à pandemia de Covid-19.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a. Mapear as mudanças históricas do hospital pesquisado no que se refere à organização de recursos em resposta às demandas da pandemia;
- b. Analisar implicações de saúde e segurança do trabalho decorrentes das principais medidas adotadas;
- c. Analisar a geração de respostas como oportunidade de aprendizagem.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Trata-se pesquisa exploratória, de caráter qualitativo, realizada por análise documental e entrevistas em profundidade por meio de um roteiro semiestruturado, com foco nas narrativas dos participantes.

Esta pesquisa segue os critérios consolidados para comunicar estudos qualitativos *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* – COREQ (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007).

O período estudado foi entre janeiro de 2020 e outubro de 2021.

4.1.1 Local da Pesquisa

O complexo do hospital universitário é instituição pública vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS) com abrangência populacional de atendimento estimada em dois milhões de pessoas. É composto por 570 (quinhentos e setenta) leitos e mais de 3.000 (três mil) servidores prestando atendimento terciário e quaternário para os 68 municípios que compõem a Diretoria Regional de Saúde.

O hospital universitário localizado no interior paulista é autarquia do Estado de São Paulo desde 2010 e com o advento da pandemia foi reconhecido como hospital referência para tratamento de casos agudos de Covid-19, no interior desse Estado.

Assim, além da assistência à saúde à população, e responsável pela formação de estudantes no ensino, pesquisa e inovações, o hospital universitário passou a ter como atividade principal responder à pandemia de Covid-19.

Com a pandemia anunciada mundialmente e chegando ao Brasil, o hospital iniciou preparação das respostas, sendo que integrantes desta pesquisa que colaboram com setores do hospital tiveram primeiros contatos com as iniciativas de respostas elaboradas.

4.1.2 Fonte, instrumentos e coleta de dados

A coleta de dados realizou-se por levantamento de documentos, entrevistas e diário de campo para os registros das observações, percepções, reflexões e sentimento da pesquisadora durante a coleta dos dados.

4.1.2.1 Negociação e aprovação da pesquisa

Em abril de 2020 foi realizada negociação entre o professor orientador e a superintendência do hospital para realização da pesquisa, sendo aceita. Posteriormente, entre junho e agosto de 2020, foram contatados, pela mestrandia, setores do hospital identificados em documentos públicos como de principal atuação nas adaptações do serviço à pandemia, sendo aceita a participação no estudo e concordância em envio de documentos, anuindo com a pesquisa.

4.1.2.2 Levantamento e análise de documentos

Com a aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa em novembro de 2020, iniciou-se o levantamento documental, dados secundários, para mapeamento da organização hospitalar e situação do serviço, do primeiro ano de pandemia, correspondente ao período de 31/01/2020 a 31/01/2021.

Os documentos analisados corresponderam a boletins diários, documentos oficiais internos, informativos, matérias temáticas de acesso público, relatórios de atividades realizadas e compilados de protocolos Covid-19, todos como fonte de informação sobre o funcionamento das atividades desenvolvidas pelo hospital (Quadro 1).

Os materiais selecionados e utilizados além de estarem disponíveis publicamente, foram indicados pelos setores anuentes da pesquisa:

Quadro 1. Descrição dos documentos públicos analisados

365 Boletins Diários
30 Documentos Oficiais Internos
30 Matérias publicadas em site institucional
Relatório 1 – 37 p.
Relatório 2 – 56 p.
Compilado de protocolos Covid-19 – 136 p.
Fonte: material elaborado pela autora

Buscou-se relacionar as informações que demonstraram as mudanças que ocorreram no hospital desde a notícia da pandemia de Covid-19, de forma a identificar as estratégias e ações praticadas no ambiente hospitalar.

Os dados extraídos dos documentos foram organizados e são apresentados em quadros no Apêndice A, com as dimensões: setores envolvidos, mudanças na estrutura, nos fluxos e no processo; inovações; relações institucionais; e as estratégias e ações na resposta do hospital à pandemia de Covid-19.

Conforme as fases cronológicas adotadas nas classificações deste estudo, o interregno levantado nos documentos compreende as duas primeiras fases: “preparação para a pandemia” e “chegada da pandemia e sucesso da resposta planejada”.

A partir dos documentos, para a organização cronológica das mudanças e situação do hospital, foi desenhada Linha do Tempo, representada no Apêndice B.

Os documentos foram essenciais para o preparo da mestranda e subsidiaram cada entrevista, segunda fase do estudo, desde a escolha dos participantes a serem entrevistados, à condução das perguntas.

4.1.2.3 Hipóteses do estudo

Por se tratar de estudo qualitativo, as hipóteses do estudo foram elaboradas durante a revisão da literatura e observadas na trajetória do trabalho, sendo elas:

1. Diante do fenômeno da pandemia causada por Covid-19, inúmeras mudanças organizacionais, do sistema de atendimento e de cuidados, ocorreriam visando otimização de recursos regionais.

2. Ocorreria transformação no ambiente o que impactaria diretamente nos processos de trabalho, na segurança e na promoção da saúde dos trabalhadores.

3. As respostas à pandemia causada por Covid-19 ampliariam a interface entre os trabalhadores e serviços, potencializando a aprendizagem coletiva.

4.1.2.4 Participantes

Os setores e participantes da pesquisa foram selecionados a partir da identificação, em documentos públicos (matérias e documentários institucionais e jornalísticos, publicações em redes sociais e reportagens em meios de comunicação de grande circulação regional) de envolvidos nos processos de tomadas de decisões, ligação com a proteção da saúde do trabalhador e também daqueles relacionados à vivência prática da pandemia.

Foram identificados integrantes do comitê hospitalar de resposta à pandemia, gerentes e representantes de serviços envolvidos em respostas de inovação técnica e organizacional à pandemia (infraestrutura de leitos e equipamentos, laboratório, comunicação, educação e treinamento, medidas de controle de infecção incluindo EPI), trabalhadores da saúde envolvidos na linha de frente da assistência e outros identificados como importantes no curso da pesquisa.

Os participantes identificados para as entrevistas, foram contatados

em janeiro de 2021 e convidados a participar das entrevistas, após apresentação da pesquisadora e do projeto de pesquisa, roteiro de entrevista e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Participaram da fase de entrevistas quinze trabalhadores da saúde entre médicos, enfermeiros e multiprofissionais da saúde, de dez setores distintos do hospital, respectivamente: 4 médicos, 2 enfermeiros, 1 técnico em enfermagem, 3 engenheiros, 1 jornalista, 1 relações públicas, 1 marketing, 1 cientista da computação, 1 farmacêutico.

Algumas características sociodemográficas dos participantes são apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1. Descrição dos participantes do estudo

		n	%
Idade	20 a 30	1	6,6
	31 a 35	4	26,4
	36 a 40	5	33
	41 a 45	3	19,8
	46 a 50	2	13,2
Gênero	Feminino	8	53
	Masculino	7	47
Função	Assistencial	6	40
	Apoio	9	60
Cargo	Técnico – operacional	6	40
	Gerente/Chefe Serviço/ Coordenador/Diretor	9	60
Titulação	Ensino Médio	1	6,6
	Graduação	5	33
	Pós-graduação	9	60

Fonte: material elaborado pela autora

Para preservar a identidade e identificação dos participantes foram denominados “P”, sendo aleatoriamente distribuídos entre “P1” a “P15”. Os nomes de pessoas citados nas entrevistas foram substituídos por nomes de flores. Os nomes de cidades citados foram substituídos por nomes de ilhas gregas.

4.1.2.5 Entrevistas

Os contatos e coletas de dados deram-se exclusivamente por meio digital: e-mails e *Whatsapp*, e telefone, sendo que as entrevistas foram realizadas por videochamadas, gravadas e transcritas na integralidade.

Foi utilizada a técnica de entrevista em profundidade semiestruturada com foco nas narrativas dos participantes. O roteiro de entrevistas (Apêndice C) foi construído de forma a abordar as mudanças no serviço relacionadas aos elementos do sistema de atividades do hospital: objeto, sujeitos, instrumentos, divisão de trabalho, regras e comunidade.

Assim, os dados coletados referem-se a: mudanças estruturais, de fluxos e processos de trabalho; inovações técnicas e organizacionais; participações em comitês e comissões; medidas de apoio e orientações prestadas pelo hospital; mudanças na comunicação, nas relações e interações humanas e sociais dos trabalhadores; impactos na saúde e medidas de prevenção adotadas para amenizá-los.

Foi valorizada a narrativa dos participantes ao descreverem a situações de trabalho e mudanças ocorridas, com a primeira pergunta do roteiro. Ao final, responderam sobre desafios futuros, aprendizagem, realização no trabalho no período de pandemia e práticas futuras que entendem ser essenciais para a melhora das práticas e políticas de prevenção à saúde do trabalhador da saúde.

A autora da pesquisa foi responsável por conduzir as doze entrevistas através da plataforma digital *Google Meet*, devido ao distanciamento social imposto pela pandemia, a fim de garantir a segurança

dos participantes e pesquisadores. Os professores orientador e coorientadores participaram, respectivamente, de três, uma e duas entrevistas.

Ao total foram realizadas doze entrevistas, sendo dez individuais e duas coletivas, sendo dados primários do estudo. As entrevistas coletivas foram propostas pelos próprios participantes de forma que as interações pudessem estimular a descrição das situações de mudanças no trabalho vividas no período de pandemia.

As entrevistas tiveram durações variadas, entre 48 minutos e 2 horas e 40 minutos, totalizando 20 horas 23 minutos e 24 segundos de entrevistas (Quadro 2). Duas das entrevistas foram realizadas em dois dias para que pudesse ser exaurido o roteiro de perguntas. Duas entrevistas foram realizadas em dias de folga dos participantes que estavam em local diverso do ambiente de trabalho.

Quadro 2 - Resumo dos dados audiovisuais e respectivas transcrições

Participantes	Duração das entrevistas	Quantidade de Palavras
P1	2h23m37s	17.222
P2	1h6m57s	6.856
P3	1h27m58s	8.925
P4	1h37m07s	12.739
P5	1h24m57s	10.444
P6	48m40s	5.329
P7	1h45m05s	14.233
P8	2h40m	22.927
P9	2h22m56s	18.804
P10		
P11		
P12 P13	1h53m37s	11.272

P14	1h21m23s	13.329
P15	1h31m07s	12.636
Total: .15 Participantes	Total: 20h23m24s	Total: 154.716

Fonte: material elaborado pela autora

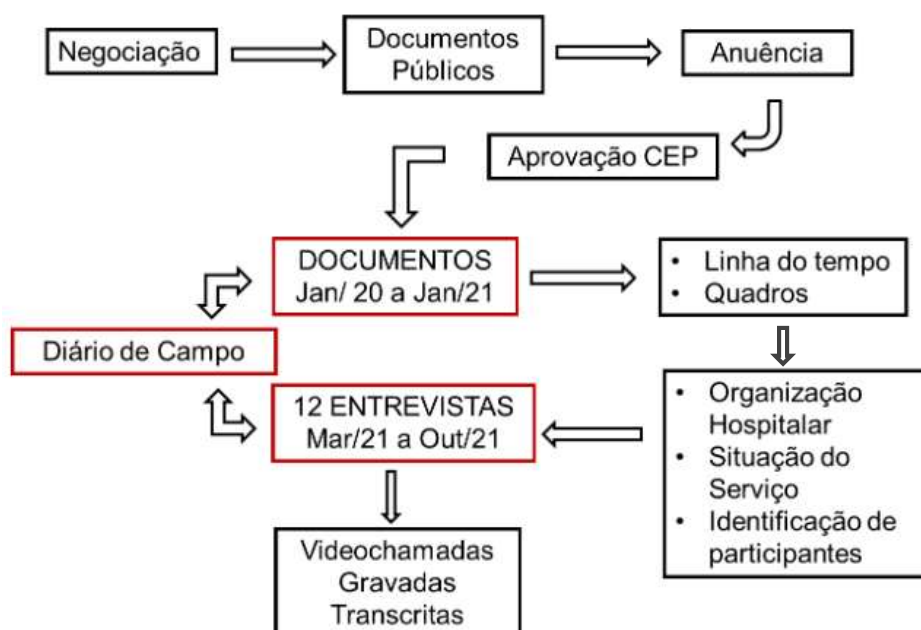
Cinco trabalhadores da saúde do hospital foram convidados a participar das entrevistas mas recusaram a participação. A principal justificativa foi a indisponibilidade de tempo para participar.

As entrevistas foram realizadas no período de março a outubro de 2021, devido à situação crítica do hospital ante a segunda onda da pandemia e colapso do sistema, o que acarretou dificuldade de contato com os participantes. A mestrandia foi responsável pelas transcrições.

A técnica da saturação foi utilizada para interromper a coleta de dados, uma vez que observou-se a repetição de conteúdo e atingiu-se o objetivo da pesquisadora.

A Figura 6 resume a fase de coleta de dados, fonte e instrumentos.

Figura 6 – Resumo: fonte, instrumentos e coleta de dados



Fonte: material elaborado pela autora

4.1.3 Análise dos dados

Os dados obtidos foram relacionados e analisados qualitativamente mediante a técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 2011), tendo como referencial teórico a teoria histórico-cultural da atividade.

Primeiramente, considerando o período de levantamento de dados e a cronologia das atividades desenvolvidas, e as fases convencional, contingência, crise (CDC, 2020), e pós-crise, as categorias foram organizadas em quatro fases:

- Preparação para a pandemia;
- Chegada da pandemia e sucesso da resposta planejada;
- A crise e seus impactos;
- Retomada do controle pós vacinação.

As entrevistas foram submetidas à técnica de análise de conteúdo, buscando identificar nos relatos dos participantes do estudo, os núcleos temáticos dentre as respostas do hospital à pandemia, ou seja as percepções dos entrevistados sobre as principais inovações, medidas de prevenção e de proteção da saúde do trabalhador, sentimentos e comportamentos vivenciados e aspectos de aprendizagem, no período estudado.

Desta forma, após leitura flutuante e exaustiva do conteúdo e seleção de temas, emergiram três categorias temáticas e duas subcategorias:

1. Principais inovações
2. Impactos na saúde e segurança
 - 2.1 Medidas de prevenção à Covid-19 e de proteção à saúde do trabalhador
 - 2.2 Emoções, sentimentos e comportamentos desafiadores
3. Aspectos de Aprendizagem

A primeira categoria “Principais inovações” demonstra, dentre as respostas, aquelas que levaram às inovações nas estruturas e nos processos da atividade hospitalar.

A segunda categoria “Impactos na saúde e segurança” é dividida em duas subcategorias:

“Medidas de prevenção à Covid-19 e de proteção à saúde do trabalhador” que apresenta as ações e estratégias utilizadas para impedir a contaminação dos trabalhadores e a infecção cruzada no hospital, bem como as medidas de apoio e suporte aos trabalhadores;

“Emoções, sentimentos e comportamentos desafiadores” que revela os sentimentos experimentados pelos trabalhadores e comportamentos desafiadores durante o período de pandemia estudado.

A terceira categoria “Aspectos de aprendizagem” revela os desafios e aprendizados dos participantes, de forma a compreender o aprendizado a partir do trabalho em ambiente coletivo: principais mudanças e transformações cujas construções exigiram colaborações e parcerias, e desafios futuros.

A linguagem, com importante papel no desenvolvimento cognitivo; formas de diálogo, que se referem a interações; e relações de convívio entre atores de diferentes origens sociais, foram analisadas a fim de compreender a estrutura sistêmica da atividade e as interações intra ou entre elementos do sistema.

Visou-se relacionar e operacionalizar os dados obtidos aos conceitos teóricos e à realidade vivenciada. Foram identificadas interações colaborativas entre os sujeitos no desenvolvimento do trabalho que possibilitam a aprendizagem e proporcionam o desenvolvimento humano.

Buscou-se identificar se houve alterações na forma de ver e entender o risco do contágio com o surgimento de uma doença como a Covid-19 e se passaram a ser abordadas as atividades até então abordadas de modo distinto no sistema hospitalar.

O Quadro 3 apresenta o desenho do estudo.

Quadro 3 – Desenho do estudo

Perguntas de pesquisa	Hipóteses	Objetivo Geral	Objetivos Específicos	Instrumentos de Coleta e Análise de dados	Resultados esperados
Quais as principais mudanças e ações praticadas em resposta à pandemia?	Diante do fenômeno da pandemia causada por Covid-19, inúmeras mudanças organizacionais, do sistema de atendimento e de cuidados, ocorreriam visando otimização de recursos regionais.	Compreender o desenvolvimento das estratégias e ações dos sistemas de atividades do hospital em relação à evolução das respostas à pandemia de Covid-19.	Mapear as mudanças históricas do hospital pesquisado no que se refere à organização de recursos em resposta às demandas da pandemia.	Análise de documentos e entrevistas Divisão em fases de acordo com a disponibilidade de recursos; e Análise de Conteúdo	Adaptações às variabilidades estimulando inovações tecnológicas na organização e fluxos de trabalho.
Como se deu a proteção e segurança do trabalhador na implementação das mudanças?	Ocorreria transformação no ambiente o que impactaria diretamente nos processos de trabalho, na segurança e na promoção da saúde dos trabalhadores		Analisar implicações de saúde e segurança do trabalho decorrentes das principais medidas adotadas		Criação e adaptação de medidas de prevenção ao contágio da Covid-19 e de proteção à saúde do trabalhador
Quais foram os principais desafios de aprendizagem nos processos de respostas à pandemia?	As respostas à pandemia causada por Covid-19 ampliariam a interface entre os trabalhadores e serviços, potencializando a aprendizagem coletiva.		Analisar a geração de respostas como oportunidade de aprendizagem	Entrevistas Análise de Conteúdo	Aprendizagem transformativa e coletiva a partir das práticas de trabalho interativas e colaborativas.

Fonte: material elaborado pela autora

4.2 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Unesp – Faculdade de Medicina de Botucatu e aprovado conforme parecer consubstanciado nº 4.400.510, CAAE 39436320.3.0000.5411, em 16 de novembro de 2020, visando assegurar condições éticas e responsáveis do participante, bem como manter o sigilo e evitar quaisquer prejuízos ao mesmo, de acordo com Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Para a autorização da pesquisa foram fornecidos Termos de Anuência da superintendência e setores de potencial participação.

Os participantes foram orientados quanto aos aspectos éticos e à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D).

A pesquisa realizou-se com financiamento próprio.

Esta dissertação de mestrado buscou explorar as mudanças realizadas no sistema hospitalar para garantir o cuidado de qualidade aos pacientes e minimizar os impactos à saúde dos trabalhadores, durante o período estudado.

5 RESULTADOS

A doença Covid-19 tem consequências multissistêmicas, ainda em estudo, sendo oferecidas a ela, respostas em tempo real, de acordo com a demanda no serviço.

Os dados coletados revelaram mudanças de grande dimensão na estrutura, políticas, fluxos e processos do complexo hospitalar, assim como interações entre os setores e interinstitucionais.

Os relatos em profundidade colhidos nas entrevistas permitiram identificar os desafios enfrentados pelos trabalhadores, as ações e estratégias implementadas para responder à pandemia e minimizar os impactos na saúde dos trabalhadores, a expansão das atividades desenvolvidas e as vivências dos participantes, havendo potencial para aprendizagem.

A pandemia é caracterizada por chegada e transmissão em “ondas”. As mudanças no hospital ocorreram nas fases convencional, contingência, crise e pós-crise, de acordo com a disponibilidade dos recursos, sendo identificadas inovações e medidas de sucesso em resposta à pandemia.

Os resultados da pesquisa são apresentados nesta seção organizados por fases em seções binárias e por categorias e subcategorias temáticas em seções terciárias e quaternárias, respectivamente, conforme a Figura 7.

Figura 7 – Árvore de fases, categorias e subcategorias



Fonte: material elaborado pela autora

Citações de trechos das entrevistas estão retratadas no texto a fim de exemplificar as respostas dadas pelo hospital universitário à pandemia de Covid-19 e ocorrências neste período. Foi realizada descrição das citações com breves considerações.

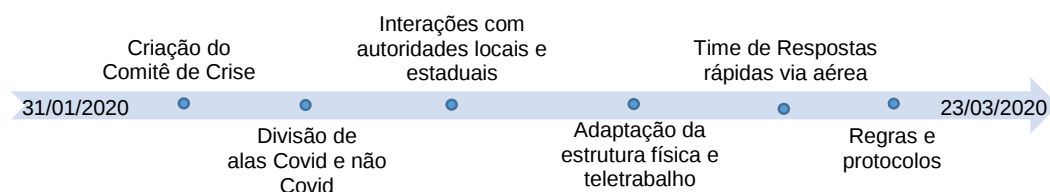
A discussão dos resultados será realizada após a apresentação dos resultados, na próxima seção primária.

5.1 PREPARAÇÃO PARA A PANDEMIA

Esta fase compreende o período entre 31 de janeiro até 23 de março de 2020. As respostas à pandemia começaram a ser preparadas após a notícia do vírus SARS-CoV-2 que se aproximava e antes da chegada do primeiro caso de paciente acometido de Covid-19, no hospital universitário. O planejamento inicial foi efetivo e possibilitou respostas adequadas nesse momento e durante a segunda fase, sendo uma resposta contingencial.

A Figura 8 apresenta Linha do Tempo com algumas das principais inovações, impactos na saúde e segurança e aspectos de aprendizagem desta fase.

Figura 8 - Linha do Tempo da fase “preparação para a pandemia”



Fonte: material elaborado pela autora

5.1.1 Principais inovações

Inicialmente, para as tomadas de decisões relacionadas à pandemia, foi criado um Comitê de Crise da Covid-19 formado por grupo de gestores, de forma a tomar as decisões urgentes, e alinhar as iniciativas, tanto no âmbito interno, tanto quanto às comunicações à comunidade e relações com autoridades municipais, regionais e estaduais.

As primeiras decisões foram amparadas em expectativas de acordo com modelos matemáticos de previsão do comportamento da disseminação do novo coronavírus.

(...) tivemos uma reunião presencial na superintendência com o Drº Lírio que é infectologista, o Drº Cravo, a Rosa, eu a Drª Orquídea, que também é infecto (...) para ter um conhecimento, “olha a Covid tá chegando, e aí, como que vai funcionar, como que vocês pensam que vai ser a demanda?” (...) ele tem um contato com uma pessoa (...) que faz modelos matemáticos, então o que nós tínhamos de experiência, nós eu digo o mundo, né, de experiência em relação à Covid, naquela época, era o que tava acontecendo na China e começou a vir para outros países, então eles fizeram uma previsão de comportamento, da disseminação do vírus utilizando modelos matemáticos, (...) primeiras reuniões (...) discutir sobre como isso ia chegar, quando isso ia chegar, e o que nós faríamos, mas, não houve decisão ainda de mudança(...) Na segunda comissão (...) formada mesmo por uma equipe multi e aí nós envolvemos toda a parte da assistência (...) foi para fazer essa mudança de procedimentos internos, e aí mudar rotina. (P9)

Identificou-se que o Comitê foi constituído por representantes dos setores: Superintendência, Gerência médica, Gerência de enfermagem,

Infectologia, Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS), Moléstias Infecciosas, Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Gerenciamento de leitos, Pronto-socorro, Clínica médica, Comunicação e SESMT, gerando interações e colaborações para a tomada de decisões.

O referido Comitê apesar de não formalizado, teve suas atividades desenvolvidas centralizando as decisões iniciais e no decorrer dos meses acabou sendo dissolvido em Comissões, sendo que as decisões passaram a ser descentralizadas, porém ainda coletivas, envolvendo setores diretamente relacionados com as demandas e respostas necessárias, com consultas específicas aos membros, sendo a interação e cooperação na tomada de decisões conjuntas identificadas como um aprendizado.

O serviço hospitalar começou a ser voltado prioritariamente para a pandemia que era anunciada.

Inicialmente foi feito um grupo aqui no Hospital, muito interessante, um grupo de Contingências da pandemia (...) Eram discutidas questões com diretores de várias áreas, Gerência médica, várias áreas, (...) SESMT, para avaliar o que fazer, muito interessante, então a gente tinha reuniões (...) semanais e periódicas. Só que com o tempo, isso acabou sendo parado. Mas acho que a grande questão que impactou, é que a gente ficou totalmente voltado para a pandemia. (P1)

Foi criado no começo, (...) a infectologia já avisava (...) que ia chegar uma pandemia (...) Na China tem um vírus novo que a hora que chegar aqui vai dar problema (...) Chegou, tá lá em São Paulo. O que nós vamos fazer? Aí começou a se falar sobre a pandemia e criou-se esse grupo (...) Se chegasse o que vamos fazer? Aí chegou, tá aumentando, tá aumentando (...) foi uma coisa que foi agregando mais profissionais dependendo da demanda e se mantém até hoje. (P8)

Esse comitê, então, desde o início teve esse comitê grande, o SESMT participou desde o começo para essas tomadas de decisões, então antes de ter o primeiro caso (...) cada um apontava a sua área (...) Ele foi acabando (...) tinha enfermagem, tinha os médicos, a gerente médica, a gerente de enfermagem, superintendente, tinha também assistência, infectologia, (...) foi uma forma de regulação bacana só, que com o passar do tempo foi se distanciando, distanciando, e as informações importantes acabaram sendo perdidas no meio disso (...) Como pararam de ter estas reuniões com frequência, foram resolvendo direto com a CCIRAS e foi ficando complicado, mas foi até um choque assim

da infectologia e da superintendência, alguns atritos, acho que foi bem contribuidor. (P1)

No começo a gente tinha uma comissão que tinha (...) o pessoal do SESMT, tinha o pessoal da MI, o pessoal da diretoria de assistência, supervisão de enfermagem. (...) lá decidindo coisas no começo (...) Mas depois com o tempo foi mais se dissolvendo, e se ramificando também (...) Que daí cada uma já sabia mais ou menos o que fazer, já tá dividido quem faz tal coisa, quem libera isolamento, quem... Então, não tem mais essas reuniões desse comitê, né. (P6)

Os principais players foram aqui dentro do Hospital: a supervisão, algumas gerências da supervisão, gerência de assistência, a gerência de recursos humanos. Tivemos a questão da participação da infectologia, (...), comissão de controle de infecção relacionada à saúde, pessoal da clínica médica, (...), e os responsáveis pela UTI (...). Esses foram sempre os que tiveram à frente... chefia do pronto-socorro, do PSR (...) são fundamentais, né? Porque são nossa porta de entrada. Pessoal também de chefia de enfermagem que é fundamental, então tudo isso se reuniu em âmbito do Hospital, nunca de forma oficial, mas foi sempre consultado, fizemos dezenas de reuniões (P5)

Tinha o comitê de crise, depois esse comitê ainda foi dividido em vários comitês, comitês mais voltados à assistência, comitês mais voltados à organização e a evitar a transmissão hospitalar, certo? E aí depois a gente nem conta quantos comitês a gente ouviu, porque depois teve o comitê relacionado a alunos, a funcionários para ajudar o home office, organizar o home office tanto no hospital quanto na faculdade, depois os comitês foram se multiplicando, né? Mas sempre teve um comitê de crise. (P4)

Dentre as decisões do Comitê, foram citadas as de criação e ampliação de leitos de UTI e deixar os pacientes em leitos isolados e não mais no salão, o que impactou diretamente na proteção e redução de contaminação da equipe, identificada como decisão acertada.

Esse grupo inicialmente ele foi utilizado para tomar essas decisões de ampliação, de criação de leitos de UTI e tinha também o pessoal da terapia intensiva (...) tomada destas decisões administrativas, (...) deixar os pacientes em leito isolado e não no salão por exemplo, como foi em outros lugares, foi esse grupo orientado pela Infecto, (...) acho que foi uma decisão muito acertada em termos de redução de contaminação de equipe (...) isso realmente foi muito acertado. (P7)

O planejamento das ações e respostas à pandemia foram sendo definidas e estruturadas, em conjunto, conforme a evolução e situação da

doença e demanda do hospital, não havendo protocolo específico ou plano pré-existente para situação de pandemia. Os gestores que compuseram o Comitê de crise eram consultados para tomadas de decisões internas e a nível do município.

Um documento específico para a Covid, não. Mas foi se estruturando conversas entre os setores, conforme foi aparecendo a necessidade. Mas aqui no hospital não teve, acho que não teve algo específico para a Covid (...) Plano de ação foi o que nós fomos bolando aí em conjunto com outros setores. (P2)

Não houve realmente, né, nem em nível do Hospital e nem nível municipal a criação de algo oficial (...) convocações da chefia, por exemplo, a supervisão aqui no Hospital ou mesmo do prefeito em que nós fazíamos reuniões deliberativas, consultivos, mas no caráter de consulta mas nunca foi criado um comitê oficial, com(...) indicação formal. (P5)

Nas primeiras reuniões foram discutidas estratégias de comunicação sobre o vírus, sua transmissibilidade, perigo, prevenção e novos fluxos do hospital.

Formamos um grupo para fazer os primeiros levantamentos, as primeiras possibilidades de alteração para começar a receber os pacientes que eram relacionados à Covid 19(...) Fomos discutindo as estratégias de comunicação (...) nos organizamos com a comunicação interna para informar os profissionais da saúde e ao mesmo tempo com a comunicação externa para informar a sociedade como um todo. Então como o Hospital tem profissionais com competência técnica muito diferenciada, conseguimos, (...) informações desses profissionais para alertar a população e a sociedade geral. (...) fizemos várias campanhas para informar o perigo, sobre formas de prevenção, enfim... E sobre as novas formas de atendimento do Hospital, que acho que foi o próximo passo. (P9)

O Time de respostas rápidas via aérea foi uma inovação no serviço hospitalar que surgiu com a pandemia. O Time de respostas rápidas que era constituído de equipe especializada, expandiu suas atividades e juntamente com a área de anestesiologia passou a atuar em todas as intubações realizadas no hospital para pacientes Covid. Com isso havia qualidade no serviço e diminuía os riscos de disseminação da infecção

durante as intubações. A experiência e técnicas utilizadas como a ligação em respirador com filtro HEPA possibilitaram a eficiência das intubações.

O time de respostas rápidas era acionado pelos diversos setores que cuidavam de pacientes Covid, o que permite identificar interdependência e grande interação entre eles quanto às intubações que foram realizadas.

Criado um time de via aérea, que que é isso? Que é para intubação desses pacientes com Covid. (...) eles intubavam praticamente todos os pacientes Covid aqui do hospital. Foram intubados por eles por ter uma experiência maior, por ter na verdade... a intubação desses pacientes já entubava direto com a ligação... então entubava e já ligava no respirador que é o que é recomendado para não gerar aerossol, então tinha todo um cuidado em relação a tentar não contaminar. (...) Foi uma preocupação muito grande da equipe, essa questão da contaminação dos profissionais da Saúde, então com isso a gente tentou minimizar um pouco aí pra pessoas não treinadas não entubassem esses pacientes, então a princípio era esse time realmente que fazia a intubação, tá. (...) time de resposta rápida, esse time junto com anestesia montou esse time de via aérea aí que era quem fazia essas intubações. (P7)

A Instituição hoje tem um time, que a gente fala que é Time de Resposta Rápida, que é uma equipe médica que a Instituição montou, que são médicos já, (...) eles têm um ramal que a gente aciona que é o 6555, você aciona a equipe, é assim em Instituições grandes, você aciona, eles vão falar "time de resposta rápida" e você tem dois códigos – o código vermelho que o paciente tá parado, a equipe vai subir correndo, ele tem no máximo cinco minutos pra chegar; e o código amarelo eles têm quinze minutos pra chegar. (...) mas todas as intubações de Covid quem intuba é só o time, a outra equipe, qualquer equipe, da clínica, da MI ou da cirurgia, eles não intubam. Todos os pacientes da Covid quem intuba é só o time, eles são experientes, tem experiência, já tinham estudado, tiveram cursos pra tá fazendo a intubação (...). Enquanto tiver Covid são só eles que intubam. (P14)

O time de respostas rápidas também era responsável por estabelecer a ordem de prioridade de atendimentos.

Toda vez que chega um caso pra mim eu passo para uma equipe médica, que é o time de resposta rápida do hospital, nós temos um sistema de regulação que eu pego essa fichas, todos os exames e vou colocando lá, solicitação de Covid de Miconos, solicitação de Covid do pronto socorro de Santorini, aí ele fala pra mim a ordem de prioridades (...) vejo o espaço físico, (...) vou trabalhando com a necessidade da primeira prioridade (...) Geralmente o paciente prioridade ele precisa de diálise, ele

precisa de um monte de coisa, vou adaptar um espaço físico pra receber ele. (P8)

O regime de Teletrabalho foi medida implementada desde o início da pandemia para alguns setores visando diminuir a transmissão do vírus.

Logo no início, nós ficamos um tempo em Teletrabalho, e agora a gente está, acho que há duas semanas, em Teletrabalho, mas não integral como foi na primeira vez, (...) reduzir o número de pessoas aqui no local e reduzir a possibilidade de transmissão do vírus aqui e isso foi aplicado nas áreas aqui do hospital como um todo, que não são assistenciais e que poderiam fazer esse home office. (P9)

Ninguém sabia muito bem como lidar e nessa questão do Teletrabalho (...) começou a sobrecarregar demais o hospital, então a diretoria achou melhor acabar com o Teletrabalho, todo mundo voltar, funcionários da assistência, funcionários administrativos, pra gente tentar equilibrar o hospital (P12)

Telemedicina e a Telessaúde, a gente teve que procurar um aplicativo, uma tecnologia que fosse fácil de utilizar, que fosse leve de fazer uma instalação no computador, num celular, para que as pessoas pudessem utilizar, (...) que fosse de fácil implantação e trouxesse uma autonomia para pessoas utilizarem. (P13)

5.1.2 Impactos na saúde e segurança

5.1.2.1 Medidas de prevenção à Covid-19 e de proteção à saúde do trabalhador

A aproximação da pandemia no Brasil, em janeiro do ano de 2020, despertou preocupação com o vírus SARS-CoV-2, no hospital, e motivou início do planejamento de recursos, como a reorganização de fluxos e criação de áreas exclusivas para pacientes com sintomas da Covid-19, de forma a proporcionar atendimento de qualidade, sendo que concomitantemente, houve mobilização para cuidados da saúde dos trabalhadores do complexo hospitalar.

Ano de tomada de decisão frente a uma emergência, como se você tivesse chegando com um exército... na verdade recebendo ataque de um exército inimigo e inesperado, foi basicamente

isso, uma figura de linguagem que eu costumo usar, então nós fomos chamados né, muito cedo para começar a dar respostas (P5)

A primeira preocupação foi com a organização estrutural do pronto-socorro que recebia os pacientes no hospital e a divisão que deveria ocorrer para separar os pacientes com Covid.

A gente teve um tempo maior para se preparar para a pandemia tá, por que? (...) Quando começaram a surgir as notícias das infecções ou da pandemia, principalmente em São Paulo a gente começou a se preparar, (...) porque a gente recebia esses pacientes lá no socorro e o pronto-socorro ele não estava estruturado para receber esses pacientes com Covid, nem os com Covid leve... porque a porta de entrada para os pacientes não Covid e Covid eram a mesma, tá (...) Que a primeira coisa foi essa organização estrutural aí do PS para receber esses pacientes, eu acho que ela foi importante. (P7)

Quanto aos trabalhadores da saúde, destaca-se a preocupação com o tipo de máscaras a serem usadas em cada setor, considerando a área, tipo de atividade desenvolvida e grau de risco de exposição para posterior definição das medidas de prevenção e equipamentos de proteção individual (EPI).

Começou com a expectativa da vinda, né e já começamos a pensar qual tipo de respirador que deveria ser utilizado em cada setor. Então acho que essa foi a principal mudança do serviço. Nós tivemos que fazer uma visualização geral de todos os funcionários, todas as áreas e as atividades que eles desempenhavam, pra indicar qual seria o grau de risco que esse profissional estaria exposto e qual seria então, as medidas de proteção e equipamento de proteção individual, principalmente em relação à área de enfermarias. (P2)

No mês de fevereiro do ano de 2020 começaram as implementações de medidas organizacionais de respostas à pandemia, de forma que o hospital estivesse apto para receber os primeiros pacientes acometidos de Covid-19, de modo que pudessem ser isolados, de acordo com normas técnicas emitidas por Órgãos Superiores, respeitando medidas de prevenção de contaminação hospitalar.

Nós soubemos da Covid-19 muito cedo, (...) já no início de janeiro nós já sabíamos que havia uma doença extremamente contagiosa e potencialmente letal na China e nós vivemos a entrada e invasão da Europa, Itália, Espanha e França pela Covid-19 em fevereiro. Esse foi o momento que a gente começou a se organizar(...) Os primeiros casos aqui foram entre o final de março e começo de abril e nós já tínhamos nos preparado... de 2020, e nós já tínhamos nos preparado para fazer o atendimento em isolamentos corretos, já tínhamos treinado a equipe da infectologia pelo menos e já tínhamos uma série de normas que tinham emergido, não só daqui, mas também da Anvisa, da própria Organização Mundial como fazer as proteções contra transmissão para profissionais e a transmissão também para outros pacientes, então uma transmissão dentro do hospital. (P4)

Dentre as mudanças ambientais, houve a criação de ambulatório especial para funcionários assintomáticos, transformação da parte clínica em área Covid e adaptação do pronto socorro para separar atendimentos de pacientes suspeitos Covid dos não Covid.

Quando começa né, em fevereiro a ter um susto imenso na Europa, com a Itália e depois da Espanha como epicentro, aí nós começamos a trabalhar aqui, chamando a diretoria, também a diretoria foi convocada, né, em reuniões da Secretaria do Estado da Saúde para preparação e com isso nós preparamos um tipo de isolamento que teria que ser feito, para onde iriam os primeiros pacientes que eram os leves para infectologia, depois trabalhamos com pronto-socorro como é que seria a recepção dos pacientes graves, né, então tudo isso foi trabalhado, foi trabalhado num momento e revisto continuamente esse trabalho inicial (...) inclusive à medida que a doença começava a aparecer com mais pressão, então tinha as entradas, aí a gente montou um ambulatório Covid aqui para os funcionários e para comunidade do Hospital.(P4)

O ambulatório especial foi organizado de forma a minimizar a exposição dos trabalhadores ao risco da infecção e possibilidade de atendimento aos que fossem contaminados.

Houve uma coalizão de diversos players, diversos setores dentro do Hospital e também fora, (...) no final de fevereiro a gente já conversou com a supervisão, uma demanda em conjunto, né, começamos a discutir e criamos um ambulatório de Covid (...) Seria necessário criar um ambiente adequado para receber pacientes que têm essa suspeita clínica e foi importantíssimo a gente ter feito isso, porque quando chegou os primeiros casos suspeitos a gente já tinha uma estrutura pronta para recebê-los,

então é necessário toda uma questão de local adequado, onde não haja circulação de outras pessoas, a questão ser um ambiente de... consultórios que permitam fácil limpeza, a questão de EPIs para os profissionais que vão atender esse paciente, não só fazer a consulta mas também coleta do exame confirmatório, que uma coleta de swab que expõe muito o profissional de saúde e nós fomos criando essa resposta, o Hospital foi sempre muito solícito nas nossas orientações técnicas e a gente criou esse ambulatório que fica no 6º andar, (...) e também começamos já a pensar no recebimento dos pacientes. (P5)

Foi necessária mobilização de pessoal para reorganizar os atendimentos já agendados, sendo a ajuda de estudantes residentes de medicina veterinária, que receberam treinamento e foram integrados ao serviço.

Montar um ambulatório especial para os funcionários que estariam assintomáticos. Então o NIR⁵ assumiu essa função porque precisava de um serviço 24h que conseguisse atender esse telefone e falar, agendar. O NIR assumiu essa função, aí a veterinária que estava com os atendimentos fechados nessa época mandou todos os residentes deles para ajudar, porque era uma demanda muito grande, (...) cinquenta e sete residentes (...) pra poder ajudar a atender telefone, agendar, checar sintomas gripais (...) A gente capacitou (P8)

Houve reestruturação das enfermarias que foram transformadas em emergências e áreas Covid, sendo constituídos isolamentos respiratórios, ao mesmo tempo que houve reestruturação do pronto-socorro.

E as enfermarias, teve várias enfermarias que foi a MI, a neurologia, convênios, a urologia e o transplante, são as enfermarias que viraram Covid, (P14)

Os pacientes suspeitos eram transportados por trabalhadores devidamente paramentados, o que demonstra preocupação com a segurança do trabalhador.

A gente teve o primeiro ano que começou em março a pandemia, a gente começou toda aquela correria, porque foi muito rápido (...) chegou muito rápido em São Paulo o vírus, e desceu muito rápido para o interior. Daí a gente ficou naquela correria, monta

⁵ NIR – Núcleo Interno de Regulação de Vagas

enfermaria, faz enfermaria (...) Daí a gente esperou o surto, né? Daí passou a metade do ano. (P14)

Nós tivemos que criar uma enfermaria respiratória, onde a gente cuidava desses pacientes menos graves mas que precisavam de suporte de oxigênio, às vezes eles estavam razoavelmente graves e a criação dessa enfermaria foi junto com a estruturação do PS, então que ficou sobre nossa responsabilidade essa enfermaria respiratória. E ao mesmo tempo os pacientes poderiam ser internados na MI. (P7)

A gente mudou, então uma das enfermarias que a gente tinha de retaguarda, a gente transformou ela na emergência comum (...) já era uma enfermaria, mas ela tinha uma distribuição em forma de salão, (...) desmanchou uma enfermaria que tinham 9 leitos e criou 9 leitos de emergência onde por exemplo pode estar às vezes 16, 17 pessoas em macas, e do lado onde tinha essa estrutura que eram duas salas maiores e dois isolamentos virou tudo isolamento respiratório (...)então paciente com Covid suspeita entravam por aí, as pessoas que transportavam, eles transportavam paramentado, a gente já recebia esses pacientes paramentado e hoje é essa estrutura que a gente tem ali. (P7)

Para controle da disseminação do vírus e prevenção do contágio intra-hospitalar tanto pela segurança do paciente, quanto pela segurança do trabalhador (evitar a infecção cruzada), de forma a prestar atendimento de qualidade, o hospital foi dividido em alas Covid e não Covid. A divisão no início foi positiva e permitiu controle da disseminação.

Como foi uma coisa inesperada, a gente precisou adaptar (...) Nós dividimos primeiramente, logo lá no começo da pandemia, o hospital em duas partes, pensando em não cruzar a infecção, então nós pegamos toda a parte clínica do hospital e transformamos em área Covid, porque os quartos eram de dois ou no máximo de quatro, aí eu perderia menos leitos e conseguiria ofertar mais vagas e a parte cirúrgica do hospital que os quartos eram de cinco não tinham banheiros, (...)perdi muitos leitos, né, porque eu ponho um paciente num quarto de quatro eu perco três vagas, e aí no começo a gente conseguiu segurar bem, a quantidade de casos era pouco. (P8)

Destaca-se divisão de elevadores, sinalizações de equipamentos como por exemplo barreira de acrílico em aparelho de exames de oftalmologia, equipamentos de tomografia e Raio X.

Essa parte de divisão interna, isso ficou bem certo, sim. É do

hospital, né, Covid e não Covid – até elevador. Paciente suspeito ou confirmado de Covid, sobe, desce, vai pra exame, e o outro pra uso geral. É tudo sinalizado. Sinalização de equipamento, por exemplo, de oftalmologia, colocação de acrílico, né, de barreira, então isso foi feito, com o SESMT. (...) Sim, isso sim, mas na definição, por exemplo tomografia, essa sala vai ficar só pra Covid (...) não participou. (...) não participou dessa decisão de divisão geográfica, não. (P3)

Por exemplo setor de tomografia, a gente tem duas salas, uma que atende só paciente Covid e uma só paciente não Covid. Raio x tem duas salas, uma que só atende paciente Covid que vem de pronto socorro, as demais não. (P3)

Também em relação à utilização, né, quais os equipamentos utilizados na área, por exemplo de raio X, eles também atendiam pacientes com Covid. Nessa situação, nós aumentamos a quantidade de proteção dos trabalhadores, que deveria ter, estavam só utilizando a máscara, teve uma mudança total, né, de usar a viseira, usar avental e além disso, instituiu-se então um equipamento próprio, um deles ficou reservado para atendimento de casos Covid, e outro equipamento, é que são equipamentos de uso comum, geral, um deles ficou pro geral e um deles para casos Covid ou suspeita de Covid. (P2)

A divisão interna permitiu também retirar os trabalhadores dos grupos de risco das alas de maior risco de contágio, após avaliação dos funcionários.

O hospital foi dividido, né, fisicamente, tinha que atender os pacientes Covid, e também nos setores a gente tinha que retirar os grupos de risco, (...) foi feita uma avaliação desses funcionários, isso aconteceu num fim de semana, teve um grande número, né, teve uma mobilização muito grande da equipe do SESMT, da medicina do trabalho, da segurança do trabalho para ligar para todo mundo, pra isso acontecer, essa avaliação acontecer. Aconteceu no sábado e domingo, então foi o primeiro momento de auxílio a eles. (P3)

5.1.2.2 Emoções, sentimentos e comportamentos desafiadores

Sintomas de ansiedade, estresse e preocupação foram exaltados pelos trabalhadores.

No começo tudo foi muito difícil, porque todo mundo tava muito, muito ansioso, então tudo era muito estressante. (P6)

As pessoas estavam muito, muito preocupadas, muito estressadas. Hoje a gente tem o cansaço, mas no começo

quando surge algo diferente assim, as pessoas ficam estressadas, apavoradas, digamos assim. Então, tudo é mais complicado. No momento em que você fala para as enfermeiras que não é mais a gente que vai lá, entra no quarto do paciente e faz o exame nele, então já é complicado. (P6)

Os entrevistados revelaram o contexto de polarização no período de início da pandemia, com negacionismo e propagações de *fake news*, que foi superado pelas ações do hospital.

Neste período não havia unidade das orientações dos órgãos governamentais.

Foi muito difícil, acho que foi a parte mais difícil, porque, primeiro começavam a inventar que tinha casos positivos no Hospital quando não tinha, aí a gente soltava boletim dizendo que o Hospital não confirmou nenhum caso de Covid dentro do hospital dentro de tantos dias, aí começaram a vir os casos positivos, aí a gente não sabia para que lado corria, porque precisava alinhar com a prefeitura, precisava, podia divulgar, não podia, a orientação da Secretaria do Estado era que a gente não deveria divulgar nada, a prefeitura daqui entra a guerra política. (P11)

Essa polarização que está hoje, a questão política na saúde, é muito político, né, ou você é direita, ou esquerda, essa polarização na política, coisa horrorosa. (P12)

Foi destacada também a preocupação com os familiares e consequentemente a mudança nos hábitos.

Preocupação que a gente tem é com os familiares, né? (...) é do grupo de risco. Ele tem três fatores de risco, então minha preocupação é muito grande com ele (...) a gente muda as coisas dentro de casa, pra dar conta de dificultar, não passar nada pro outro. Práticas que a gente já sabe daqui, que a gente ensina em casa que já estão mais familiarizados com isso. (P3)

5.1.3 Aspectos de aprendizagem

Além do Comitê interno, foram intensificadas as relações institucionais do hospital. Foram citadas relações com a Faculdade de Medicina, Prefeitura Municipal, Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, Unimed, Instituto Adolfo Lutz, Grupo de Vigilância Epidemiológica

(GVE), Municípios da região, Comitê de Contingência da Covid do Estado de São Paulo e Organização Panamericana de Saúde.

Logo no começo a gente já criou uma comissão aqui no hospital, então tinha a gente, pessoal da MI, da superintendência, (...) parte também do município que é o prefeito, secretário de saúde, eu, Dr. Cravo, Dr. Narciso pela Unimed, o Lírio, que é para as medidas de contenção no município. (P6)

Comitê de contingência de Covid (...)do Estado de São Paulo (...) reunião também na Organização Panamericana de Saúde na sede de Brasília. (P4)

A gente já tinha, lógico, a gente já tinha bastante interação por conta de todas as outras doenças, mas agora, a interação é absurda, né, porque é praticamente tudo o que a gente tem no hospital é isso. Então a interação é muito, muito maior, né, do que era antes. (...) a gente já conversava várias vezes por dia, mas isso aumentou muito porque tem outras coisas, (...) a gente faz essa interface com os municípios também. (P6)

O período foi considerado de grande interação e interface com outros órgãos extra-hospitalares para estabelecer fluxos dos exames para identificação da Infecção, medidas de contenção no município/ funcionamento de algumas atividades econômicas, gestão de leitos, incluindo estruturação dos municípios da região para leitos de UTIs e vacinação.

Porque todos os exames que vão daqui do Hospital para o Adolfo Lutz quem cadastra, quem faz essa solicitação, quem conversa com o Lutz, quem recebe a resposta, o resultado, é a gente. Então, até que o hospital se preparasse para fazer o exame, era a gente que colhia, que colocava, mesmo depois, era a gente que colocava no sistema, alimentada o sistema. Tinha os resultados. (P6)

Em relação ao município aconteceu praticamente a mesma coisa, estava sempre presente lá o Prefeito, o secretário de saúde, (...) o Lírio, o pessoal da Unimed sempre presente, diretor da Unimed, e o secretário de administração pública, isso sempre, a gente ia tomando as decisões em relação, por exemplo, ao funcionamento de algumas atividades econômicas, em relação a gestões que a prefeitura podia fazer para aumentar o número de leitos de UTI aqui no Hospital, pra dar o tom da pandemia. (P5)

Uma vez por mês a gente comprova a ocupação, a taxa da ocupação para a Secretaria do Estado, então a gente tem que ir lá gravar um vídeo de todos os pacientes, leitos ocupados,

mandar para eles porque eles pedem e essa é uma ação aqui da nossa gerência (...) então nós vamos lá, fazemos esse vídeo, mandamos para eles e conforme for entra até na coletiva do Governador. O último vídeo que a gente fez eles transmitiram falando que dos hospitais que estavam com superlotação, o nosso foi um dos citados, então assim a nossa rotina aqui mudou bastante, porque ela virou em torno do Covid. (P11)

Tem um envolvimento do superintendente com a prefeitura daqui né, tinha um comitê também lá deles que ia o diretor do CCIRAS, (...) todas as ações que envolvia o Hospital acabavam tendo outro momento com eles lá (...) interface ele e o secretário de saúde (...) o tempo inteiro a gente tem esse contato (...) eles contrataram leitos na Unimed daqui e para mandar pacientes quando eu via que a situação estava muito gritante, a gente sempre tem de priorizar o leito do SUS e depois a gente estava onerando a prefeitura também cada vez que ia um paciente pra lá. (P8)

Parceria com a prefeitura para fazer essa divulgação e foi montada uma tabela diária onde a gente colocava o número de pacientes positivos, suspeitos, óbitos, altas e um total de pacientes internados. (P11)

Sobre a doença foram direcionadas informações e orientações à comunidade, em 2020, por meio de matérias multidisciplinares sobre impactos da Covid-19, de forma a conscientizar sobre sua gravidade, o que foi reforçado com vídeos gravados com os trabalhadores de linha de frente.

Foi uma série de 6 ou 7 matérias semanais em que toda semana a gente divulgava uma matéria sobre os as consequências do Covid-19 e o meio ambiente, quesito da água, dos resíduos, então foi também essas pautas que é, pode enxertar o Covid-19 em todas as esferas, quesito meio ambiente, quesito nutricional, entre outras, um serviço de utilidade pública também para as pessoas. (P10)

Vídeos com mais caráter emocional, mais conscientização sobre a Covid 19, através do e-mail institucional a gente fez uma convocação, um convite, melhor dizendo para os colaboradores do complexo para que eles pudessem estar presentes, lógico, cumprindo todos os protocolos sanitários possíveis, distanciamento, uso de máscaras o tempo inteiro para a gravação desse vídeo, para chamar a atenção das pessoas, para que as pessoas tomassem consciência que a guerra contra a Covid não acabou ainda, pelo contrário. (P10)

As informações sobre novos fluxos de trabalho e iniciativas do hospital, como regime de Teletrabalho e novos procedimentos, foram

direcionadas aos trabalhadores por meio de e-mail institucional, quadros de aviso e redes: de televisão e sociais.

O reconhecimento dos trabalhadores foi realizado também pelas redes sociais de forma a motivar as atuações, sendo destacado o trabalho em equipe.

Comunicação interna para os funcionários, para os servidores, temos uns três mil, três mil e quinhentos servidores e de vários vínculos, nós temos vínculos autarquias, vínculos universidade, além das empresas terceirizadas, então a função da comunicação interna é ter esse fluxo de informação chegando para todo mundo, (...) e-mail institucional, (...) quadros de aviso, a TV corporativa, TV do Hospital, que estamos mobilizando. (P10)

No começo aumentou um pouco por conta dos comunicados sobre (...) teletrabalho, (...), novos procedimentos no hospital aumentou um pouco, aumentou um pouco depois deu uma estabilizada esses comunicados, os vídeos também comunicamos pelo Hospital comunica, pelo link do Youtube (...) no facebook, no instagram. (P10)

Algumas iniciativas internas com reconhecimento dos servidores, a gente faz um projeto, colocamos as fotos no facebook, o site e outros projetos correlatos, e também sempre em equipe uma ajudando a outra a fazer o trabalho da forma mais perfeita possível, para também, além do nosso nome, da gerência, poder ajudar os pacientes que é o fim último, né? O trabalho de todos nós e poder trazer aos pacientes, trazer à sociedade as informações do hospital como um todo. (P10)

5.2 CHEGADA DA PANDEMIA E SUCESSO DA RESPOSTA PLANEJADA

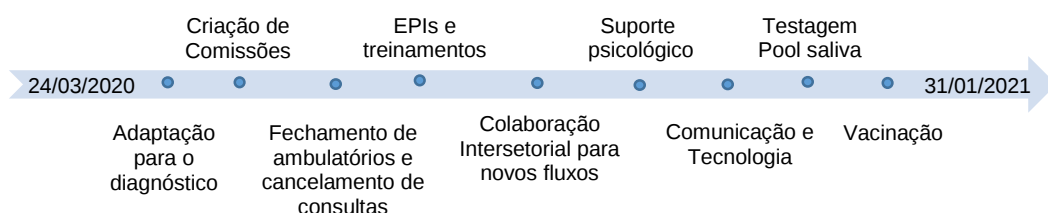
Esta fase compreende o período entre 24 de março de 2020 a 31 de janeiro de 2021. Iniciou-se a partir da confirmação do primeiro caso de paciente acometido por Covid-19 no hospital estudado, dos primeiros óbitos suspeitos e aumento das internações de casos de Covid-19. Caracterizou-se por sucesso pois respondeu às necessidades das demandas da pandemia, sendo uma fase contingencial.

Todavia, embora a literatura alertasse sobre a possibilidade de novas

cepas da doença e novas ondas, no final do ano de 2020, antes do início da vacinação, iniciou-se desativação de recursos, uma vez que os números sugeriam queda de casos, sendo um erro de avaliação que acarretou na terceira fase.

A Figura 9 apresenta a Linha do Tempo com algumas das principais inovações, impactos na saúde e segurança e aspectos de aprendizagem desta fase.

Figura 9. Linha do Tempo da fase “chegada da pandemia e sucesso da resposta planejada”



Fonte: Material elaborado pela autora

5.2.1 Principais inovações

A parceria do hospital universitário com a Faculdade de Medicina possibilitou adaptações para o diagnóstico da Covid-19. O laboratório de biologia molecular foi habilitado a realizar os testes e confirmar os casos de contaminados suspeitos, sem que precisassem ser enviados ao Adolfo Lutz.

Essa inovação para os diagnósticos da nova doença foi essencial para o serviço, pois permitia reconhecer os infectados de forma mais célere e possibilitava os monitoramentos e ações necessárias com mais efetividade.

A Faculdade de Medicina doou um dinheiro enorme que era reserva técnica de 2020, reserva técnica de projeto de pesquisa, de todas as pesquisas. Isso foi acordado para ampliação do laboratório de biologia molecular. Então olha que bonito,

Faculdade de Medicina, todos os departamentos liberaram a reserva técnica das pesquisas, dinheiro de outras pesquisas para que fosse investido na ampliação do laboratório de biologia molecular para fazer o exame RT-PCR. (...) Todo paciente sintomático faz PCR, gratuito, aqui (...) então isso é uma situação de excelência porque o RT-PCR é a testagem Golden Standard, em paciente sintomático, isso nos permite reconhecer quem é ou não infectado. (P5)

O hospital tem muita coisa bacana que é feita aqui, por exemplo, nosso laboratório agora tá sequenciando possíveis novas variantes aqui, então eles estão fazendo esse trabalho. (P11)

Ainda no primeiro ano da pandemia, foram instituídas diversas comissões para tratar de temas específicos, além do comitê de crise, sendo que as decisões quanto às respostas à pandemia passaram a ser descentralizadas e de acordo com o objetivo de cada setor ou grupo de setores envolvidos diretamente nas questões, e para que fossem tomadas de forma mais rápida.

As comissões possibilitaram interlocução e colaboração no trabalho de resposta à pandemia.

Tem um representante da assistência que geralmente é a gerente de enfermagem e a diretora de assistência (...) departamento de apoio, (...), um representante da UTI que é geralmente a coordenadora ou gerente de lá, (...) superintendente do hospital, a CCIRAS do hospital, quando envolve funcionários o SESMT, o RH, (...) tem um grupo de diretores do hospital, então a maioria das decisões são tomadas por esta diretoria. (...) mas, às vezes, acaba fazendo grupo menores, (...) pessoas que são chaves assim, geralmente que conseguem tocar algumas mudanças mais rapidamente e convoca, então ele convoca “quero a diretoria e diretor de apoio” e aí acaba decidindo. (P8)

Os atores principais foram esses mesmos, o pronto-socorro, as unidades de terapia intensiva, equipes de unidade terapia intensiva, o controle de infecção hospitalar, o SESMT e as enfermarias, o serviço de clínica médica e infectologia, né, esses foram os principais atores nessa resposta. (P4)

Pedia isoladamente, eu conversava com a minha equipe e a gente acertava isso de modo isolado. (P7)

Dentre elas, cita-se:

Comissão de EPIs, que foi responsável pela distribuição dos EPIs.

Na verdade essa comissão, embora o nome era EPIs, ela tinha a função de distribuição (...) quem vai fazer a distribuição são eles. E foi muito bacana, eu passei para a Jasmin que era a presidente quais eram os parâmetros e a gente teve um contato muito bom. (...) A gente criou um fluxo muito legal, alinhou. Mas aí, vejo como uma decisão administrativa, já criar a comissão, já ter toda essa distribuição, porque se a gente não tivesse tido essa conversa, talvez pudesse começar a criar rivalidades, a gente toma ações autônomas. (P1)

Grupo Coalisão

Aí foi criado esse grupo coalisão pra gente tomar decisões rápidas, às vezes, das questões da Covid. (...) Todo mundo que estava nesse grupo tinha alguma função de tá no poder de decisão, um poder de voto sobre determinada situação. “Vamos começar isolar os elevadores” (...) a segurança fala, “eu tenho a faixa, né, eu vou colocar a faixa amanhã (...) providencio o isolamento”, (...) então era um grupo de tomada de decisão, de decisões rápidas que não davam pra esperar uma reunião com todo mundo. Então a gente acabava agilizando algumas decisões. (P8)

O trabalho desenvolvido no hospital quanto aos novos protocolos, acabou servindo como base de protocolo de atendimentos de referências estadual e nacional, o que pode ser definido como uma inovação de sucesso.

Os próprios protocolos de atendimento que nós criamos, os protocolos técnicos científicos acabaram sendo base dos guidelines de tratamento do CREMESP e da Associação Médica Brasileira, então nosso documento, que a gente vai aprimorando, (...) serviu de base como protocolo de atendimento de referência estadual e de referência nacional da MB. (P5)

A preocupação com a segurança, infecção cruzada e prevenção do contágio dos trabalhadores da saúde resultou no desenvolvimento de questionário de sintomas para os trabalhadores e posteriormente os testes por meio de pool de saliva.

O questionário sobre sintomas era realizado por meio digital de acesso dos trabalhadores, e quando eram sinalizados sintomas, os trabalhadores eram afastados do serviço e encaminhados para realizar o exame de swab, fluxo que envolvia mais de um setor do hospital.

Acontece ainda todos os dias, quando nós chegamos para

trabalhar, antes de entrar no sistema, nós temos de preencher esse formulário, é bem rápido esse formulário, se possui sintomas ou não tenho nenhum sintoma agora. (P8)

A questão do questionário Covid, do questionário que é feito a todos os pacientes... todos os profissionais de saúde que trabalham diariamente aqui, foi um aplicativo que a gente desenvolveu e que também serviu de molde para outras instituições. (P5)

Aí toda vez que tinha um, com o mínimo de sintomas, a gente entrava em contato, afastava do trabalho aquele funcionário, junto com o SESMT, e ele ia para o ambulatório coletar o swab, né, para identificar se tinha Covid ou não. (P8)

Não sei se o questionário teve uma boa adesão pra falar a verdade, tá. No começo teve, foi algo assim bem importante porque existia um certo medo das pessoas com relação aos sintomas. Depois disso, isso foi, esse medo foi sendo caçado, vamos dizer assim, porque é uma coisa que acontece na saúde do trabalhador, o medo funciona só um tempinho (risos), Aí não existia mais essa procura direta pelo funcionário. Antigamente a pessoa já entrava no sistema e já respondia o questionário e pronto. Agora acho que não estão mais respondendo esse questionário. (P2)

Então, na verdade quando começou o pool, porque teve a reunião do pool antes e aí começou o pool e o aplicativo para teste. Mas, de forma geral, os funcionários vêm preenchendo, mas, se ele tá com sintomas, ele não preenche e isso é uma questão, né, porque eu recebo um e-mail quando eu preencho, só que a assistência eles não usam e-mail (...), então acaba não preenchendo e essa foi uma falha que a gente teve nisso e outra falha é quando a pessoa coloca que está com sintomas, mas acaba trabalhando, “ah vou esperar o pessoal me ligar”, e aí teve falha aí, a gente já teve uns (...) dois ou três casos. (P1)

O teste pool de saliva foi identificado como inovação, inclusive para registro de patente, sendo que para sua aplicação foram mobilizados mais de um setor do hospital, que passaram a ter novas interações e definiram novos fluxos em conjunto. Este teste era realizado tanto entre os trabalhadores, quanto em pacientes assintomáticos que chegavam no hospital.

Foi estabelecido o Pool, então é um teste rápido que é feito de maneira preventiva. (...) Cada setor tem sua época de coletar esse teste de saliva e dependendo do setor (...) cada semana, esse setor é mensal, esse setor é a cada 15 dias (...) e aí o funcionário vai lá e colhe e aí no sentido de dar positivo a

resposta do laboratório (...) Pro SESMT e o SESMT tem que comunicar o funcionário que está positivo, então ele deve testar o Swab pra confirmação, já que o pool não é um teste validado, (...) Avisamos a chefia e deixamos já o funcionário afastado, então é um trabalho de prevenção (...) pra não entrar em contato com outros funcionários. Isso foi algo bem importante, um fluxo bem legal que foi estabelecido em conjunto com o laboratório de biologia (...) A testagem é algo que está sendo feito bem certinho. É um trabalho de prevenção bem bonito que nós estamos fazendo no hospital. (P2)

Projeto do pool (...) o funcionário testa, o resultado sai no mesmo dia, sai à noite, e aí eu ligo da minha casa para o funcionário, ligo no NIR antes, agendo para o dia seguinte para coletar o swab, e ligo para o funcionário para comunicar e já fazer uma comunicação prévia, quem estava exposto, se ficou sem máscara, com quem almoçou, se teve sintomas, então o que a gente avalia basicamente é dia de sintoma, e quem que ficou exposto, né, paciente, geralmente funcionário, né e aí a gente já avisa a chefia e vai monitorando assim à noite. (P1)

Uma das inovações que nós tivemos foi o pool de saliva, então em relação à testagem de assintomático a gente teve esse desenvolvimento de coleta de exames de monitoramento dos profissionais de saúde através da coleta semanal do pool de saliva que é uma forma de você utilizar e não fazer PCR em todo mundo, então essa foi uma inovação tecnológica importante. (P5)

Então são testes, são iniciativas que dão orgulho na gente, que não é todo mundo que tem, né. Eu tenho colegas da área que estão em outras cidades, e tipo não tem isso né, não tem esse controle. (...) Hoje você faz o teste de pool saliva. Tem um cuidado, uma gestão de tudo muito importante. Uma coisa que é um diferencial daqui, né, no hospital (P3)

Com uma triagem correta de casos sintomáticos, que aí todos os pacientes que entraram no pronto-socorro passaram a ter um questionamento sobre sintomas gripais, além de colher saliva. Os profissionais de saúde periodicamente colhiam a saliva também, e com isso nós conseguimos impedir surtos hospitalares em 2020 que eu considero que foi um sucesso imenso em 2020. (P4)

Eu acho que o teste de saliva, eu acho que ele foi um diferencial principalmente para os pacientes que chegavam assintomáticos. Os pacientes que internavam assintomáticos eles eram testados, fazia esse pool de saliva e vários pacientes foram identificados como tendo Covid, estando assintomáticos eles estariam internados aqui no meio das outras pessoas, então essa identificação precoce desses pacientes, o isolamento desses pacientes quando era identificado, que a gente isolava todo mundo basicamente que tava no quarto, então isso demandou leito do hospital, mas eu acho que isso fez com que a nossa transmissão interna fosse pequena. (P7)

O pool de saliva (...) temos um certificado de inovação social, é (...) como uma patente de inovação social, (...) sobre essa técnica, então todos os trabalhos foram feitos em conjunto. (P4)

Com relação à prevenção de impactos na saúde emocional, o hospital implementou mudanças, sendo oferecidos suportes psicológicos aos trabalhadores, assim como práticas integrativas, como homeopatia, auriculoterapia e acupuntura, ante a fragilidade e vulnerabilidade existentes no momento de pandemia.

No início da pandemia, foi disponibilizado um serviço de psicologia pra quem quisesse, estivesse, sentisse fragilizado emocionalmente e o que eu, a gente percebe é que isso mexeu com todos, né. Nós, embora a gente não esteja trabalhando na linha de frente com a mão no vírus, mas a gente tem tido um envolvimento muito grande, muito mesmo, então eu acho que este aspecto emocional é uma coisa assim bem relevante. (P9)

Sempre teve o serviço de psicologia aberto, lugares de escuta e fala, pessoas foram remanejadas, isso foi bastante adequado. (P5)

Eles implantaram, sim (...) Fica dependendo dos funcionários que quiserem, a gente tem um apoio psicológico se a gente quiser marcar para gente ficar... conversar com psicólogo, até eu tive muito acompanhamento sobre isso, conversava muito. E acupuntura, esses meios eles fazem. Daí depende do funcionário, se o funcionário quiser, você pode marcar no seu horário de trabalho, você disponibiliza um horarinho e você tem sim, mas aí depende de cada um, né, eu tive muito apoio mesmo. (P15)

Aí a gente começou a fazer as práticas integrativas. Acupuntura, a barra de acesso, e aí a barra de acesso interrompeu na pandemia e a acupuntura continuou (...) manter alguns casos de acupuntura, mas fazer auriculoterapia na áreas Covid. Então vai lá, entra na sala da enfermagem e faz a aurículo, pra ansiedade, (...) conseguimos uma parceria com uma homeopata, que também é médica da área do trabalho. Então a gente pega esses profissionais da área Covid, com indicação da chefia, por atestados, e aí se tem interesse em fazer a homeopatia e passa com essa médica (...) o resultado tem sido bem bacana e o pessoal tem gostado muito, tem essa questão importante. (P1)

São as práticas integrativas. Então o pessoal vai pros setores, então tem a equipe que vai, faz a auriculoterapia neles no setor, então casos pontuais que a equipe identifica traz pra conversar. Tem a questão de funcionários que acabam perdendo, né, que, o marido faleceu, o filho faleceu, então são situações difíceis de

lidar, pra isso a gente acaba contando com alguns profissionais. (...) uma médica homeopata aqui do hospital, da faculdade, ela atende então alguns casos. (...) trazer algumas chefias pra esse atendimento (...) interface com a assistente social do RH também, em determinadas situações dá um suporte aos funcionários. Mas acho que a principal preocupação gira em torno dos funcionários mesmo, porque a gente visualiza a equipe muito cansada. (P3)

Então essa mudança da parte psicológica, teve bastante gente da nossa equipe que foi afetado, os funcionários, bastante ficou mesmo traumatizado pelos familiares, mas o Hospital disponibilizou uma equipe de psicólogos para nós (...) antes era por telefone (...) tinha uma psicóloga de plantão que ela conversava com você. (...) a gente tá sofrendo e a gente não tem nenhum apoio, né, não é porque a gente é da área da saúde que a gente não sofre, e principalmente das mortes, né, que a gente começou a ver muitas pessoas jovens, saudáveis, chegar bem e de repente, serem intubadas e a gente saber que não voltava mais. (P14)

Eles disponibilizaram um apoio psicológico pra todos aqui no hospital, que quem precisasse poderia procurar e tava todo mundo disponível para conversar, para orientar (...) Todos os setores nos deram muito apoio e principalmente o serviço colocou à disposição, né, a psicologia, o atendimento, a prioridade à saúde mental pra gente foi muito útil. (P11)

Pra eles se sentirem valorizados também e identificarem a importância que eles tinham dentro do hospital, que as mídias sempre falavam, né, os heróis, os heróis... os heróis são os médicos, né? Não, porque muita gente ali que tá combatendo, tem muita gente lutando e se não trabalhar adequadamente não adianta só o trabalho do médico. (P8)

A educação e a necessidade de conscientização dos trabalhadores e da comunidade levou o hospital a organizar ações visando a divulgação de informações confiáveis, baseadas na ciência.

Centenas de eventos educativos, não só para os profissionais de saúde, mas para a população em geral, participou de entrevista, (...) é fundamental a gente colaborar com a imprensa e na verdade a imprensa colaborar com a gente porque numa época de tanta fake news e pseudociência, se não fosse os grandes canais de mídia, que na minha opinião, nessa pandemia se comportaram muito bem, nossa situação seria muito pior. (P5)

Foram desenvolvidos protocolos e projetos que tomaram dimensões internacionais.

A gente tá fazendo dezenas de guidelines, publicando junto com o grupos de medicina baseada em evidência, o Lírio criou um laboratório enorme de bio informática aqui, os dados são processados colaborando com todo mundo (...) temos a condição ideal pra fazer estudos desse tipo, temos pessoas do mais alto gabarito para produzir o projeto, para tocar o projeto, então eu acho que esse projeto da efetividade da vacina (...) mostrou, (...) como essa união como foi até representativa nesse estudo, prefeitura, Secretaria Municipal de Saúde, Faculdade de Medicina, Hospital, pessoal da Organização Social da Saúde, isso em âmbito local, (...) Ministério da Saúde que apoiou também, se não fosse isso nada teria acontecido, né.(P5)

Foram implementadas ações de humanização tanto para pacientes internados em enfermarias, como em UTIs, o que também motivou os trabalhadores. Destacam-se as fotos dos trabalhadores nos crachás para que fossem reconhecidos mesmo paramentados, as visitas virtuais, boletins médicos virtuais, objetivo do paciente e as cartas que eram enviadas pelos familiares e entregues aos pacientes.

Esse projeto da humanização que a gente tem é maravilhoso e me sinto realizado trabalhando nele, e vemos o sorriso nas pessoas que estão no leito e muitas vezes é a última vez que vai ver a família dela, ela vai ser entubada e sei lá o que pode acontecer depois de ser entubada, né? Então fazer parte desse projeto é uma coisa que me realiza profissionalmente e pessoalmente. (...) A gente viu durante a pandemia e até mesmo para a gente se adaptar, ter os equipamentos, webcam, computador em casa. (P13)

Implantou o objetivo do paciente (...), ela coloca a foto do paciente, se ele é casado, qual é o hobby, qual música, a religião, às vezes a gente até coloca uma musiquinha para ouvir, por mais que esteja entubado, mas, a gente tenta fazer com a rotina que era do paciente, então é uma coisa muito legal que é implantado dentro da UTI, que é recente. (P15)

É uma inclusão digital, ela faz transmissão de procedimentos médicos, ela, tem dois projetos muito importantes que estão sendo estruturados e crescendo cada vez mais que é de acolhimento, humanização nas UTI's e enfermarias Covid e que são as visitas virtuais e boletins médicos virtuais e hoje em dia a gente já está bastante, a gente está na verdade se inserindo cada vez mais no teleatendimento. (P13)

Desenvolveu um crachá com a foto deles grande, como eles são sem aquela toda paramentação, bem grande, deles assim no dia a dia para que o paciente tenha essa visão de que eles são

peessoas, aí também não são aqueles astronautas, que estão ali na frente e a cartinha. No começo tinha muita cartinha (...) chegava o acompanhante e queria falar alguma coisa (...) foram várias cartinhas que nós lemos pros pacientes, cartinhas emocionantes, na verdade a gente chorou várias vezes. (...) era emocionante eles falando que tá tudo bem, que estamos esperando você, né, a gente também já tava cansado, já tava angustiado de ver, passar por esse momento com eles e ver a alegria deles, a gente também se emocionava bastante. (P8)

Uma coisa legal que você lembrou... que eu falo que eu me emociono muito todas as vezes sabe, a gente tem uma foto, cada um dos técnicos tem uma foto (...), a gente coloca no avental num plastiquinho para não ter contaminação e para o paciente saber como a gente é, porque o paciente na verdade aí ele não conseguia ver a face da gente com máscara, com Face Shield, então pra eles todos eram iguais. (P15)

A tecnologia foi essencial para as novas atividades como as visitas virtuais e também aulas à distância, videoconferências, teleatendimento, teletrabalho, sendo uma atividade que foi expandida no período da pandemia.

Ninguém nasceu sabendo usar o Google Meet (...) uma videoconferência, então chovia gente (...) da diretoria, da superintendência do hospital, do médico que tá lá na ponta, precisando de ajuda pra conectar uma aula, fazer entrevista, tentar um contato com um paciente que não poderia vir aqui por causa da pandemia, enfim né, diversas, foi um momento muito difícil. (P12)

Aí que eu aprendi com as tecnologias (...) foi uma inovação, um stress danado porque a gente não estava acostumado a lidar, apresentar tudo, nós temos uma imersão todo final de ano onde os diretores tem que apresentar todas as atividades e planejamentos pro outro ano e sempre que foi presencial, todos os diretores tem que apresentar sobre suas áreas e aí ano passado foi tudo on line. (P8)

Questão do Teletrabalho também foi algo importante no nosso setor, teve várias modificações e tivemos que nos ajustar aí devido à pandemia, agora se encerrou, mas foi algo teve que se pensar a respeito das ferramentas, e muita coisa foi utilizada através do ambiente virtual, né? Inclusive, reuniões. (P2)

Para que fosse possível o uso da tecnologia, recorreu-se às doações, pela falta de recursos financeiros do hospital para implementar serviços como visitas virtuais, que necessitavam de *tablet*.

No começo ninguém se importou muito, deu muita credibilidade pra gente, mas a Dra. Calêndula estava com a gente e deu maior força, sentou com o Ipê, “vamos fazer, a gente precisa que fazer, vamos chamar de visita virtual”, enfim, e a gente não tinha tablet, (...) fazer a conexão família - paciente, então a gente saiu pedindo pros empresários da cidade, a gente foi atrás de doação para ganhar tablet, dinheiro, o que quisessem dar pra gente a gente tava aceitando, né (risos), então foi isso. Da necessidade, da dificuldade de recursos financeiros tecnológicos, dinheiro pra comprar uma internet, né, enfim, um chip, tudo isso pra gente né, coisas tão simples e tão difícil, né, de estar em um serviço público, que dificuldade, mas está dando certo, né. (P12)

Tem várias abordagens, tanto que desde o acolhimento inicial, que faz essa preparação, que pergunta se ele quer participar ou não e tem até um velório on line que eles fazem, não sei se posso chamar assim, se estou menosprezando de alguma forma, mas eles fazem a preparação do luto, a cerimônia para que vejam por última vez, imagina a tristeza de enterrar e não ver. E ali eles fazem, eles têm as crenças deles, as orações, né, então, se despedem do familiar, para você ver, é um tablet, um tablet com internet, mas essas multidisciplinaridade que você falou no começo é gigante, toda essa rede amarrada à tecnologia é uma ferramenta que potencializa todo esse conhecimento, toda essa experiência. (P13)

A gente já atingiu outras cidades do complexo, cidades de outros estados e outros países, Japão, Itália, Irlanda, EUA, vários outros países, familiares que não conseguiriam vir nem se não tivesse o Covid, eles conseguiram ver o familiar deles, isso traz também, é importante, então acho legal a gente abrir nossa mente e ver essas possibilidades para esses problemas não só a visita, o boletim, o tele atendimento, você poder acolher, orientar e atender os pacientes na casa deles. (P13)

Foi instituído também o portal de transparência Covid de forma a prestar informações verdadeiras e também prestar contas das receitas, despesas e empenho, que envolveu diversos setores do hospital.

Isso, exatamente, além do relatório de atividades, que já é também um ponto de transparência, porque nesse relatório também já estão as atividades, a captação de recursos, todos os dias (...) Atualizo o portal de transparência no sistema feito pela informática e parceria com o controle interno com outros setores financeiros envolvidos, eu atualizo as informações nesse sistema e desse sistema vai para página portal da transparência, transparência Covid que tem (...) três pontos: despesa, receita e empenho (...)chega a mais de 400 notas divulgadas desde o começo da pandemia, então esse é o trabalho da transparência e da informação e mais importante dentro de fake news nossa missão é mostrar às pessoas essa informação. (P10)

5.2.2 Impactos na saúde e segurança

5.2.2.1 Medidas de prevenção à Covid-19 e de proteção à saúde do trabalhador

A reestruturação do serviço para atendimento específico da Covid impôs limites a diversos atendimentos regulares. Além dos próprios pacientes evitarem consultas e tratamentos por medo de comparecerem ao hospital, diante da reestruturação do serviço, foi necessário fechamento de ambulatorios e cancelamento de cerca de trinta mil consultas. Para esses cancelamentos houve mobilização e apoio de todas as áreas do hospital, incluindo residentes do curso de veterinária da faculdade parceira e materiais da faculdade de medicina.

Para os novos atendimentos, houve colaboração de profissionais especializados em outras áreas, o que no primeiro ano teve resultado positivo, evitando-se o colapso do serviço.

Nós começamos deixar de atender muitas vezes pacientes que precisava, não Covid. A oferta pra eles diminuiu, aí nós vimos a necessidade também de fechar o nosso ambulatório porque era o nosso principal fornecedor pro pronto socorro (...) Primeiramente fechamos tudo, cancelamos todas as consultas, foram mais de trinta mil consultas canceladas e não tínhamos um sistema próprio que pudesse avisar todos de uma vez, nós tivemos que contar com o apoio do hospital inteiro, profissionais de todas as áreas, emprestamos telefone da faculdade de medicina para conseguir ligar para estes trinta mil pacientes pra cancelar, então foi um período muito, assim tumultuoso, mas assim, todos os profissionais tinham energia ainda no começo da pandemia, todo mundo: “ah, só por um período, vamos tentar, vamos se unir”. (P8)

A gente entende também o pessoal da cirurgia, vai cancelar todas as eletivas, não tem jeito gente, teve momento em que o centro cirúrgico abrigou UTI, teve dois ou três dias que algumas salas cirúrgicas foram UTI, de paciente Covid, porque era o que tinha né, mas houve uma compreensão muito grande e isso continua. (P5)

O primeiro pico foi quando o vírus original circulou com mais força entre maio e junho até setembro... de maio a setembro foi o pico que não nos deu colapso, nos deu só muita sobrecarga de trabalho, mas a gente conseguiu reorganizar. O Hospital teve

que parar as atividades de rotina e os residentes e médicos contratados que faziam outros atendimentos, por exemplo, o pessoal da psiquiatria, da cirurgia plástica, basicamente todo mundo foi escalado num esquema de rodízio para ajudar a infectologia e também a clínica médica que ficou responsável pelo atendimento ambulatorial de enfermaria e de UTIs. Então nessa primeira onda de 2020 foi pesado, mas não nos causou o colapso, nós conseguimos vencê-la, e em setembro, outubro começou a diminuir, tivemos um grande esvaziamento. (P5)

O perfil dos pacientes com Covid-19 exigiu do hospital mudanças ambientais ante a falta de estrutura física para receber os pacientes que necessitavam de isolamento e não havia quartos individuais suficientes.

Ademais, os princípios do SUS foram respeitados para a alocação dos pacientes nos leitos disponíveis de forma a garantir o atendimento a todos, respeitada a prioridade aos mais graves.

Tentar garantir que o mais grave venha e não o menos grave, tentar fazer toda essa articulação e assim, pensando também, né, na política do SUS que a gente tem de atender é um direito de todos, e a gente tem de atender todo mundo porque a gente é referência, então não era fácil, com a pandemia ficou um pouco pior, né, porque foi uma coisa inesperada. A gente não tinha estrutura física para receber estes pacientes porque é um paciente em isolamento e nosso hospital quando ele foi construído ele não foi pensado em quartos individuais para os pacientes, ele foi pensado numa maneira que o espaço físico fosse colocado o máximo de pacientes possíveis, porém quartos de enfermaria com cinco pacientes que teriam de ter acomodações de cinco, acomodação de quatro e aí eu não tenho, não tinha essa estrutura para trabalhar com paciente Covid. (P8)

Houve relevante preocupação com o distanciamento, por ser medida de prevenção do contágio, sendo realizada uma série de demarcações com sinalizações e barreiras para que fossem respeitadas.

As medidas foram: barreiras como fitas, isopor, máscaras, álcool, proibição de reunião em copinhas e de aglomeração em refeitórios, uso de balcão para impor distanciamento, ventilação adequada com janelas que não causasse riscos, vidros nas portas de madeira para permitir a monitoração dos pacientes.

A gente conversou com a segurança para aquela distância de um metro, né, e aí a segurança foi colocando, e a gente foi avaliando: “olha aqui a gente precisa que coloque também uma barreira”, a gente foi andando: “olha aqui também coloca uma fita”, “coloca um isopor”, então a gente foi fazendo isso meio que olhando os locais que pode chegar paciente e fazendo dessa forma. (P1)

Aqui dentro mesmo, aqui dentro, sempre a gente teve a parceria do SESMT, a segurança do trabalho, todo apoio, não só pra gente, mas pro complexo inteiro, o que podia e não podia fazer. No começo, o pessoal, o SESMT demarcou o hospital inteiro, área de segurança, enfim, foi aqui dentro mesmo, a gente teve todo apoio do hospital. (P12)

A nossa rotina, está, né, normal, assim, tirando essas preocupações de máscara, álcool, não aglomerar, a gente tem uma copinha aqui no departamento, antes a gente tomava café junto, acabou. É um que vai na cozinha, sabe, não tem até conversa, é cada um no seu canto, mas as nossas rotinas continuam as mesmas. (P12)

Por exemplo, na questão de não pode ter aglomeração, mas aí nos refeitórios, da gente olhar e fazer ali uma redução, uma separação, um distanciamento, isso demorou um pouco, tanto no refeitório dos funcionários que fica no uso servidor, quanto no refeitório aqui da cozinha, onde os médicos, né, eles fazem as refeições, teve um certo atraso nisso também, isso já foi em junho. (P3)

O problema é que aquela sala em especial era uma sala muito quente, não tem uma ventilação adequada, não tem um sistema de ar condicionado, mas tem janela, só que a janela dá diretamente pra fora e ali transitam pessoas e tal, então o SESMT foi envolvido nessa questão, por exemplo, para que avaliasse o risco da doença, e se poderiam deixar a janela aberta nesse caso. Foi feito então um isolamento do lado de fora, na calçada, né, para pessoas evitassem, e concluiu-se que poderia ficar aberta ali a janela. (P2)

Então a gente pegou um balcão e colocamos placa para manter o distanciamento, colocamos placa então todo mundo que chega para ali, chama, então tudo que a gente podia fazer... Aí a porta, todo mundo pega, abre, aí falei não, vamos deixar a porta aberta, assim ninguém fica colocando a mão, deixa a porta escancarada, enfim. (P12)

Distanciamento na cozinha, porque cozinha é um local que todo mundo se reunia, era aquele momento... Então revezamento, (...) no máximo dois na cozinha, então foi bem assim a gente teve de retomar coisas que já era da nossa rotina na graduação, mas que já tava meio que esquecida durante a rotina. (P8)

As portas, o que a gente cobrou muito, mas é o que te falei, tudo é demorado, (...) Levou quase que um ano e meio pra fazer, os

pacientes ficam muito graves, em isolamento, então eles não estavam conseguindo ir pra UTI, eles estavam ficando (...) nas enfermarias, as portas de madeira a gente pediu pra cortar e fazer um vidro, porque a gente não tinha isso. Então você não tem como abrir a porta e olhar, porque a gente não tem antessala (...) nas enfermarias não, a porta já dá pro corredor, então se eu abrir a porta, já dá pro corredor, é onde está passando gente, então ali eu posso ter o perigo da contaminação. (...) daí esse ano eles fizeram, eles cortaram as portas e fizeram janelinhas, vidrinho. Então você chegava na porta, não precisava abrir a porta, olha pelo vidro, vejo o paciente lá dentro, se ele está bem ou não. Eu não preciso a todo momento utilizar todo o material de EPI pra entrar olhar o paciente e sair (...)Então isso foi uma mudança nessas enfermarias. (P14)

Eu acho que só o afastamento mesmo, né, nas recepções, nós tivemos que retirar as cadeiras aonde os pacientes sentavam, tivemos que colocar uma faixa pra eles serem atendidos, distanciamento de um metro e antes a gente era mais próximos dos pacientes hoje nós somos mais distantes acho que é isso de uma maneira geral. (P8)

Em uma sala ficam duas pessoas, no máximo três. Então tem esse distanciamento, todo mundo de máscara. Não almoça junto. Antes a gente almoçava junto, fazia lanchinho. Isso a gente não faz mais (...) faz toda a paramentação, faz tudo direitinho, né, ou quando, a gente recebe paciente aqui, a gente criou um ambulatório novo de reação adversa, que eu atendo aí dentro do ambulatório Covid ou porque tem alguns que são suspeita de Covid, mas daí lá é mais tranquilo, porque aí a gente se paramenta tudo direitinho e acho bem seguro assim. (P6)

Quanto aos trabalhadores, foram adotadas medidas para dividir equipes de forma a preservar os grupos de risco: idosos, gestantes e portadores de comorbidades.

Uma das medidas foi a implantação do *home office*, para exercício através do teletrabalho. Quanto às gestantes, houve afastamento das áreas de risco e posteriormente afastamento do serviço.

Para tanto, inicialmente foi realizada a classificação de áreas de risco, sendo as primeiras identificadas área de coleta de swab e tomografia.

Saíram algumas normativas, saiu acho que próximo de junho, uma da área da saúde, uma nota técnica explicando melhor, e aí a gente teve que os profissionais da saúde de grupo de risco não trabalhariam nas áreas de alto risco da Covid, que fala: quando não for possível fazer home office, não trabalhar. E aí a gente classificou com a área técnica quais eram as áreas de alto risco de Covid: onde atende pacientes suspeitos ou confirmados

Covid, e além disso os locais onde o pessoal vai fazer exame no sexto andar do ambulatório e vai lá coletar o Swab, então é trabalho de alto risco, tomografia é área de alto risco, área de exame. (P1)

O fluxo de afastamento dos grupos de risco foi conflituoso, pois a falta de determinações legais exigiu que o serviço tomasse as medidas conforme a necessidade, averiguando dia de início de afastamento e retorno às atividades presenciais conforme possibilidade e minimização de riscos, de acordo com a evolução do conhecimento da doença. Assim como, que o serviço realizasse treinamentos aos trabalhadores que mudassem de área.

Tá indicado como grupo de risco, vou indicar para o teletrabalho(...) e aí esses profissionais foram afastados e gerou uma confusão, por não sabia por exemplo: “foi sábado, domingo eu trabalho, venho ou não venho”, e aí isso foi confuso, né, domingo você não conseguia falar com as pessoas, e aí a gente optou por não vir, e isso gerou bastante confusão. E aí depois disso o pessoal começou a afastar, esse grupo de risco, e aí a administração decidiu por bem que esse pessoal retomasse e aí depois as gestantes também afastaram e depois voltaram, aí um processo confuso. (P1)

As enfermeiras (...) foram direcionadas principalmente para o hospital estadual, (...) pacientes de cuidados paliativos acho que foram pro estadual, aí as gestantes foram pro hospital estadual também, tinha serviço ambulatorial lá, então elas foram pra lá. Hoje não, hoje elas saíram mesmo, estão em casa. (P3)

Veio a determinação do Estado dizendo que as gestantes tinham de ser afastadas (...) então eu perdi aquele “boom” de uma área muito específica, não dá pra colocar qualquer enfermeiro pra tocar só com o que ele vem da faculdade, ele precisa de um treinamento específico isso leva tempo, não dá, eu levo pra treinar o funcionário no mínimo três meses pra ele tocar umas das frentes (...) então foi bem complicado, (...) nós estamos ainda nesse processo de treinamento (...) pra ver uma luz no final do túnel, né. (P8)

Com o avanço da pandemia, foi necessário adaptar mais áreas do hospital para atendimentos Covid, limitando ainda mais atendimentos regulares e cirurgias eletivas. O resultado foi de grande demanda desses pacientes após longo período de suspensão de atendimento, já em estado grave.

No começo da pandemia, teve uma diminuição muito grande da procura dos pacientes não Covid. Gente por medo e receio realmente de vim para o hospital (...) Daí começou a chegar paciente muito ruim, muito grave que demorou muito tempo para procurar realmente atendimento. (...) A gente realmente observou a gravidade dos pacientes que procuravam, os não Covid eram grande (...) quando ela começou a gente foi vendo uma redução importante dos pacientes não Covid e vinha só as emergências. Isso aí acho que se intensificou no nosso pico de pandemia. Aí, então no começo de 2020 a gente se preparou, demorou um pouquinho de tempo para os casos chegarem e daí eles chegaram e reduziu, que eu acho que foi aquela primeira onda. (P7)

Na parte de estrutura de leitos (...) avançamos para mais enfermarias, (...) para as áreas de cirurgias também, porque a demanda era tão grande que não conseguíamos deixar só os leitos clínicos para Covid, então avançamos para enfermaria de uro, enfermária de convênios e enfermária de transplantes. Foram três enfermarias, então deixamos de atender mais três enfermarias, para poder acomodar enfermarias Covid, (...) então pacientes não Covid ficaram mais limitados ainda para poder tá internandos. (P8)

Uma vez que os pacientes acometidos pela Covid necessitavam de isolamento, houve diminuição dos leitos existentes, pois inicialmente os leitos compartilhavam do mesmo ambiente.

Tem uma equipe que se chama NIR que é o núcleo de regulação de internação do hospital. Ele fazia a transferência desse paciente para o outro lado do complexo que eram as outras enfermarias, então na verdade virou assim uma bagunça, juntou os pacientes cirúrgicos, do outro lado era só cirúrgico, colocou todos pacientes clínicos tudo junto, e as cirurgias eletivas foram diminuindo, foi parado um pouco pra abrir mais leitos. Porque assim, se você pensar, o nosso hospital tem acho que quatrocentos e poucos leitos e com a Covid as enfermarias perdeu muito leito. (...) Então eles tiveram que parar cirurgias e alocar todos esses outros pacientes para esse outro lado cirúrgico. Daí foi a briga. Eles não tinham onde colocar esses pacientes, daí começaram a fazer bastante isolamento. (P14)

As pressões negativas nos ambientes foi medida de prevenção da contaminação da Covid, principalmente em locais com risco de aerossóis, porém diante do custo, não houve quantidade suficiente para instalação na integralidade, sendo que o hospital contou com doações do equipamento.

Participamos também da identificação de aonde colocar as pressões negativas porque nós conseguimos, também, algumas pressões negativas para transformar alguns quartos também, nós não tínhamos. O hospital tem estrutura de três quartos de pressões negativas ao todo só, e o ideal pro paciente Covid, né, quando ele começa a tosse quando ele está intubado a pressão negativa, e os quartos não tem isso, não dá pra adaptar todos e nós conseguimos algumas, se não me engano mais cinco pressões negativas e aí a gente ajudou na instalação na identificação de quais eram os locais mais adequados (...) colocamos no PS colocamos na enfermaria de MI. (P8)

A gente entrava era isolamento de paciente intubado (...), a maior parte tinha aerossol na sala (...) não tinha as pressões negativas, ainda que quando os pacientes estavam nas enfermarias os quartos das enfermarias têm janela, né, na emergência do pronto-socorro, (...) é um caixote dentro do pronto socorro, não tem onde sair o aerossol dali, então a gente tinha uma preocupação realmente muito, muito grande (...) não tem ainda uma pressão negativa. (P7)

A utilização do filtro HEPA foi medida de cuidado e prevenção do contágio sendo que durante as intubações os pacientes já eram conectados a respiradores com filtro HEPA, de forma a evitar disseminação de aerossóis.

O filtro HEPA ele continuou sendo usado... quando a gente entubava esses pacientes... os respiradores já tinham o filtro HEPA na saída do ar, então esse cuidado também foi fundamental (...) porque intubar o paciente e já conectava o respirador e o respirador já tinha o filtro HEPA. Quando a gente fazia as ventilações não evasivas que também o ar sai da máscara com aerossol tinha o filtro HEPA na saída da máscara para o ambiente, então o uso do filtro HEPA foi fundamental, eu acho, esses cuidados que a gente não tinha antes. (P7)

Tinha bastante, mas eu acho que ele passou a ser utilizado muito mais assim do que... aspiração "oro-traqueal" por exemplo, passou a ser só em sistema fechado, ou seja, não abre o sistema, o aerossol não sai, o fio que conecta para fazer aspiração já fica lá. Existia já aspiração fechada mas ela não era usada em todos (...) então todos os pacientes Covid faziam aspiração por sistema fechado. Então esse cuidado eu acho que ele mudou sim, com certeza. (P7)

O equipamento de oxímetro para monitorar a saturação dos pacientes Covid esteve em falta no mercado e tinha custo e burocracia para aquisição, sendo que os trabalhadores, no início da pandemia, até

aproximadamente um ano de duração, diante da quantidade insuficiente, compartilhavam as unidades existentes para prestação de cuidados de todos os pacientes.

A gente utilizou muito, que no começo tinha pouco no hospital eram os monitores, né, que a maioria dos pacientes, você precisa de um oxímetro para ver o nível no sangue e isso a gente não tinha. E todos os pacientes da Covid precisa, porque você precisa controlar a saturação deles. Daí no começo a instituição não tinha e aí ficava aquilo, empresta pra mim, o meu tá melhor, a gente tirava de um e passava para outro, e a partir desse ano eles não estavam conseguindo comprar e nem alugar os materiais, tá em falta no mercado. Faz, acho, que dois meses chegou uma compra gigantesca (...) não é culpa do hospital, tudo tem uma parte burocrática, (...) eu não tenho dinheiro, se o governo não libera dinheiro, eu não tenho. Então essa verba chegou, eles alugaram, devem ter alugado uns cinquenta monitores. Agora assim, você tem monitor à vontade mesmo, se você quiser, cada paciente dá pra deixar um. (P14)

Nos primeiros meses da pandemia, os EPIs estiveram em falta no mercado, e consequentemente tiveram significativa elevação no valor de comercialização. Foi o momento de inovação no uso e reuso, por exemplo dos respiradores, de verificar possibilidades de reutilização sem prejuízo da saúde dos trabalhadores, o que inicialmente trouxe receio aos gestores e trabalhadores.

A máscara cirúrgica a gente tem no mercado, só que o preço é muito alto, (...) se antes se gastava 100 mil por ano pra EPI, a gente passou a 800 mil, um valor exorbitante (...) hoje não é viável fornecer, financeiramente, a máscara cirúrgica pra setor não Covid, uma coisa que a gente poderia fazer, entregar a cirúrgica que é muito mais confortável, mas a gente não faz. (P3)

Então começou a faltar, teve a necessidade de compras emergenciais, processo licitatório e aí basicamente, isso foi muito difícil no começo da pandemia. A gente teve uma evolução grande no processo. (P1)

A parte de EPIs mesmo, virou um caos que a gente não tinha, os EPIs que começou a vir, as viseiras que as empresas, algumas empresas aqui da região começaram a fornecer (...) começaram a disponibilizar vários equipamentos para a gente e as máscaras N95 que chegou num momento que a gente não tinha, então tava naquele desespero atrás da máscara que não tinha matéria prima, não tinha onde comprar. (...) Os aventais não tinha, a Instituição começou aí a fazer mesmo a parte de costura,

contratou costureiras e começaram a produzir, desesperadas trabalhando assim, começava de manhã e ia até à noite fazendo os aventais porque não dava. (P14)

Mas conforme foi surgindo a pandemia, também foram surgindo as dúvidas, né, depois que a gente já tinha certo os locais mais arriscados, com mais riscos, surgiram dúvidas de quanto tempo poderíamos usar cada respirador, quantos respiradores nós iríamos receber, né. Não se tinha ideia disso, houve uma falta no mercado, de repente, assustou a gente isso (...) tivemos que pensar, né, qual a utilização, quanto tempo de utilização, porque a maioria dos respiradores (...) são descartáveis na verdade, então usou, joga fora, não existe essa questão de reutilizar o respirador, isso foi algo inovador, foi algo que deu muito receio. (P2)

Diante da escassez de EPIs, alta dos custos dos produtos e da morosidade e burocracia de compra por autarquia, foram realizadas campanhas de arrecadação pelo hospital que recebeu diversas doações de EPIs e equipamentos, como máscaras e aventais.

Ocorreu que alguns dos produtos doados necessitaram testes, avaliação e aprovação de equipe específica, respaldo técnico de forma a verificar a segurança para os trabalhadores, pois os mesmos passaram a questionar as mudanças. Destaca-se que as adaptações do uso dos produtos foram acontecendo conforme o conhecimento da nova doença.

Campanhas que foram feitas, né, uma mudança que tivemos que fazer de uma força assim, bem repentina, foi da captação de recursos, (...) montou campanha (...) capitalizar recursos internos, porque logo no início da pandemia nós tivemos uma dificuldade em relação à compra de EPI (...) Processo de compra é moroso, burocrático aqui, e por ser uma autarquia do Estado, aí o tempo que tínhamos para comprar versus a demanda que aumentou muito internamente então tivemos que montar um plano b para captação de recursos e a compra direto com o fornecedor (...) Os preços subiram muito, então eles ficaram astronômicos, os valores, e aí a gente precisava de recurso rápido para continuar o atendimento aqui no Hospital e para continuar os profissionais não ficarem sem os equipamentos de proteção individual. (P9)

O hospital recebeu muita doação de respiradores, e na maioria das vezes, máscaras que não era respiradores (...) tinha que avaliar. Embora a boa vontade das pessoas, nós trabalhamos num serviço hospitalar que tem um risco elevado em relação à parte biológica, (...) analisar um por um (...) estabelecer um fluxo com o RH e com o Suprimentos, para quando receberem essas doações, que passasse primeiro pelo SESMT (...) depois seria

liberada no hospital. Esses foram alguns dos desafios que eu me lembro. (P2)

Acho que começou no final de março e um mês depois a gente teve já esse fato, então que me marcou bastante, foi primeiro essa questão dos grupos de riscos, da avaliação, depois essa questão dos EPIs (...) a gente foi muito questionado também, porque os funcionários, eles não ouviam falar em PFF2, mas em N95 e o comunicado falava em N95 e PFF2 e o hospital recebeu doações de máscaras também, respiradores, e aí os funcionários não tavam... (...) habituados, eram sempre as máscaras brancas (...) respondeu que na verdade elas tinham a proteção para esse vírus e a gente explicou o porquê, (...) eles precisavam muito desse respaldo técnico (...). Então, muita coisa foi sendo corrigida no meio, né, na medida em que a pandemia aconteceu. (P3)

Recursos humanos destacaram-se como uma das principais preocupações para o serviço hospitalar. Com as adaptações de ambientes e afastamento de grupos de risco, assim como aumento da demanda de pacientes, foram necessárias novas contratações de pessoal.

A verba recebida pelo governo destinava-se à contratação de trabalhadores temporários para atuar exclusivamente na área Covid. Essa medida fez com que os processos seletivos fossem simplificados, diante do caráter de urgência. Com isso, candidatos que tinham conhecimento da especificidade e características dos cuidados com o paciente acometido por Covid, desistiam do processo, sendo que acabaram sendo contratados profissionais recém formados e sem experiência.

Aí começamos a contratar, aí abrimos um processo seletivo, (...) precisávamos de uma entrada muito rápida, né(...) só pegou currículo(...) para tentar agilizar essa contratação, mas aí de uma lista de 80, 90 profissionais, hora que você chamava, falava que era Covid, eles não queriam trabalhar, eles não queriam assumir, porque era uma demanda muito grande, era um paciente que eles assustavam, pacientes muito graves nessa época, e aí os profissionais não queriam e aqueles que queriam, aqueles que aceitavam eram aqueles recém formados que não tinha experiência com UTI, não tinham experiência com paciente grave, e aí causou outra crise grave que foi a falta de capacitação, muitos funcionários que estavam na UTI muitas vezes não sabiam nada. (P8)

A maioria das pessoas que o RH entra em contato, e vê se ela tem interesse em ser contratada, quando ela vê que é Covid, ela

não quer, então é um caos instalado. (P9)

Pra gente de serviço público veio uma verba específica pra contratação de funcionários pra esses setores. Então, o que aconteceu, teve um determinado momento, que a gente teve a retirada de profissionais extremamente experientes em setores como UTI, (...) a gente precisava de pessoal, que é um problema sempre, na pandemia muito mais, e daí esses profissionais vieram pra trabalhar nesses setores críticos, né, UTI, prontos socorros, enfermarias da Covid, porque a verba era destinada pra esses setores, (...) uma dificuldade muito grande, pessoas inexperientes, vieram pra trabalhar nesses setores, então foi uma coisa que chama bastante atenção (...) ter vindo a verba pra isso e a gente não poder manter no setor esses mais experientes. (P3)

Então a gerência disponibilizou uns contratos Covid e o governo acho que liberou uma verba (...) contrato acho que emergencial, não precisaram fazer processo seletivo, nada. Mandava o currículo para a empresa da fundação, fazia a contratação e entrava no complexo. Essas pessoas foram alocadas para as enfermarias de Covid. (...) A maioria dos contratados, é tudo inexperiente, é tudo terminou o curso e tá entrando, como enfermeiros ou técnicos. Então ele terminou, mandou o currículo e entrou, então eles não sabiam nada. A gente que foi treinando. (P14)

Elas disseram: “caí de paraquedas aqui”. Chorando, não sabia nem o que fazer. A enfermeira nunca tinha trabalho ali, os técnicos mais antigos. Aí trabalhava um plantão com alguém mais experiente e já começava. Isso traz, né, impacto maior (...). Enfim acho que isso é algo terrível que acontece, pra mim algo muito importante também. (P1)

A atuação que se dava em um mesmo período de tempo nas alas distintas Covid e não Covid eram os plantões dos médicos, que causou preocupação quanto à possibilidade de contaminação.

Uma preocupação (...) é o plantão, né, (...), todo mundo dava plantão. Faltava plantonista (...) na minha rotina eu via paciente não Covid, mas hoje eu tô de plantão na UTI Covid, e amanhã eu estou de novo com paciente não Covid no dia a dia, isso não teve jeito de não acontecer. (P7)

No geral, para os trabalhadores que já eram do hospital houve treinamento remoto, por meio de vídeos, e houve adaptações no serviço que se deram a partir de suas próprias experiências e demandas.

Os objetivos dos treinamentos foram: uso de EPIs, paramentação de

desparamentação; e higiene dos objetos.

O treinamento do uso dos EPIS, a gente queria que esses respiradores fossem, que as pessoas soubessem usar, como colocar, aí eles fizeram um vídeo de alguns minutos e divulgaram, mas também não envolveu o SESMT. (P1)

Tiveram algumas coisas legais que eles fizeram, como treinamento para paramentação, aí eles fizeram vídeos e então foi passado para todos, né. Então isso é uma coisa que ajuda muito. (...) A gente ajudou no que era possível, como que ia armazenar o exame, que horas o exame ia. (P6)

Foram gravados, se não me engano 2 ou 3, acho que 3 tutoriais, também para enfermagem, inclusive teve um alcance surpreendente no nosso Youtube, porque a gente acabou sendo um modelo para outros hospitais, também fazerem essas práticas (P10)

Eles faziam os vídeos (...) e daí mandava nos grupos para você saber quando a gerência liberou para você saber todas as paramentações, como fazer, como entrar, como sair, então foi feito esses vídeos. (P14)

Em relação às regras de paramentação e aos cuidados para não contaminação, desde março todos os tutoriais para paramentação e desparamentação, higiene dos objetos, já estavam disponíveis, tutoriais em vídeos no YouTube foram passados para todo mundo, todo mundo teve treinamento, todas as chefias de enfermagem foram treinadas e repassaram isso para os seus funcionários (...) o nível de cuidado que é feito ao paciente Covid, todo mundo muito bem paramentado (...) usa aqui coisa que nem tá mais recomendado. (P5)

Os trabalhadores experientes foram responsáveis pelos treinamentos presenciais na linha de frente e orientações durante a adaptação dos novos contratados ao serviço.

Isso, a gente foi se adaptando. Assim, os cursos a gente não teve. Cursos assim. Como tem várias pessoas experientes, (...) só foi uma adequar a intubação da Covid. Mas os funcionários novos daí a gente teve que dar mais orientações. (...) quem entra mesmo são dois médicos e um enfermeiro (P14)

A gente não teve um treinamento: “ó, vai ser assim desse jeito a intubação; a gente vai induzir desse jeito o paciente...” não, foi cada profissional com sua experiência adequando a melhor forma de trabalhar. E passando conhecimento para os outros ali. Como eu falei os novos, a gente ensinando eles a como fazer o melhor. (...) Eles vão só para conversar, saber como que tá, mas dá um treinamento em si, não. Tipo chamar toda a equipe e

perguntar o que vocês estão precisando, não. (P14)

Foram oferecidos treinamentos *in loco* para as equipes que atuavam na linha de frente, para uso dos EPIs – paramentação e desparamentação - e manipulação de instrumentos como ventiladores, protocolo de insulina.

A gente foi in loco, ó pessoal como coloca, como retira, mas pra mais de mil funcionários, então foi algo bem trabalhoso, de dia, de noite, e a equipe acabou um pouco desgastada. (P1)

Isso equipe técnica se dividiu, a gente fazia de manhã, tarde e noite, às vezes, (...) foi o hospital todo né, tem aqui, tem o pronto socorro da cidade, o adulto e o infantil, tem o Hospital Estadual e tem o Sarad, que fica fora, então a gente veio pra poder auxiliar, em duplas a gente ia conversando, (...) fazendo o treinamento, com quem estava ali, quem podia, a gente ia conversando, esclarecendo dúvidas. (P3)

A gente fez in loco, e esse foi com certeza o resultado mais eficiente para o uso de EPI, (...) in loco a gente acaba tendo uma ciência mais bacana (...) a gente quis chamar a CCIRAS, eu acho que é muito importante que tenha a integração próxima das duas áreas e não a briga por espaço, eu acho que isso não é saudável para ninguém (P1)

Nós tivemos treinamento sim, treinamentos na parte dos ventiladores mecânicos porque são três tipos de ventilador (...) de parâmetros diferentes (...) são diferentes no controle de sinais vitais que a gente fazia do paciente, (...) até nisso mudou, no nossos controle, que antes você fazia o controle de 6 em 6 horas, hoje nós faz de 2 em 2 horas (...) entrou protocolo de insulina que para mim foi muito diferente que hoje se usa muito na UTI porque o paciente tem um aumento muito grande de glicemia, (...) para mim foi muito diferente. Então eu estou aprendendo cada dia mais e é tudo com treinamento, até mesmo na parte da paramentação, a gente teve treinamento. (P15)

A parte de uso de aventais a gente teve que aprender tudo, o Face Shield, tudo, uma N95 a gente usava mais em cirurgia quando você tem que fazer alguns procedimentos mais evasivos que tem que acompanhar, hoje não, hoje você já é 24 horas (...) você só tira para comer né, nem para você andar no corredor, nem para você anotar, a gente não tira a máscara para nada. É, foi um pouco aprendizado e muito que eles ensinaram e tem muitas coisas que a gente cada dia procura mais a saber, né? (P15)

Foi disponibilizado uniforme para uso nos setores Covid, assim como a possibilidade de tomar banho após o expediente, que foi mais utilizado pela equipe da enfermagem que pela equipe médica.

Paramentar e desparamentar e os setores da Covid, a gente, a instituição liberou você a usar aquela roupa privativa, que é aquela roupa do centro cirúrgico, (...) não é obrigado (...) se quiser usar, pode usar, (...) Na hora de ir embora você descarta para lavagem e você se quiser, tem banheiro, você toma banho (...) como a equipe médica também pode pegar. Os médicos usam? A maioria deles não usa, a equipe médica não usa. Agora da enfermagem, acho que é muito difícil da equipe de enfermagem não usar, a equipe médica é um outro que você vê. (P14)

Houve treinamento de trabalhadores para coletar swab para realização de exames e identificação da Covid.

Foi tomando uma proporção imensa e a gente não teve como ter pernas para colher de todos esses pacientes. Então com o tempo a gente fez treinamento (...) de todos os funcionários da enfermagem, a gente ainda faz quando muda a enfermeira, para que elas aprendessem a coletar o swab. (P6)

Com a escassez de recursos humanos, os residentes tiveram importância fundamental na atuação de linha de frente do tratamento da Covid-19. Porém, atuaram muitas vezes fora da área da especialidade, sendo que treinamentos específicos presenciais foram realizados pela própria equipe com critérios estabelecidos em protocolos.

Para o serviço de terapia intensiva essa pandemia no início foi um desastre, vamos dizer assim, por quê? Porque a gente pôs pessoas que não tinham mão de UTI para cuidar desses pacientes, (...) o que a gente teve que fazer era: os nossos residentes R2 por exemplo, que nunca deram um plantão em UTI eles tiveram que dar, sozinhos, por quê? Porque a gente não tinha gente para cobrir 5 escalas de UTI Covid, fora as escalas normais, fora Uco, fora dois plantonistas da UTI geral, fora o plantonista da UTI pronto socorro, então era o número de plantonistas que a gente não estava acostumado a ter. (P7)

Quem treinou nossos residentes fomos nós, (...) existiu uma diretriz geral do hospital que eles ajudavam a dar, em termo de educação, mas quem fazia esse... não partia deles, entendeu? Eles fizeram uns vídeos institucionais de paramentação, (...) na prática cada residente, cada equipe treinou o seu. (P7)

Então chamava mais residente para nos ajudar ou deixavam eles de folga porque eles também precisavam descansar, residentes de outras especialidades, médicos contratados e quero dizer que 99% dos médicos residentes de outras especialidades e médicos

contratados de outras especialidades vinham com uma boa vontade imensa, apesar de... muitos deles brincavam “eu sou ortopedista, né, então você vai ter que o que eu vou fazer, eu sou psiquiatra”. (P5)

Nós temos um roteiro, né, temos um roteiro de atendimento Covid, que tá lá no protocolo e por exemplo, chegava lá um residente da nefrologia, eu mandava para ele 4 ou 5 pacientes no máximo, que ele tinha que evoluir das 8 horas da manhã até às 11 horas e é um número que é factivo, levando em consideração que para cada um ele tinha que se paramentar (...) das 8:00 as 8:15 eu explicava como que funcionava, às 11 horas eu voltava e checava, mas de uma forma bem, né, todos ali eram médicos e eles foram pegando mão com o tempo. (P5)

Os treinamentos quanto à paramentação e desparamentação se estenderam a trabalhadores da linha de frente que realizavam a limpeza no hospital, sendo que foram acolhidos 223 profissionais e capacitados por equipe multidisciplinar, divididos em grupos de 5 pessoas.

Atendi duzentos e vinte e três profissionais da limpadora, aonde eu perguntava pra eles como qual era o receio qual era o medo deles na pandemia nós fizemos uns grupos de cinco, (...) treinava a paramentação, explicava porque o médico usava todo aquele, porque no começo da pandemia não era a N95 pra eles porque a gente seguia as recomendações do estado. (...) Eles foram se tranquilizando, capacitando, aí veio a liberação que eles tinham todos os profissionais aqui do hospital tinham de utilizar a N95 se der assistência ou não, aí a gente teve que ter uma nova capacitação como retirar essa máscara como armazenar, (...) a gente viu essa necessidade para tentar acalmar um pouquinho eles porque eles se viam como diferentes, (..) a gente quis mostrar que era totalmente o contrário que o trabalho deles era super importante(P8)

Foram adaptados locais para armazenamento dos EPIs e dadas instruções para higienização, lavagem das mãos, uso de gorro, Face Shield e aventais em todos procedimentos.

Os corredores todos adaptados com móveis para ter avental, luvas, gorros, Face Shield, a higienização (...) era diferente (...) já tem que fazer as lavagens de mãos, você tem que pôr o gorro, eu uso óculos mas quem não usa tem que colocar, mais o Face Shield, os aventais, então são muito mais paramentação para você entrar e a rotina lá dentro. Cada quarto já tem os seus material de isolamento, tem que ficar tudo lá dentro (...) os aparelhos (...) até para tirar esses materiais (...) você tem que fazer uma higienização lá dentro, por num saco, tirar pra fora,

levar para o expurgo, fazer uma outra higienização, então mudou. (P15)

Então pra gente mesmo, o que mudou nosso foi a viseira, a gente não utilizaria a viseira e não utilizava os óculos de proteção, então foi muito isso que a gente usou, e mesmo assim a máscara N95 a gente utilizava só para entrar nos quartos (...). (P14)

EPI era uma coisa assim, máscara, álcool em gel era uma coisa que não entrava muito na parte administrativa, né, então a gente teve de retomar tudo isso com os profissionais então colocar álcool na entrada, orientação de higienização das mãos, né e lavagem das mãos. (...) A troca da máscara antes era de pano, depois teve de agora todo mundo usa a N95, (...) conscientizá-los que era necessário, né, quando eles vão pro transporte que sempre tem que ter a paramentação, (...) treinar os motoristas quando eles vão ter que se paramentar também as face, que mais, a higienização do local de trabalho. (P8)

Quanto ao uso de máscaras, foi acontecimento destacado pelos participantes.

A escassez e risco do contágio gerou necessidade de imposição de uso de máscara N95 para os trabalhadores da assistência, com reuso e uso estendido por até 30 dias, o que levou a aprendizado e medida de sucesso nas respostas à Covid.

A decisão sobre o tipo de máscara e prazo para troca a princípio não envolveu todos os setores, porém a decisão conjunta foi revista após comunicado interno e críticas.

O uso da N95 ao invés da máscara cirúrgica normal para tudo, eu acho que isso foi importante, porque ela não era né, ela era usada, se fosse ver, só para intubar o paciente, mas todo nosso profissional que entra no hospital aqui usa a N95 ou era para usar. Eu acho que isso foi uma decisão que no começo eu também critiquei porque é muito ruim de usar, mas eu acho que ela foi decisão, que hoje eu vejo que ela foi acertada. (P7)

Máscaras cirúrgicas no mercado, elas desapareceram, então pro hospital dar conta de atender todos os funcionários e não deixar ninguém sem proteção, daí passou a adotar a N95 pra todo mundo, por 30 dias. (...) os funcionários vinham falar com a gente, daí tinha uma insatisfação muito grande, (...) da equipe técnica em função desses 30 dias (...) foi um fato bem marcante assim do começo da pandemia. (P3)

Saiu um comunicado aqui no hospital (...) assinado pela superintendência e o presidente da CCIRAS e esse comunicado

trazia lá né toda a parte de vestimenta, o que que seria usado, pra cada situação, e ele especificava também o uso de N95 por 7 dias. (...) dali a uma semana, houve uma alteração do comunicado, as máscaras passaram a ser utilizadas por 30 dias, pra nossa surpresa, a N95, e mais uma vez a gente não tinha participado dessa decisão. (P3)

Apesar do uso estendido das máscaras N95 ser medida efetiva e embasada em discussões junto a órgãos nacionais e internacionais, os questionamentos dos trabalhadores no início, levou a equipe técnica a criar critérios para troca do EPI antes do prazo de 30 dias.

Uma máscara PFF2 ou N95 pode ser usada enquanto estiver íntegra (...) ela é mais eficaz, então assim, quer dizer ela é efetiva e mais barata. (...) Isso foi no início muito mal recebido, porque as pessoas achavam que isso era um acochambramento, (...) teve reclamação residente no Facebook, foi uma situação muito chata, (...) aumento do uso de máscara ele não é baseado em nenhum conhecimento novo da Covid, ele é algo que nós já sabíamos, muito que poderia ser usada, apenas aplicamos à Covid. (P4)

Só que isso teve um impacto terrível, do SESMT, porque o pessoal não concorda, porque o pessoal vai pegar Covid, e o pessoal ficou muito desmotivado. E gerou um desconforto. Então, pra mim foi muito desafiador (...) a gente conversou então buscando entender como chegar nessa decisão, falando da questão da umidade e tal, mas não algo muito concreto. (P1)

Por que tem a questão da proteção e tem uma outra questão que surge é que a máscara começa a ter um cheiro ruim, isso acaba sendo um convite ao não uso, um desestímulo. (P1)

O Lírio junto com a superintendência avaliou os cuidados e qual tempo que poderia ser usado o respirador. A partir disso, então o SESMT teve conhecimento dessa decisão e estabeleceu critérios para troca do respirador. A gente sabe que reutilização em 30 dias não é o desejável, está longe do desejável, né, tivemos que então impor medidas de troca o quanto antes. Essa questão dos 30 dias ficou pra uma máscara que estivesse em estado perfeito todos os 30 dias, tá? Então a troca é pra acontecer um pouco antes disso, pelo menos 15 dias. (P2)

Uma questão também, que pra gente foi um terror, (...), e simplesmente a gente se posicionou, que isso aí era exceção, e disseram que foi uma falha não ter envolvido vocês, são decisões difíceis que tem que tomar rápido, mas uma falha que a gente se compromete a não tomar nas próximas decisões sem SESMT, não vai mais acontecer isso. (P1)

Fez um documento que foi enviado pra todos os setores de

alguns os critérios pra troca dessas máscaras antes do tempo. Então indiretamente a gente conseguiu reduzir o tempo de uso. Então foi enviado pra todas as chefias, e aquelas que não respondem a gente pergunta se recebeu o memorando, foi uma coisa que a gente conseguiu resolver. (P3)

O uso das máscaras N95 durante todo o expediente exigiu dos trabalhadores cuidados específicos, pois a nova prática poderia causar lesões físicas faciais.

O que foi mais difícil pra gente foi manter a máscara N95 as 12 horas de trabalho, tirando a hora de almoço, (...) porque machucou bastante os nossos rostos né, machucou, cortou. Então até a gente conseguir adaptar a máscara, acertar o jeito dela pra ficar onze horas, a gente (...) teve lesões, mas assim, daí a gente trata, passa uma, um hidratante pra proteger, principalmente a região do nariz, coloca um micropore, alguma proteção, algo que não machuca para a gente aguentar ficar as onze horas, porque essa lesão fica pro resto da vida, né, fica cicatriz. (P14)

As máscaras valvuladas também chegaram a ser utilizadas no início da pandemia, sendo os gestores interrogados em relação ao seu uso e segurança e prestados os treinamentos, porém acabaram não sendo mais utilizadas, uma vez que apesar de protegerem o trabalhador, permitem contágio do paciente.

Treinou os funcionários a como colocar, como fazer o teste de vedação. A gente treinou. As valvuladas, aí eles não queriam usar, alguns não queriam usar, porque eles diziam que ela era valvulada. (...) a gente conversou com eles, a respeito, e explicou que era uma válvula de exalação, e daí com o tempo, (...) então daí essa máscara válvula deixou de ser usada aqui dentro. (P3)

O uso de viseiras também integrou as medidas de prevenção de contágio.

No começo eles pensaram no óculos de segurança, (...) aí veio a pandemia. Poxa vida, né, a gente tinha o material pra entregar, mas ali no momento a gente percebeu que seria bem mais interessante o uso das viseiras e a gente tinha também. (...) As viseiras estavam em uso, os funcionários estavam se sentindo seguros, os enfermeiros estavam seguros com elas, principalmente no 4 andar onde eles estavam atendendo, onde eles iam colher a swab funcional, e aí a gente começou a verificar

compras de EPI. (P3)

Quanto à escassez dos insumos, as luvas foi item que por curto período teve seu uso racionalizado.

Então a supervisão sempre se anteviu a isso, não teve nenhuma grande falha, nenhum grande problema, por exemplo, não faltou máscara N95, eles fizeram um trabalho fantástico de distribuição das máscaras, (...) todas as questões de paramentação adequadas, o face Shield, álcool para fazer a limpeza, muito bem gerido, a única crise que a gente teve foi umas duas semanas com luvas (...), a gente tinha que fazer um certo racionamento mas isso não durou muito tempo. (P5)

Os trabalhadores identificaram as mudanças que surgiram com a pandemia, no uso dos EPIs.

Uso de máscaras, álcool em gel, higienização, distanciamento em refeitório e copa.

Tudo mudou para a gente aqui dentro, O uso de máscara, uso do álcool em gel, é, a gente não almoçar junto. Não fazer lanchinho junto. É né, a gente tá liberando, a gente não deixa formar fila para vacina. Então a pessoa para lá embaixo, e a gente libera para essa pessoa subir. (P6)

A gente usa máscaras o tempo todo. A enfermeira que atualmente está aqui, ela era de um setor e ela disse que nenhum setor faz uso tão rigoroso de máscara como a gente, a questão da higienização, refeição em copa, né, então mudou a nossa rotina aqui. (P3)

Mas hoje, estamos todos, uma rotina normal, o tempo todo com máscara, cada um com seu álcool gel, né, na mesa, álcool 70 spray líquido, então, sempre fica nas salas, então a gente passa álcool em tudo, enfim (risos), uma vida, nossa rotina normal. (P12)

Na percepção dos entrevistados essas outras medidas se revelaram mais efetivas que o revezamento no home office.

Teve a questão da higienização, então a gente falou baixa transmissibilidade, mas esse foi um fator importante, não utilização da copa, uso de máscara, a gente percebeu que outras medidas eram mais relevantes que essa das 6 horas. (P1)

5.2.2.2 Emoções, sentimentos e comportamentos desafiadores

A chegada do primeiro paciente suspeito de Covid-19 no hospital foi marcada por medo e desespero dos trabalhadores, em especial a enfermagem que era responsável pelos cuidados dentro do local do isolamento.

A família foi pra São Paulo e trouxe o vírus e pegou. Uma senhora, e ela até saiu, ela foi pra UTI tudo, e ficou todo aquele medo é, todo mundo não sabia como funcionava, ninguém sabia direito como esse vírus tava contaminando, então tava aquele desespero, todo mundo desesperado, as pessoas não queriam cuidar, tinham medo de entrar no quarto, então assim, qual a linha que sofreu mesmo muito? Foi a enfermagem. Porque é a única linha que tinha que entrar, não tinha como não entrar. Então os técnicos de enfermagem, principalmente os técnicos que mais sofreram, e os enfermeiros, tiveram que entrar. O resto assim, só aquele medo, então dava uma olhada, a equipe médica entrava e saía, mas quem tinha que ficar todos os dias vinte e quatro horas, era a enfermagem. Então foi esse momento que todo mundo começou até a ficar doente psicologicamente por nervoso, por medo da contaminação, e aí começou aquele baque, né, todo mundo se contaminar, de fora. (P14)

No início da pandemia o sentimento de medo da contaminação fez com que os trabalhadores decidissem entrar nos isolamentos somente para os cuidados essenciais que eram realizados quando possível de uma só vez, entre medicações, banho e alimentação.

No começo da pandemia, com medo, ninguém queria entrar. Então ninguém entrava. Você falava vamos entrar. (...) Entrava só em caso de urgência mesmo, não queria mais entrar, pelo medo, tem pessoas que não queria ir nem entrar: “Ah eu não vou entrar porque tenho medo de me contaminar” mas você precisa entrar pra ver, então daí a gente começou a fazer, é... conversar assim nas outras enfermarias, né, e até na nossa no começo: Vamos entrar então assim: vamos fazer as medicações, você já entra com a medicação, com a alimentação, tudo junto, hora que vou ajudar no banho, já entro com todas as medicações para tentar o mínimo possível ter contato com eles. Só que daí entra também o fator emocional do paciente, né? Como a gente falava. (P14)

Porém havia sentimento de tristeza pela falta de humanidade e diálogo com os pacientes por conta do isolamento necessário.

Então assim, eles já não têm contato com a família, ele fica num lugar fechado que ele não conhece, com umas pessoas que ele não conhece, quando você entra ele só enxerga o seu olho, e ainda assim você vai ficar restrito de entrar e não conversar com ele? Porque era a coisa mais gostosa hora que você entrava de conversar com ele. Eles queriam conversar, falar, então era difícil, muito triste. Hoje o que eu te falei, tá tudo bem melhor, mas foi no começo muito triste isso daí também. (P14)

A sobrecarga de trabalho foi ressaltada nos depoimentos.

Aumentou nosso número de plantões, e a sobrecarga é imensa. Você imagina que a gente faz hoje desde a notificação e acompanhamento de pacientes, né, X. De repente, vem uma doença em que a gente é nova, é algo a mais, que triplica absurdo, assim. (...) Esse era um trabalho que não existia e passou a existir para os mesmos funcionários. A gente não teve pessoas a mais na equipe, então acaba atrapalhando o andar de outras coisas. Então a gente não mudou a equipe, não precisou fazer alteração de local, coisa assim, mas o trabalho é absurdamente maior do que era antes. (P6)

São sistemas diferentes que a gente alimenta, são maneiras diferentes da gente fazer busca ativa dos casos, é, mas assim, trabalho (SOM: FFFFF) aumentou vinte mil vezes, sabe? (...) é muito, muito, muito, muito assim. (P6)

Isso daí que é a parte mais difícil. A parte mais fácil é a intubação. Você chega, a equipe intuba e vai embora, e a parte difícil é você manter o paciente. Porque se você consegue um vaga de UTI, ótimo, mas daí você manter o paciente grave na sua enfermaria, é o difícil. (P14)

O contexto de negacionismo, *fake news* e pseudociência foi ressaltado como dificuldade para o desenvolvimento das atividades, mas foi superado pelos trabalhadores que responderam com sucesso às necessidades impostas pela nova doença.

E aí tem uma coisa que pesou muito que foi a questão trágica que aconteceu no Brasil, na desinformação (...) ter que desmentir fake news, (...) ter que ver guidelines do Ministério da Saúde para Covid-19 colocando drogas que não tem eficácia, (...) é muito desgastante, muito desgastante, é um trabalho que tem que ser feito. (P5)

É, se não tivesse tanto retrabalho, né, porque fake news e pseudociência, informação falsa acaba te fazendo você perder o tempo e refazer um trabalho que você já tinha feito. (P5)

No início foi muito difícil porque fake news estava dominando e

a gente perdia muito tempo respondendo às demandas e desmentindo notícias. Então a gente optou junto com a superintendência que deu a orientação a fazer um boletim mais completo. (P11)

Foi um pouco mais difícil trabalhar com corpo Clínico do hospital como um todo porque a gente tinha uma bela quantidade de negacionismo, (...) a quantidade de negacionista que tem (...) é enorme, enorme. (P4)

O negacionismo, ele teve várias fases, a primeira fase do negacionismo aí nos primeiros casos de Covid era o pessoal mandando dizer primeiro que Covid não era tão importante assim, tinha morrido mais gente de infarto do que de Covid (...)aí depois começou aquele negacionismo raso que era fase do “estão enterrando caixões vazios (...) a terceira fase do negacionismo é o kit Covid precoce (...) terceira fase foi a mais difícil porque era a fase do ‘as pessoas estão morrendo porque vocês não estão dando tratamento, vocês não estão dando tratamento porque são todos comunistas’, era essa a fala, né, que a gente ouvia em todos os lugares. (P4)

5.2.3 Aspectos de aprendizagem

Foi feita uma classificação dos trabalhadores para identificar os grupos de risco, uma vez que não havia informações suficientes sobre histórico de suas doenças nos prontuários para identificação dos perfis fisiológicos, e uma vez necessárias essas informações, foi um aprendizado, para que a partir de então, os prontuários passassem a ser completos.

Como o SESMT fez uma rápida classificação, isso foi um dos aprendizados, talvez o mais importante, porque a gente não tinha um mapeamento dos funcionários com suas patologias, né. Se fosse ver lá, a Letícia, no seu prontuário tem se é hipertensa, e eu te classificaria no grupo de risco, mas eu não saberia pegar todos os pertencentes à classificação. Então isso pra gente foi muito importante, a gente viu que não tinha esse controle, como a medicina do trabalho não sabe, né, a gente não tem o perfil fisiológico dos trabalhadores. Então foi um aprendizado importantíssimo. (P1)

O afastamento dos grupos de risco e contratação de trabalhadores temporários impôs a transferência de trabalhadores experientes para outras áreas do serviço, de forma abrupta, o que impactou na saúde emocional e foi um aprendizado para a equipe gestora, que entendeu a necessidade de

informar com antecedência e de forma motivada a realocação.

A gente teve admissões de funcionários, e aí a gente teve muito no contrafluxo e a gente se posicionou quanto a isso, mas foi com votos vencidos. Mas esses funcionários novos admitidos foram para as piores áreas, área Covid – UTI e PS. Só que a gente tem que pensar que muitos deles sem experiência foram trabalhar no local que mais precisava. (P1)

Quando foram contratados os funcionários da Covid, eles tinham que ficar em enfermaria Covid, eles não podiam ficar em outro lugar, então toda a equipe de funcionários que é do hospital (...) saiu do seu setor, foi para outro setor, e os funcionários contratados ficou na ala Covid (...) Escolheram. Ficaram poucos. (P14)

Porque a contratação foi com verba Covid, tinham que ir para essa área. Isso então foi algo que tirou profissionais experientes, que estavam desgastados e foram pra uma área mais tranquila, mas ainda assim a forma de contratação foi ruim, que acho que não cabe à gente esse impacto, eles nem sabiam, e aí “ó, a partir de amanhã você está no Estadual”. E foi um terror, esse foi mais um aprendizado. (P1)

Acho que deveria ter tirado de uma outra forma. Então conversado, ver se a pessoa realmente gostaria disso. Falar que é pro cuidado dela, que é importante ela se resguardar nesse momento. Mas não falar “ó, a partir de amanhã você está lá no Estadual”. Teve pessoa que até chorou, porque foi algo assim, um impacto. (P1)

Sobre a doença Covid-19 muitas foram as dúvidas que surgiram, por ser doença nova multifacetada, sendo que a educação sobre o vírus se deu por diversas formas e trouxe, inclusive, posicionamentos diferentes no início da pandemia.

A aprendizagem foi possível através do conhecimento compartilhado pelo CCIRAS, infectologia, SESMT, cursos específicos e busca individual:

O conhecimento ele foi compartilhado muito rapidamente com a linha de frente por reuniões e por envio de protocolos, recomendações da Organizações Mundial da Saúde, da Anvisa, em grupo de discussões, então isso foi fácil. (P4)

E eles sempre colocam no jornal do hospital (...) então assim todas as áreas colocando coisas diferentes, tem os manuais, os próprios protocolos que vão sendo colocados, é dessa forma que a gente acaba com essas capacitações, as capacitações não tem mais, né, então a gente acaba se adequando ao que vai aparecendo. (P8)

No começo tinha um desencontro de informações, você perguntava para um infectologista ele falava uma coisa, você perguntava de novo ele já falava outra e você perguntava pra outra pessoa, perguntava porque era uma coisa nova pra todo mundo, né, hoje não, hoje é uma coisa as pessoas falam mais a mesma língua, né, da Covid (P8)

CCIRAS/Infectologia

Eles que eram responsáveis por falar quanto tempo que as pessoas iam ficar isoladas, então saia um negócio da OMS, eles que estudam isso né, então acho que eles tinham... esse papel é deles de falar “olha, vai ser tanto tempo de isolamento”, não que não teve embate Letícia, porque assim, às vezes eles achavam que nós estávamos no primeiro mundo entendeu,(...) daí a gente falou “Olha, se você fizer isso você desmonta o nosso serviço em um dia”,(...) mas eu acho que eles fizeram papel deles de educação, isso eles fizeram, eles fizeram esse papel deles de orientação, eles fizeram, sim. (P7)

Cursos específicos/SESMT

Nós vimos a necessidade de informação das pessoas. Tinha uma quantidade enorme de desinformação, não saber o que fazer, como usar, onde tem risco, que equipamento usa, daí o professor procurou o SESMT e o SESMT junto com ele e o DGAA desenvolveram esse treinamento da COVID-19. Então acho que foi um treinamento muito importante, além disso, vídeos, instrução em relação ao uso e descarte de máscaras, é, também o SESMT proporcionou, como vestir corretamente o respirador e as máscaras cirúrgicas como devem ser usadas e descartadas corretamente, acho que dessa parte foi o que conseguimos fazer né, via internet. (P2)

Busca individual

No começo, não sabia nada sobre a doença né, então a minha atualização foi constante, praticamente diária, ficava lendo artigos, artigos, pra saber onde estaria o problema realmente. Então é contato, ou é gotícula, ou aerossol, então tinha que fazer uma atualização diária, praticamente. Depois que nós descobrimos como funciona a Covid, daí, deu uma acalmada. (P2)

Bom, eu lembro de que no começo da pandemia, tem um setor que estava no processo de certificação, e aí tem uma pesquisadora desse setor que ela dava aula de biossegurança, e a gente estava construindo um manual de biossegurança pro setor, e aí eu conversava bastante com ela (...) me passava os artigos que estavam saindo da OMS sobre a Covid, então foi com

ela, (...) o hospital fez um curso, e até foi meu colega, o Gerânio, junto com o Agapanto que desenvolveram esse curso, é de Covid, né, protegendo-se no ambiente de trabalho, e daí o Gerânio fez também essa apresentação pra equipe, e mais, a gente lendo mesmo por fora, nas reuniões de equipe, o Girassol foi ajudando a gente, sobre as informações, sobre os conhecimentos novos que ele tinha, então foi assim. (P3)

Passei a trabalhar diferente sim, você tem que ter uma agilidade, mais atenção, dobrada, já era, então hoje você tem que ter uma atenção dobrada porque antes eram as medicações mais conhecidas, (...) hoje a gente já tá tendo um pouco mais de experiência então você já tá conhecendo mais as drogas vasoativas, essas coisas de conhecimento, né, mas a gente teve que aprender muito sobre isso, sobre as dosagens, tudo, e aprendemos todos juntos. (P15).

O conhecimento sobre a doença também foi possível pelo envolvimento dos trabalhadores na elaboração de tutoriais e informativos, e pelo desenvolvimento das práticas de trabalho.

Acho que a gente tá produzindo tanto conhecimento que o que você perguntar para gente a gente sabe (risos), (...) para poder por exemplo, fazer o vídeo de como lavar as mãos, nós fomos aprender a técnica, a gente conversou com os infectologistas, como higienizar as mãos, eu já participava da comissão de bactérias multirresistentes (...) a gente mergulhou nisso agora com a Covid, (...) a gente gravou acho que assim umas 500 vezes (...) nós fizemos vários tutoriais né, então, tutorial de como fazer aspiração no paciente que está em coma, que foi da fisioterapia, então assim a gente viu e reviu tantas vezes a edição, (...) vendo tantas vezes que a gente chega a aprender o conteúdo. (P9)

Aprendendo meio que na raça (...) o primeiro informativo que a gente soltou deu (...) problema porque o pessoal da infectologia daqui disse que a gente estava seguindo o Ministério mas que não era bem assim, (...) a gente mudou o fluxo e começamos a pegar a opinião do pessoal que estava atuando na linha de frente e também estavam aprendendo, também não sabiam de tudo (...) Então a gente foi aprendendo muita coisa. Eu não sabia que eu precisava saber de tanta coisa, hoje eu sei muita coisa sobre Covid. (P11)

Além de várias reuniões, houve um grupo de resposta que era mantido por WhatsApp onde as discussões, os novos artigos, os novos conhecimentos eram imediatamente disseminados por todos que estava envolvido na resposta, então o conhecimento foi crescendo junto. (P4)

Iniciativas individuais dentro disso de conhecimento, de tentativa de tratamento, de pesquisa, houve, mas, por exemplo, as decisões relacionadas a isolamento, a forma de atendimento (...)

foram tomadas todas juntas, do mesmo modo o tratamento de Covid, abordagem assistencial também ela foi gerada por um grupo, (...) então nesse momento todo o conhecimento que era absorvido, ele era absorvido junto, em conjunto, né, e se transformava em condutas em conjuntos. (P4)

A gente sabe como é feito o teste PCR, a gente sabe como é feito o pool saliva, como é feito, como é feita a forma de rastreamento, a gente aprendeu muito sobre a doença, muito sobre a evolução dela, (...) as coisas foram caindo e você se envolve, são coisas que você não precisa estudar porque elas estão no seu dia a dia, a partir do momento que você as entende, você já guardou (...) é um aprendizado diário, a gente aprendeu muito, coisas que a gente achava que até não precisava. (P11)

Não houve, no Brasil, decisão uníssona dos governos federal e estadual, quanto ao tratamento e manejo de pacientes o que gerou a necessidade de regras e protocolos pelo hospital.

E se tivesse a tal da coalizão, este ponto específico que estou falando, quem era para tomar essa decisão, era o programa nacional de imunização (PNI) soltava uma regra que todo mundo tinha que cumprir. Esse é o problema, o Ministério da Saúde fala uma coisa, Secretaria de Estado da Saúde fala outra e a gente fica aqui nesse fogo cruzado, então não tem essa coalizão, né, fora daqui ou pelo menos não tem entre os sistema federal e estadual, isso talvez seja, tenha sido a nossa principal dificuldade. (P5)

No início houve conflitos de posições e orientações:

Desenvolveu um protocolo, tudo, né, a infectologia com a CCIRAS eles desenvolveram um protocolo, mas você ligava perguntando alguma coisa eles falavam uma coisa por exemplo eu falava “esse paciente é quantos dias de isolamento?”, paciente viajou, porque no começo era quem viajou que era suspeito, esse paciente a gente isola ou não isola? Um infectologia falava “esse sim” aí o outro falava “esse não”, mas acabei de perguntar pro outro ele falou que sim, então virou uma confusão no começo apesar dos protocolos, mas aí as coisas foram se concretizando, se estruturando, né? Nós fomos aprendendo mais também, o tumulto, o pânico diminuiu e hoje a gente consegue lidar com o paciente Covid de uma maneira mais suave, as vacinas contribuíram muito também, deram mais segurança para os profissionais. (P8)

Orientações internacionais, como as normativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) e por agência reguladora, como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), foram norteadoras das decisões

implementadas no hospital.

Nós tivemos e nos beneficiamos demais de normativas da Anvisa, de normativas da OMS e sempre acompanhamos isso com bastante atenção (...), o Ministério da Saúde comeu muita bola, mas a Anvisa, o setor, por exemplo, de infecção hospitalar da Anvisa é um setor totalmente independente, anterior ao Governo Federal atual e expediu muitas normas corretas. (P4)

Neste contexto, e por ser a Covid-19, doença nova, cujos estudos e experiências foram surgindo no decorrer da pandemia, foram criadas regras internas para tratamento de pacientes e segurança dos trabalhadores, por meio de protocolos específicos com constante atualização.

Para tanto, houve mobilização de cada área do hospital, que desenvolveu constantemente a forma de trabalho e manejo do paciente, assim como regras de cuidados e atendimentos de urgência, pautados em comprovações científicas, evitando qualquer risco de pseudociência. E por tratarem de setores interdependentes, a elaboração de regras e protocolos fez com que tivessem grande interação.

Protocolo de atendimento dos pacientes Covid que foi coordenado pela Infecto, cada especialidade fez um pedaço, então nós participamos da elaboração desse protocolo e esse protocolo ele foi mudando e ele ainda tá mudando, tá, e ele muda constantemente, exatamente por conta desses aprendizados, (...) nós somos muito acadêmicos (...) nós só usamos aqui as coisas que efetivamente tinham comprovação científica de benefício. (P7)

Nunca soube qual a magnitude máxima que isso ia acontecer, esse foi sempre um ponto, mas nós agimos de uma forma que as decisões nunca tinham mais do que duas semanas de validade, a gente sempre revia a cada duas semanas o que estava acontecendo porque numa pandemia só se você tiver uma bola de cristal. (P5)

A gente não tinha protocolo exato, construímos esse protocolo com a experiência de estar atendendo estes pacientes. Então os gestores, todos os gestores, de todos os serviços, se reuniram, a gente tinha um comitê Covid que era pra tomar todas as decisões. Então tinha CCIRAS, tinha direcionamento de leitos, tinha diretoria de assistência, superintendência a gerência de enfermagem, todo mundo tentando elaborar um protocolo, o que é fazer se por acaso explodisse mesmo as solicitações e a gente não tivesse como colocar. (P8)

Mudança de regra, é mesmo foi as máscaras, mesmo que eu te falei no começo a gente podia usar a cirúrgica, ficou dois meses, acho que três meses usando a máscara cirúrgica pra dar, só pra ver os pacientes, e a mudança de regra agora foi que para andar dentro do hospital você tem que estar com a N95 a todo momento, seria isso. (P14)

Então, a parte técnica ficou comigo, com o pessoal da clínica médica, o pessoal da pneumo e da medicina intensiva, (...) vê a cada dois ou três meses o protocolo de atendimento Covid que passa por pacientes ambulatoriais, por acidentes internados, por pacientes de UTI, por regras de prevenção, tá tudo lá, é um protocolo imenso. Então a gente criou esse documento lá em abril de 2020 já tá na versão 6 ou 7, aliás, este final de semana eu tenho que atualizar, então essa parte técnica científica, a médica, conduta médica, e foi muito tranquilo porque aqui graças a essa cultura que a gente tem de uma ótima formação médica nós não cedemos a pseudociência, kit Covid, nunca nenhum paciente foi tratado fora do que os estudos científicos, a medicina baseada em evidência manda. (...) Nós somos pesquisadores sérios, profissionais sérios, então isso do ponto de vista técnico científico. (P5)

Ainda que houvesse protocolos para casos de crise, como estratégias para catástrofes, para a pandemia, sem precedentes, os fluxos foram sendo criados conforme a necessidade e disponibilidade imediata de espaço, equipamentos, insumos e pessoal, não servindo mais aqueles para a nova realidade.

Nós temos protocolos para a estratégia pra catástrofes, então a gente tem ele quando tem situação muito crítica, né? Então os acidentes quando chegam, superlotação a gente acaba seguindo este protocolo de catástrofe, sequência de acionamentos, como vai ser acionados a gente acaba seguindo esse protocolo.(...) Mas tem situações que a gente precisa fazer isso individualmente, sem esse protocolo, porque não dá para eu seguir todo esse passo a passo com o SAMU lá, já tive paciente parado na ambulância e o SAMU massageando e eu não ter aonde recebê-lo. Então eu preciso de uma estratégia rápida, vou adaptar um lugar, né, vou transformar a CTI da cardio numa UTI agora porque nem que seja por três horas, até eu conseguir tirar outro paciente. (...) Eu acabo ligando mesmo pra pessoa e falando estou mandando agora, mas eu vou deixar por três horinhas lá e eu já vou tirar, aí eu acabo acertando dessa forma. (P8)

A comunicação, necessária nesse período de pandemia, permitiu

expansão dos serviços específicos, sendo essencial para disseminação de conhecimento e informações intra-hospitalar e com a sociedade.

O aumento da atuação permitiu grande reconhecimento do setor envolvido.

Na pandemia elas aumentaram muito, muito mesmo em termos gerais. Do ponto de vista de artes, nós tivemos três vezes o número de artes solicitadas em 2020 em relação a 2019, então é interessante assim, como na reunião dos diretores que é feita mensalmente e nas reuniões que são, eram desde o início da pandemia específicas para falar a respeito da Covid, de quanto as pessoas passaram a perceber a importância da comunicação pra gente conseguir alinhar as coisas tanto internamente como externamente. (P9)

A literatura mostra que as pessoas conseguem memorizar melhor as coisas por meio de imagem, algumas com vídeo, outras com imagem estática, então as pessoas perceberam a importância da comunicação visual também para conseguir eficiência em mudanças de comportamentos, seja ela da área profissional, aqui internamente, uso de EPI, assim como externamente também, o que você deve fazer em casa, então essa demanda de artes ela aumentou bastante porque as pessoas perceberam a efetividade da comunicação e de vídeos também. (P9)

Além das questões de produção de conteúdo nós temos a sinalização, a identidade visual do hospital que também que fica mais na nossa área também, então tem bastante coisa de placa, para gente ir in loco ver as necessidades de cada setor (...), tem dias que chega na urgência, “não, tem que ser agora, porque a gente precisa sinalizar uma enfermaria Covid, uma UTI Covid”, (...) não somente a mídia mas também tem o que o servidor vê quando chega na enfermaria, quando chega dentro no hospital. (P10)

Foi um dos maiores reconhecimentos que nós já tivemos foi ver aumentar nossa demanda de trabalho, (...) a gente vê que está aumentando a demanda e que você está ficando louco, não consegue atender. (...) Essa foi a nossa maior forma de reconhecimento (...) houve uma evolução gigante assim do ponto de vista do pessoal que é da saúde com relação ao trabalho da comunicação, porque as pessoas não entendiam a comunicação interna, né, as assessorias de imprensas, campanha de marketing como um parceiro, pelo contrário as pessoas tinham medo da gente. (P9)

A necessidade de mudança de fluxos no complexo hospitalar impôs maior interação e colaboração entre os setores para tomadas de decisões

conjuntas, uma vez que as atividades eram interdependentes.

No começo não, mas depois, todas as decisões envolviam o SESMT, em relação à vacina, em relação à compra de EPI, em relação ao afastamento de funcionários, grupo de risco, né. Tudo isso foi sendo discutido, né e o SESMT, acabou ganhando terreno em várias frentes, que acabavam envolvendo de um modo ou outro. (P2)

Nós sempre tivemos interação com o SESMT, mas aumentou muito, a interação. Isso foi uma coisa positiva. Acho que isso foi um aprendizado para os dois, para o SESMT e para o controle de infecção, também aproximamos mais... (...) elas eram muito próximas, mas aproximamos mais, a infecção hospitalar da infectologia. (...) Tinha uma certa proximidade, mas ela não agia em conjunto e ela passou a agir em conjunto, tanto a ponto de realmente as fronteiras se esgarçarem, onde é que termina a infectologia e onde é que começa o controle de infecção. Nosso contato com as UTI passou a ser muito melhor e muito mais intenso, então tudo isso aconteceu. (P4)

Seria impossível ter feito tudo isso se não fosse a colaboração de todas as instâncias dentro do hospital. Foi muito importante também não só as outras especialidades, mas também o apoio da supervisão, inclusive na disponibilização da testagem com a RT-PCR que é fundamental para tomada de conduta. (...) Ampliado e deixado um laboratório específico de biologia molecular que já existia mas atende muito bem a necessidade e as parcerias, fora o Hospital. (P5)

A administração da supervisão do hospital nessa última gestão sempre foi muito de ouvidos abertos, a participação de todos os serviços, essa divisão que existe para o serviço na minha opinião é muito importante. Antes da pandemia nós tínhamos reuniões, continua tendo, sempre teve, reuniões mensais de todos os serviços, então todo mês tem a reunião dos chefes de serviço, já acontecia antes, antes era presencial, agora virtual, né, porque até na minha opinião facilitou e a gente vai ouvindo as demandas, a supervisão vai passando as questões, então ela sempre foi muito de ouvir as falas, né, e na pandemia isso foi essencial, né, nós tivemos que explicar para os colegas quais seriam os possíveis impactos. (P5)

Setores que a gente teve maior interação (...) Núcleo Interno de, o NIR, é o núcleo de gerenciamento de leitos, a gente tem uma proximidade grande com eles também, na questão da informação, se a área ainda é Covid ou não, como está isso, às vezes precisa de informação pra saber se um determinado paciente teve Covid realmente, se isso é uma suspeita de que um determinado funcionário levantou de estar contaminado. (P3)

O hospital ele fornece bastante integração entre os serviços, né, porque todas as atividades de decisões acabam indo todos os gestores. Eu tenho uma relação muito boa com as outras áreas,

que o NIR ele fica no centro de tudo, né, ele faz a interface com todas as áreas do hospital. (...)O SESMT (...) treinava a equipe, (...) CCIRAS ia junto comigo, a enfermagem foi junto comigo também, então era minha equipe mas eu tinha parceiros que iam me ajudar, assim como a enfermagem precisou também porque eram muitos profissionais começando e não tinham experiência nenhuma. Em pouco tempo todas as áreas foram ajudar, cada um na sua parte, a treinar estes funcionários, então a gente acabou um ajudando o outro neste momento, cada um com seu conhecimento, com seu grau, mas a gente precisou adquirir bastante coisas novas que não eram da nossa parte. (P8)

A central de regulação de vagas, todas as vagas livres ou não no hospital ou pacientes que estão indo, passa tudo por eles, então eles que direcionam os pacientes para os leitos Covid, enfermaria, tal, são eles que definem, Então ele entra no sistema todos os dias, aí ele separa o que é paciente Covid do que não é e manda uma lista para mim, para nós, onde tem todos os pacientes, de todas as cidades, pacientes de Covid e onde eles estão internados, quem tá na UTI, quem tá na enfermaria, quem é confirmado e quem é suspeito. (P11)

Com o avanço da pandemia, houve mudanças nos cuidados com o paciente infectado com Covid-19, pois a doença evoluía com muita rapidez, sendo necessária adequação de respirador, carrinho de emergência, e acionamento do time de respostas rápidas para intubação.

A gente teve que mudar tudo porque (...) você pegava um paciente com cateter e coisas de minutos já ia com uma máscara não reinalante e a pouco tempo você tinha que correr, puxar um carrinho de emergência, chamar a equipe de time e participar de uma intubação, então foi tudo diferente, foi uma aprendizagem, tudo diferente, e assim, eu posso dizer para você porque eu aprendi muito, muito e a enfermagem me ensinou muito o valor à vida hoje. (P15)

Os pacientes nas UTIs adaptadas eram acompanhados através da janela de vidro na porta, sendo que o cuidado com maior número de pacientes por trabalhador exigiu mais atenção e impactou na rotina de trabalho.

E aí passado com o tempo foi mudado para uma UTI, aí foi mais difícil, que aí as portas do quarto teve que abrir um vidro, colocar um vidro, você olhava o paciente, toda hora (...), só que daí ficou mais difícil porque são mais drogas vasoativas, são pacientes intubados, os cuidados são dobrados e aonde nós cuidava de três até cinco paciente com cateter, que dá para você fazer

tranquilo, hoje não, hoje você fica com dois pacientes intubados, porque três já é mais difícil para você dar todos os cuidados (...)foi uma rotina bastante difícil, eu falo que tanto para nós quanto para os médicos. (P15)

O uso da tecnologia na pandemia foi ressaltado como de importância, mas ainda de ampla resistência.

Em toda tecnologia, no começo, e não falo só a webcam a videoconferência, mas toda tecnologia no início tem um pouco de resistência, (...), a plataforma de educação à distância no início também teve bastante resistência, outros programas assim que podem envolver a rotina, os profissionais às vezes ela tem receio de usar e não foi diferente e não, e na telemedicina que até hoje, mesmo sendo autorizada pelos órgãos competentes, ela tem um pouco de resistência, (...) infelizmente pandemias e guerras trazem isso, esses fenômenos sejam naturais ou não trazem ferramentas para aprender a lidar e foi isso no começo, teve um pouco desse receio e a psicologia foi conhecendo o projeto foi percebendo que o nosso projeto nunca é substituir, porque tem o receio de substituição e essa palavra não existe, a tecnologia é potencialização. (P13)

O conjunto de medidas de prevenção foi destacado na fala dos trabalhadores participantes como importante acerto para evitar a transmissão do vírus e contaminação.

Não ter todos esses pacientes no mesmo ambiente, talvez isso tenha diminuído essa carga viral, apesar de ter aumentado o uso dos EPIs, eu acho que o treinamento das equipes em relação à paramentação, a própria intubação que é uma intubação que é feita diferente, já conectada no respirador. (P7)

5.3 A CRISE E SEUS IMPACTOS

Compreendeu o período entre 01 de fevereiro a 31 de julho de 2021. No início do ano de 2021, o aumento de demanda de casos de contaminados, no hospital, conflitou com o início da desativação e desmobilização de parte de recursos do planejamento, e somou-se a nova onda da doença, em maior dimensão. Foi um período de crise, com estratégias insuficientes para evitar o colapso.

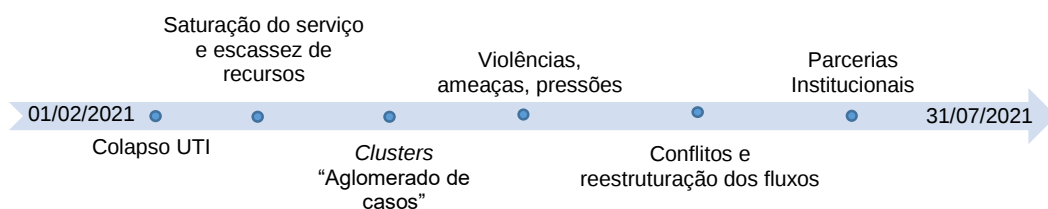
No final de dezembro a gente já tinha avisado para o hospital

parar de fechar leitos de Covid (...)Mantiveram o processo de fechamento de leito de Covid. E como no Estado, a coisa explodiu, explodiu. (...) A situação de 2021 não tem comparação com 2020, (...) uma segunda onda, muito pior do que a primeira, né, e por exemplo, essa falta de insumos não foi uma coisa muito importante na primeira onda e na segunda onda foi um horror. (P4)

Assim, foi preciso retomada da mobilização e adaptação das respostas ao novo cenário e demanda da pandemia.

A Figura 10 apresenta Linha do Tempo com algumas das principais inovações, impactos na saúde e segurança e aspectos de aprendizagem desta fase de crise.

Figura 10. Linha do Tempo da fase “a crise e seus impactos”



Fonte: Material elaborado pela autora

5.3.1 Principais inovações

As UTIs foram readaptadas para receber pacientes Covid, pois os pacientes precisavam ficar isolados. Enfermarias também foram adaptadas e transformadas em UTIs, diante da doença que evoluía rapidamente a quadros graves.

Por serem UTIs temporárias e ante a falta de recursos, as UTIs adaptadas não tinham a ilha central de monitoramento.

A UTI Covid do Hospital, ela não é como estes hospitais ou outras UTIs que a gente vê, são separadas por baias só uma cortina, a UTI é um quarto fechado então é uma porta que você tem um vidro. (P11)

Foi estruturado para atender os pacientes Covid, antes era enfermaria clínica médica e a enfermaria de cuidados paliativos.

(...) Estes pacientes que ficariam nestas enfermarias foram colocados em outras enfermarias pra poder atender dessa forma o isolamento dos pacientes Covid. (P11)

Tem diferença, né, porque, por exemplo, na UTI que é UTI de verdade, que hoje está passando os não Covid, nós temos uma ilha que é a central que tem os monitores, (...) são divididos por divisórias, então eles conseguem ter essa monitorização, eles conseguem ter esse ambiente na enfermaria e o posto de enfermagem de qualquer enfermaria, então não é uma central, mas é um posto de enfermagem, um posto médico, (...) mas não tem toda a monitorização, toda estrutura de uma UTI, porque é um lugar adaptado. (...) Por conta de temporária, né, a gente esperava que fosse revertida rapidamente. (P8)

Porém, a forma que as UTIs foram estabelecidas para tratamento de Covid foi identificada como acertada, uma vez que havia o devido isolamento por estarem em quartos fechados e apesar de consumir mais EPIs, diminuiu a transmissão do vírus e minimizou contaminação dos trabalhadores.

Criou-se essas duas enfermarias e ampliou-se os leitos de UTI. (...) No começo os leitos de UTI, eu acho que foi uma decisão acertada isso, (...) nossa equipe se contaminou muito pouco quando a gente compara com as equipes de outros hospitais. E uma das coisas que eu acho é que a gente optou por deixar os pacientes Covid, a gente criou UTIs novas para os pacientes Cvids e eles ficavam em quartos separados, era difícil ter as coortes de paciente, a gente tinha, mas se tivesse eram dois pacientes no mesmo quarto, acho que isso diminuía a carga viral no lugar, sabe, (...) UTIs normais onde ficam os pacientes, todos lá continuaram UTI de pacientes não Covid. (...) Em outros lugares, eles transformaram as UTIs normais em Covid, a pessoa entrava e ela tinha no mesmo ambiente aerossol de oito pacientes intubados Covid. (...) A gente gastou, com certeza, muito mais EPI, mas (...) essa taxa que a gente achou que principalmente no início foi muito baixa de contaminação da equipe foi por conta disso, (...) política, ela foi bastante acertada (P7)

O teste de pool de saliva foi aplicado para todos os pacientes e também nos acompanhantes.

Esses pacientes, eles podiam ter visitas, mas elas estavam restritas em números de pessoas. (...) As visitas passavam por uma triagem de sintomas respiratórios e os acompanhantes entravam em coleta de saliva também, (...) sempre quando o paciente tinha acompanhante, nesse período a gente não deixava acompanhante e paciente com Covid, mas depois a

gente acabou deixando até porque existe uma nota técnica da Secretaria Estadual de Saúde. (P4)

Colocamos pool de saliva para todos os paciente aqui do hospital, então todo mundo que chega na porta, seja de urgência ou seja eletivo, (...) “cirurgias essenciais”, (...) coletamos o pool de saliva desses pacientes também, então agora é uma rotina para todo mundo coletar pool de saliva dentro do hospital, (...) se ele interna três vezes na semana, ele vai coletar três vezes na semana antes de entrar, e os acompanhantes também. (P8)

Colher saliva de todo mundo que internava, tudo uma tentativa de evitar a transmissão intra-hospitalar, mas não foi possível evitar completamente. (P4)

5.3.2 Impactos na saúde e segurança

5.3.2.1 Medidas de prevenção à Covid-19 e de proteção à saúde do trabalhador

Ocorreu que com o avanço da pandemia, no ano de 2021, e aumento de número de casos, que inclusive chegavam ao serviço de forma inesperada através de SAMU, foram necessárias mais mudanças e adaptações, sendo transformado o pronto socorro de forma a criar duas salas de emergência não Covid, e sala de emergência com isolamentos para pacientes Covid.

Ademais, a divisão de alas foi terminando, sendo necessárias mais alas Covid para atendimento de pacientes e no ápice da pandemia o atendimento Covid permeou por todo o hospital, devido a clusters (aglomerado de casos) e surtos internos.

Referidos surtos tiveram impactos também para os trabalhadores que eram grupos de risco e estavam a princípio em alas não Covid e acabaram cuidando de pacientes Covid.

Com o avanço da pandemia a demanda aumentou ainda mais. (...) Outras estratégias para conseguir acomodar, porque quando chegava SAMU é um caso que eu não programo (...) o SAMU chega eu tenho de receber, tenho de ter um espaço. (...) Mais algumas adaptações, adaptamos todo o pronto socorro pra separar duas salas de emergência, um lado para receber

pacientes não Covid e outra sala de emergência se transformou todas em isolamentos, com isso perdemos vagas, também fomos perdendo muito adaptando para a Covid pensando sempre em receber a pandemia que estava descontrolada, que a gente estava tendo um aumento muito significativo. (P8)

Infelizmente a ideia era boa, de deixar um lado não Covid, mas a Covid ele acabou se espalhando por outro lado em termos de que não teve jeito entendeu, para nós em termos de cuidado era ruim lá, (...) a enfermagem do lado de lá é uma enfermagem que não tava acostumada com paciente grave. Muito difícil para nós esse cuidado desses pacientes em alguns setores, né, mas assim, no dia a dia deles, a gente tentava realmente deixar eles separados (P7)

Hoje é tudo Covid, não tem mais separação ala Covid ala não Covid, hoje é tudo Covid. (P12)

A nova estruturação significou aumento de leitos de UTI de vinte para quarenta, recebimento de ventiladores, atendimento de pacientes graves nas enfermarias e retaguarda do hospital de campanha para pacientes não Covid para o hospital.

O que aconteceu de mais grave foi em 2021, apesar da gente tá com toda a estrutura montada, ter uma certa folga que aconteceu nos meses de novembro, dezembro e até meados de janeiro, a segunda onda pela variante Gama veio muito forte, a partir de... começo de fevereiro principalmente e ultrapassou os limites que nós tínhamos capacidade, então nós tivemos problemas de pacientes entubados em esquema de UTI, que não tinha vaga nas unidades de terapia intensiva, eles ficavam na enfermaria e isso é muito ruim porque você não tem uma assistência de enfermagem e médica adequada, tivemos sobrecarga também no pronto socorro, uma fila de espera muito grande e aí foi necessário, né, muita gestão. (P5)

No começo a gente tinha pouco, né, pouco, acho que começou com três enfermarias, um pouco de UTI, mas agora, infelizmente, a gente já tá estendendo para muitos leitos, assim, grande parte do hospital hoje já é paciente com suspeita Covid, mesmo pronto socorro, é isso. (P6)

Estruturamos novamente, teve uma nova estruturação no Hospital, nós começamos com vinte leitos de UTI Covid e aí vimos a necessidade de aumentar, aumentamos pra quarenta leitos de UTI Covid. Para transformar estas UTI nós tivemos de perder leitos de enfermarias porque o espaço físico é o mesmo, a gente não construiu nada, (...) nós recebemos ventiladores, recebemos toda a estrutura de uma UTI, mas num espaço físico de uma enfermaria. (P8)

Daí em janeiro, final de ano, começou a vir um monte de caso

em janeiro. Nossa, chegou a segunda onda, né, começou o pessoal a falar segunda onda. Teve aumento grande que a gente percebeu, daí esses pacientes eram mais graves. A maioria dos pacientes precisavam ser intubados, (...) Era um ou outro que a gente intubada na enfermaria. Só os casos específicos que tivessem mesmo bem grave. (P14)

Não tinha vaga de UTI, na maioria das vezes não tinha vaga e a gente tinha que fazer todas as intubações e o paciente ficava na nossa enfermaria. (P14)

Os treinamentos para os profissionais contratados pelo edital de emergência foram relativizados pelo contexto que era imposto pela própria pandemia e pela necessidade de pronta atuação.

Houve então uma mobilização comum dos gestores para treinamentos intensivos dos recém contratados, sendo que colaborativamente com atuação conjunta proporcionaram ensino de forma inclusive a evitar erros médicos.

Bastante, bastante contratação agora de novos funcionários né. Houve uma contratação enorme e temporária de funcionários pra ajudar, porque as enfermarias estavam realmente sobrecarregadas. (P2)

Antes era um funcionário que entrava, né, tinha o processo seletivo, era mais devagar. Agora foi um boom, né? De repente teve uma contratação de 50 técnicos e 40 enfermeiros. Chegou, chegou um monte de gente nova, uma equipe nova inteira, e aí teve que, foi bem trabalhoso. (P14)

A gente que foi treinando. A gente mais experiente, a gente foi ensinando, acompanhava, toda técnica, todas dúvidas, então desde paramentação, medicação também. (P14)

Outra questão que a gente tem é criação de leitos novos sem ter treinamento, que gira em torno de oito horas. (...) definiu que seria de uma hora e meia, (...) na pandemia parou-se, né, de fazer as integrações, e aí isso também parou, porque a pessoa chega e não sabe o que fazer. Se acidenta e não sabe nada. (...) A gente está falando de funcionários que não tem experiência, muitos deles trabalham numa área Covid. (P1)

Não dava tempo (...) colocou um treinamento intensivo para esses profissionais que fossem entrar, não é o ideal, mas é uma coisa que minimizava um pouco os erros, (...) a CCIRAS ia falar sobre precauções, tipos de precauções. (...) Todo mundo teve que ajudar, (...) a gestão teve que assumir muita coisa que não era da gente para ajudar as outras áreas. (...) Quando eu precisei de ligações eles vieram, ajudaram, quando precisou dessas

capacitações todo mundo que era gestores e enfermeiro teve que dar uma aula, para ajudar na assistência, (...) teve uma diminuição dessa dificuldade de, desses erros, né. (P8)

Embora acontecessem os treinamentos internos no hospital, foram mencionadas ocorrências de que nem todos trabalhadores usaram equipamentos de proteção individual, como máscaras e/ou realizaram distanciamento social.

Semana passada a gente teve um treinamento sobre a parte de desinfecção, da higienização, eles deram um cursinho básico, porque a gente já sabe a rotina, mas para você ainda cada vez mais ter um conhecimento né, o descarte certo de agulhas. (P15)

Agora o comportamento das pessoas (...) não há como você controlar 100% das pessoas 100% do tempo. A gente vê o surto de churrasco, (...) tivemos que suspender um residente que não queria manter o distanciamento social no refeitório. (...) Negação à ciência tá dentro também dos profissionais de saúde, (...) talvez não por uma questão intencional, (...) baixa a guarda naquele momento. (P5)

Via de regra a proteção individual no momento da assistência foi adequada, (...) momentos de relaxamento que a gente via, quebras de segurança, a gente via criação de espaços vulneráveis. Fora os espaços fora do hospital, porque tem muita gente(...) que se cuida muito, mas que faz churrasco com a família com 30 [ou] 40 pessoas em casa. (P4)

Os fluxos e procedimentos de trabalho foram organizados e definidos entre os setores, com o decorrer da pandemia, embora a quantidade de pacientes hospitalizados fosse maior nesta fase.

Hoje as coisas já estão mais estruturadas, apesar da gente ter um número absurdo de casos, a gente já sabe o que fazer, então, é mais fácil nessa parte, a gente tem mais trabalho, mas pelo menos já está mais organizado. (P6)

Para sair do isolamento é caso a caso, (...) precisa ter dois... se a suspeita é baixa de Covid é um Swab negativo e todos os pacientes nossos que internam fazem Tomo, então Tomo não sugestiva de Covid e o Swab negativo (...) você tem muita checagem, essa checagem...(P7)

Então tinham uns finais de semana que fechava o laboratório que fazia o teste Covid, (...) ficava cinco dias sem teste, (...) desmonta o sistema, porque se não sai do isolamento não roda (...)os pacientes continuam chegando todo dia. (...) Estresse das

peessoas que estão ali no dia a dia, de que vê que fala assim “se ficar cinco dias sem exame o negócio entra em colapso, né. (P7)

Foi necessária a implementação de outras medidas de segurança para os trabalhadores, como conscientização para resguardar informações internas, instalação de câmeras de monitoramento, gravação de ligações e vigilância por ronda, ante a ocorrência de situações de ameaças.

Colocamos trava de segurança no NIR. (...) Só entram profissionais que tenham crachá cadastrado aqui. (...) Começou ameaça por telefone querendo, muita gente querendo pagar por uma vaga e eu tive de lidar com isso (...) porque dependendo das respostas poderia caracterizar como venda de vaga. (...) Um dia que cheguei na minha casa, (...) tinha uma mulher sentada na rampa, (...) no portão, “me falaram que é só você que poderia liberar vaga, que é você só que pode salvar meu marido, né”. (P8)

Aí virou tudo aquela coisa, facebook, rede social, começaram as ameaças, né, “me falaram que e só você que pode liberar só você pode me ajudar”, e aí a gente teve de ter um momento de proteção, (...) tivemos que pensar como se (...) as ligações foram gravadas e trava de segurança, (...) começou a passar uma ronda, (...) fizemos uma política para o hospital inteiro. (P8)

Embora respeitadas todas as medidas de proteção, nos momentos de relaxamento e descontração, havia encontros dos trabalhadores que estavam vulneráveis e precisavam desse momento de descanso, mas tornou-se de alto risco de contágio.

Distanciamento na cozinha, porque cozinha é um local que todo mundo se reunia, era aquele momento então revezamento, (...) no máximo dois na cozinha. (P8)

Quanto à questão do segmento, né, das medidas de proteção pelos profissionais. (...) Na assistência, as medidas de proteção passaram a ser bem seguidas que não eram tão antes quando precisava do isolamento, mas curiosamente tem o fenômeno que a gente chama o fenômeno da copinha, (...) tem a enfermagem mais bem treinada para isolamento de todos. (...) Tinha o isolamento perfeitamente, mas de repente estava seis delas sem máscara numa copinha apertada tomando café juntas. (P4)

5.3.2.2 Emoções, sentimentos e comportamentos desafiadores

Quanto aos acidentes de trabalho, foram citadas ocorrências de trabalhadores contaminados pela Covid-19, acidentes comuns, erros médicos e afastamentos por saúde mental.

É, acidente, falando dos Cvids eles acompanharam um aumento – aumentava no município, também aumentou aqui no hospital. Em relação aos acidentes comuns, aí a gente não, dos acidentes típicos, né, tirando a Covid, num primeiro momento não, e depois a gente começou a perceber um aumento, um aumento sim dos acidentes. (P3)

Aí a gente começou a perder muita equipe, né, foi numa época que os profissionais começaram a adoecer, eles começaram a desenvolver, não era mais o público de fora que estava tendo Covid, o público daqui de dentro também estava tendo Covid, também estava desenvolvendo o sintomas. (P8)

Causou outro estresse porque eram profissionais novos tendo que lidar com a mais alta complexidade que tinha, né, então aconteceram os erros, porque a gente tem um aumento de erro de enfermagem, tinha erro médico maior, (...) demanda muito grande, não conseguiam dar toda assistência, eram erros que não ocasionaram situações muito graves, mas eram erros, coisas que aqui a gente não errava antes. (P8)

E assim, no padrão nosso, a gente percebe que o que acontece nos outros anos, são os CID M e CID F. Na pandemia, (...) tenho a impressão que a gente teve um aumento do CID F, (...) é saúde mental. (P3)

A gente estruturou o fluxo, então a gente analisa todos, conversa com todos os funcionários que tiveram Covid, e tem um fluxo estabelecido com os médicos do trabalho da medicina e depois ele dá o parecer junto com a gente se tem maior ou menor possibilidade de ter sido aqui e a gente abre a comunicação de acidente. (P3)

A segurança foi impactada quando houve os surtos de Covid-19, sendo que diante do colapso, os pacientes foram tratados nos setores que se encontravam, pois não havia vagas no setor Covid.

Lá é uma área não Covid, só que aí, de repente, um paciente que não era suspeito, começou a ser suspeito, começou a apresentar alguns sintomas, então isola ele. Só que para onde ele vai? Para uma ala Covid, só que lá está cheio, então tem que esperar um leito. (...) Na área não Covid começou a ter alguns pacientes Cvids. Pulverizados, (...) preocupação grande, porque a gente está com o grupo de risco, lá. (P1)

Nesse período, começa em janeiro e vai até maio de 2021 nós tivemos muitos surtos dentro do hospital, acometeu tanto profissionais como paciente, além da nossa situação aqui de ficar, em termos assistenciais, insustentável, nós tínhamos pacientes que não dávamos conta, (...) tivemos outras áreas como a unidade de AVC e a hemodiálise em que houve surtos grandes envolvendo pacientes e profissionais. (P4)

Ficou muito claro e até porque a gente consegue fazer o sequenciamento genético que os casos de Covid em profissionais de saúde aqui no Hospital foram de transmissão fora do atendimento ao paciente. (P5)

Ai nós tivemos um surto de Covid do SARAD (...) ficando um pouco de pacientes Covid lá, porque a gente não conseguia absorver todos. (...) Também pacientes que a gente mandava para o Estadual desenvolviam sintomas depois de um tempo lá, e aí começou a ter Covid no Estadual, então assim, em todo lugar começou a ter Covid, né, então a gente não conseguia ter mais aquela separação. (P8)

Paciente ele interna como não Covid e aí desenvolve os sintomas durante a internação, aí você não tem leito vago nas enfermarias Covid e tempo hábil para essa transferência, acaba ficando este paciente um tempo até essa movimentação dos leitos até a liberação dessa vaga e aí o funcionário acaba que ele não era da área Covid cuidando de um paciente Covid. (P8)

O período foi caracterizado pela falta de insumos para os cuidados.

Só quando está faltando, como estava tendo umas faltas de medicações, teve que se adequar, né. Ah! Eu não tenho essa medicação, mas eu tenho essa, vamos utilizar essa, a gente tenta fazer o melhor pra intubação. (P14)

Então esse foi um período particularmente preocupante porque nós lidávamos com a possibilidade da falta de insumos hospitalares, houve de fato, falta de insumos, (...) tubo pra colher exame de sangue (...) começaram a ser racionalizados, (...) risco de falta de máscara. Houve falta de muitos antibióticos, (...) o que a gente não teve, graças a Deus, foi falta de oxigênio que vários lugares de São Paulo tiveram. Essa foi uma situação muito assustadora. (P4)

Chegou a um ponto que a gente não tinha ventilador mecânico, tava um desespero. A UTI que fica um paciente em cada quarto, tava colocando dois pacientes um do lado do outro. (P14)

Nesta fase de evolução da pandemia que o hospital encontrava-se com demanda de pacientes maior que sua capacidade instalada, foi

necessário realizar coorte⁶ de pacientes.

Nós tivemos que fazer muito o que a gente chama de coorte, coorte é o nome. É um termo técnico para juntar paciente no mesmo quarto isolamento. (P4)

A gente teve que fazer coorte de pacientes confirmados (...) lá na entrada da emergência (...) a gente tentou evitar isso ao máximo, onde a gente colocou dois pacientes dentro de cada sala, mas isso realmente foi exceção, tá. (P7)

Idealmente as pessoas ficavam em isolamento individualmente, mas duas pessoas com Covid podiam ficar no mesmo quarto? A gente evitava porque existe uma teoria que um pode aumentar a carga viral do outro quando fica no mesmo quarto, mas quando não foi mais possível, a gente começou analisar caso a caso quem podia ficar junto. (P4)

Uma discussão sempre que a gente teve com a supervisão é a questão de fazer coorte, né, a gente não gosta muito (...) de fazer coorte, de colocar paciente Covid com Covid porque o paciente A pode ter a variante Gama, e o paciente B a Delta, (...) mas é óbvio que num momento de falta de leito a coorte é necessário. (P5)

A gente chorou muito que foi uma rotina totalmente diferente. (...) O psicológico mexeu muito porque são pacientes que realmente são críticos, né, e atenção da gente é dobrada e quando chegou no 100% aconteceu da gente ter que fazer coorte (...) dois pacientes no mesmo quarto, dois pacientes intubados e aí começou a bater o desespero, (...) não tinha mais aonde nós colocar. (P15)

Teve um surto (...) tava colocando os pacientes positivos tudo no mesmo quarto, fazendo coorte, porque não tinha mais (...) quase toda a nossa era Covid, as UTIs, as enfermarias. (P14)

O fluxo de vacinação entre os trabalhadores originou conflitos e insatisfações daqueles que não foram considerados primeiras prioridades.

As pessoas que foram vacinadas, (...) Os que estavam na linha de frente e contemplava não só funcionários diretos do hospital, mas terceirizados, (...) pessoal da limpeza que estão diariamente na UTI Covid (...) é extremamente perigosa. (...) Foi então essa priorização, (...) nós recebemos três mil doses pra mil e quinhentas pessoas, mas nós tínhamos cinco mil pessoas para serem vacinadas, então foi uma conta que nunca ia fechar. (...) Muitas pessoas descontentes, mas o processo foi muito

⁶ Internar pacientes em coorte representa o agrupamento, em um mesmo espaço de internação, de indivíduos com características clínicas ou epidemiológicas comuns entre si, medida aplicada diante da escassez de leitos hospitalares de isolamento.

transparente, (...) fez algumas reuniões por meet com as áreas para explicar esta priorização e aí as pessoas tinham a liberdade de colocar suas opiniões, (...) muito transparente, burocrática, democrática. (P9)

Aí começou a briga pela vacina, né. Como brigaram por vacina na época que nós começamos vacinar. Todo mundo brigava, os profissionais brigando porque ele não era o primeiro, porque ele era o segundo, porque então virou uma guerra dentro do hospital. (...) Foi assim várias fases que nós fomos passando, que tínhamos de vencer dia a dia aquela dificuldade. Se resolvia um problema, apareciam dez. (P8)

Foram diversas situações traumatizantes que envolveram mortes, falta de recursos, sofrimento e pressão, ou seja, houve impactos emocionais na saúde dos trabalhadores, inclusive os responsáveis pela gestão. Mas, houve integração entre os serviços intra e interinstitucionais que se esforçaram para superar essas situações.

Mas teve um momento muito crítico que nos causou temor de que nós não fossemos conseguir, inclusive manter a qualidade do atendimento, isso foi durante o mês de abril, começo do mês de maio. (...) Excesso de pacientes em todas as instâncias e somente com a colaboração da prefeitura, com a criação dos hospitais campanha foi possível desafogar (...) depois com o início da vacinação (...) a partir de abril, maio e junho isso começou a ser mais efetivos, os números começaram a cair. (P5)

Algumas dessas mortes foram decorrentes de falta de um atendimento médico e de enfermagem adequados, (...) teve um plantão que eu dei aqui (...) simplesmente a gente não sentou... Não é que a gente não dormiu, nós não sentamos, 24 horas, a gente se revezando (...), então algumas dessas mortes tem essa questão, colapso de saúde, (...) não foi aquele colapso do paciente não conseguir ser entubado, que talvez seja pior, foi talvez de não ter uma assistência de medicina intensiva otimizada, (...) talvez os pacientes sejam mais graves no SUS. (...) O hospital neste momento colocou claramente... admitiu que estava em colapso, e deixou isso muito claro para os meios de comunicação, nós falamos disso com o prefeito. (P5)

Uma das maiores dificuldades nossa, no momento, é a superlotação, é o colapso do sistema, a gente tá aí com mais de quarenta leitos ocupados, colocando dinheiro do bolso para pagar leitos Covid, porque os quarenta leitos não dão conta, a gente tá com uma fila de espera muito grande. (...) E a gente tá tendo problemas com a CROSS, porque a gente não consegue mais admitir pacientes aqui, então assim, tá muito complicado. (P11)

Acho que é a maior demanda que já tivemos, (...), pegar respirador de lugares x, por exemplo, um respirador do pronto socorro infantil, um respirador da UTI pediátrica, enfim, para fazer uma força tarefa para não deixar desassistidos esses pacientes que estavam chegando, (...) uma coisa assim inimaginável, não tem, não vai ter como atender todo mundo, a gente sabe disso. (P9)

Aí teve um aumento que explodiu aqui dentro do hospital, que a gente viu que não ia dar conta com a estrutura que a gente tinha pra receber, e o hospital se tornou referência nessa mesma época pra atendimento Covid pra toda região. (...) A gente não tava conseguindo controlar nem aqui, de repente vem que a região não tinha estrutura também e estavam lotados. (P8)

Várias vezes eu me deparei com os municípios me ligando de madrugada (...), “acabou o oxigênio e eu tenho dois pacientes aqui, os pacientes não consegue respirar mais, porque não tenho oxigênio”, e a gente com uma sala de emergência lotada, (...) aí eu acabei trazendo dois pra cá e mandando dois lá para o pronto socorro adulto que a gente também gerencia vagas de lá, e eles receberam a mais sem ter também condições de receber, para conseguir suprir esses pacientes que estavam morrendo asfixiados por falta de oxigênio, tanto que teve um que morreu no transporte, porque acabou o oxigênio, então assim, é, aí começou a lidar com o psicológico. (P8)

“Um leito pra cinquenta entrar” (...) tinha de ver a gravidade, qual é o mais grave e às vezes todos estavam graves, então o médico tinha de priorizar quem iria primeiro pela idade, se tinha comorbidade, se beneficiaria ir pra nossa UTI ou não. (P8)

Uma coisa que me preocupava muito era ter que fazer escolhas de investimento baseado, por exemplo, na idade, (...) não dar o investimento para uma pessoa que eu normalmente investiria, (...) eu investiria normalmente nessa pessoa, eu entubaria ela, por exemplo, mas eu deixei de entubar porque eu tive que entubar um mais novo, isso nós não tivemos aqui, foi muito pouco se a gente teve, isso foi uma coisa que me preocupava muito. (P7)

Exatamente, que ia chegar uma hora que a gente ia decidir quem ia morrer de verdade porque a gente tinha tanta gente grave, tanta gente grave ao nosso redor, que a gente começou a ver a idade, começou a ver o prognóstico, né, e trazer aquele que realmente se beneficiaria de chegar aqui, às vezes porque era o mais grave, porém o prognóstico dele era muito ruim pra ele ir pra UTI, a chance dele se recuperar não seria tanto como outro paciente que às vezes viria e melhoraria na UTI, então toda essa parte também, essa pressão psicológica de você fala não sabendo se o paciente ia morrer na origem, né, era muito complicado. (P8)

É só a gente ver o nosso número de morte, mas tem ainda gente que consegue negar essas coisas, (...) dar notícias ruins, (...)pelo

telefone, tinha as visitas virtuais que aconteciam basicamente com as pessoas melhores, né, ou mostrava lá o paciente entubado, mas você ter que contar notícia ruim sem poder olhar, olhar para o rosto dos familiares é uma coisa que é horrorosa, espero assim realmente que a gente demore muito tempo para ter uma coisa dessa de novo porque é um desgaste muito grande. (P7)

Agora falando uma das coisas que mexeu muito com a gente, assim a gente tem aqui recentemente nós perdemos uma colega de trabalho não do nosso setor, mas uma vizinha aqui, (...) ela tinha vindo aqui uma semana antes. (P9)

Marcante, realmente é a questão quando há uma morte. Quando há uma morte envolvida, ou uma quantidade maior de pessoas infectadas que acabam numa situação ruim. (...) Teve ali um cluster, um monte de gente se infectou na copa (...) uma festa que foi dada, uma confraternização e ali acabou com o óbito de algumas pessoas, então isso foi bem marcante. (P2)

O impacto nos líderes responsáveis pela gestão também foi revelado por participante das entrevistas.

Comecei a ver meus profissionais adoecendo, porque psicologicamente, eles tinham a ficha do paciente, eles tinham que cuidar desse paciente à distância, tinha um hospital lotado que a assistência não tava dando conta também, e que não tinha profissionais capacitados e tinha os municípios que estavam acabando recursos, (...) foi muito ruim, (...) iam trabalhar, eles começavam chorar a hora que começava a cair as vagas, porque (...) hospital gigantesco não conseguia mais absorver. E assim a gente enquanto gestor, a gente sofre também, porque enquanto você está com a equipe lá, firme e forte, “vamo, vamo, vamo fazer o melhor”, mas na hora que você começa a ver que eles estão adoecendo, que a pressão estava aumentando e eles estavam adoecendo, foi um período muito difícil. (P8)

Outros relatos de vivências traumatizantes, foram as ameaças recebidas, via telefone, presenciais e por redes sociais, além de ameaças pelos próprios trabalhadores do serviço hospitalar para que fossem disponibilizadas vagas de internação para pessoas com Covid-19.

Tinha uma enfermeira só, nesse dia, tinha faltado outra, o acompanhante entrou e ameaçou ela, prendeu ela na parede, ela não conseguia chamar o segurança, né, porque ele falou: “Eu só saio daqui na hora que eu conseguir a vaga”. (P8)

A gente trabalha sim, sobrecarregado, hoje eu falo assim, que eu vejo muito nas redes sociais todos postando “ah são uns heróis,

não são os jogadores de futebol”, eu penso assim, será que nós vamos ser reconhecido agora, (...) não saio mais da minha casa com roupa branca inteira igual eu saía, eu já saio com uma outra roupa e trabalho com a roupa de lá, do hospital, por quê? Porque quando você vê, as pessoas reparam, que você precisa parar no posto para abastecer, (...) a pessoa se afastar de você porque você tá vindo de um hospital, eles acham que a gente vai contaminar eles, então nós trabalhamos no meio ainda de discriminação. (...) Falam que os enfermeiros, médicos, nós somos heróis, mas nem todos pensam desse jeito, eles discriminam. (...) A gente trabalha por amor, tá lá pelo próximo, eu falo “a gente deixa o amor da vida da gente na casa, e trabalha pelos amores dos outros”, mas nem todos reconhecem o nosso trabalho. (P15)

Qual era a acusação dos familiares? Meu pai, minha mãe não tinha, quando ele entrou aqui ele negatizou, então ele pegou aí com vocês, vocês contaminaram. Eles achavam que a gente do hospital contaminou. Mas aí a gente tentava explicar pra eles, algumas pessoas entendiam, outras não. (...) aí era difícil deles entenderem. (...) Falavam que a equipe de saúde que estava contaminando eles, que no começo até teve, se você sáísse no começo da pandemia, se você falasse que era do hospital ou da área da saúde, da enfermagem principalmente, todo mundo falava: “Meu Deus, vai contaminar a gente”, você percebia isso. (P14)

Assim, é o que mais sofreu preconceito mesmo, se você falasse que era da enfermagem, queriam distância de você. (P14)

Cada setor tem um uniforme, uma camisa bonita, uma roupa e é escrito o setor que você trabalha. (...) Falavam que não podiam com essa roupa andar na rua ou entrar no mercado pra pegar uma coisa rápida. Tinha que trocar de roupa, porque se você chegasse, todo mundo olhava para você e falava: “mas você tá no hospital e você veio aqui, você vai por todo mundo contaminado”. (P14)

Mas aí entrava outros problemas que era a família não querer que fosse para outro serviço, (...) ele tem um hospital de alta complexidade e eu ter que tirar ele e levar ele para Kos, para família isso foi, “não quero, não vai, porque lá não tem a estrutura do hospital”, porque o hospital é uma mãe pra todo mundo, né? (...) Começou aumentar um pouco a pressão aqui (...) descobriram o telefone do NIR e começaram as ameaças. (P8)

Às vezes as pessoas acham que tendo conhecidos ou tentando ameaçar as pessoas poderiam passar na frente aquela pessoa. Nós temos uma ordem de prioridade, (...) aí ele veio aqui ele conseguiu entrar no hospital, a gente não sabe como, se ele é funcionário, se ele conseguiu acesso por um funcionário, mas ele descobriu aonde era o núcleo interno de regulação. (...) Ele falava: “eu não tenho mais como pagar, você vai liberar, sim”. E outras pessoas: “o que eu tenho que te dar pra você liberar essa vaga pro meu parente? O que eu posso lhe fornecer, eu sou o

vereador, eu sou isso sou aquilo” ... Às vezes utiliza cargos, às vezes utiliza dinheiro pra tentar conseguir essa vaga. (P8)

Porque todo mundo tinha um parente, todo mundo era funcionário, né, e aí eu tinha muitos pacientes graves, então a gente segue esse critério de gravidade à risca, se for um funcionário e está grave, ele vai ser primeiro, se ele não estiver grave, ele não vai conseguir essa vaga, a gente negou muitos funcionários, (...) aí gera tumulto porque os outros do mesmo setor vinham aqui, “mas é nosso, não sei o quê”. (P8)

Pacientes conhecidos então, era mãe de um funcionário, era pai de um funcionário, era um irmão de um funcionário, era funcionário, né (...) Às vezes profissionais era da área Covid que tava cuidando e eu não conseguia puxar a mãe dele que tava lá no grave, né, então ele cuidava de um, mas a mãe dele estava precisando de uma vaga, aí começamos a lidar com mais essa situação de funcionários que tem acesso aqui a chegar chorando, nervosos, ligações precisando dessa vaga, então foi um período assim que eu falo que a gente viveu unicamente, né, eu espero nunca mais viver esse período na minha vida, preciso que passe porque os profissionais não aguentam mais. (P8)

Porque teve médico que brigou comigo falando assim, “é mais a minha tia que está lá em (...) eu sempre trabalhei aqui e agora eu não consigo trazer”. (...) Então a gente teve de dizer não pros nossos e isso gerou uma revolta porque as pessoas não entendem. (...) Me dói, me doeu muito falar não, eu achei que eu fosse ficar meio doente por que tudo, toda vez que eu tinha esse embate, né, (...) então eu pedia apoio pra superintendência (P8)

A mudança no perfil dos pacientes internados foi notória, sendo que a doença que no início acometia idosos com comorbidades, passou, no início de 2021, a acometer pessoas mais jovens.

Modificou sim, porque no começo da pandemia eram as pessoas mais de idade, com comorbidades. E no começo desse ano nós observamos que eram as pessoas mais jovens que estavam a adoecer, (...) esses pacientes mais jovens eles demoravam mais pra sair da UTI (...) As altas que tinham eram óbito, né, então os pacientes estavam graves. Então essa a mudança no perfil. (P8)

Mas esse foi um risco que a gente teve e é o risco que tá correndo hoje. Hoje, com as mudanças que tá tendo, além dos jovens, as gestantes também têm falecido, as novas variantes têm relação com isso. (P1)

Não tinha o que fazer, você ficava olhando, o cara estava entubado, ele ia piorando, ele dialisava, você fazia ventilação protetora, fazia prona, fazia tudo que a gente consegue fazer aqui, a gente só não tinha “equimo” aqui para fazer, (...) é uma situação desesperadora, então eu acho que assim, só quem vê

isso consegue ver que a pandemia existiu e ela foi muito grave, né? (P7)

Momentos dramáticos que a gente viveu. Eu acho que a gente teve do começo muito mais morte de pessoas idosas, depois da vacina, no pico, era muita gente jovem morrendo (...) é uma coisa que abala muito, então a gente tinha muita gente, muita, não era pouca, era maioria da UTI, em torno de 30 a 40 anos e essas pessoas tinham filhos pequenos, sabe, 6, 5 anos e era mulher e ele ou o contrário e a gente perdia esses pacientes, perdia assim 5 pacientes por dia nessa UTI. (...) Teve um lado de perda e de lidar com isso que é muito difícil, para gente que não estava acostumado a perder esses pacientes tão rápido e tão novos, (...) era um ambiente horroroso. (...) Foi muito, muito, realmente muito ruim. (P7)

Foi relatada a falta de conscientização na sociedade.

Porque tem muitos que só sabem dar valor quando cai lá dentro, (...) aí vai saber valorizar a vida e saber que a nossa vida é um... não tem dinheiro que pague, a nossa saúde não tem dinheiro que pague, né, a paz da gente. (...) Se o povo tivesse essa conscientização ia ser melhor, porque eu vejo muitos que estão recebendo a vacina eles acham que eles já estão ficando... que já pode tirar uma máscara, já pode sair. (...) Eles não vão reconhecer muito esse lado ainda, tem muitos hipócritas nisso ainda. (P15)

Foi relatado o medo, insegurança, sobrecarga e tristeza. A superação de momentos intensos e desafiadores demonstrou a resiliência dos trabalhadores da saúde, que além de resistirem, tinham motivação e propósito na realização de suas funções.

É uma luta né, uma luta grande, é um desafio todo dia, a gente tá sentindo mais ou menos na pele, (...) esse medo, essa sensação de insegurança, de vir trabalhar e ser contaminado, se não passar mal, levar esse de levar essa contaminação para outras pessoas, sejam para desconhecidos ou família, tenho pai e mãe que são idosos, antes eram grupos de risco, hoje todos são grupos de risco, mais eles ainda mais, desafio gigante, (...), a carga de trabalho duplicou ou até mais. Antigamente fazíamos na área de telemedicina cem atendimento/mês, na época do início da pandemia chegou a ter quase trezentos atendimentos, (...) para fazer essa inclusão digital, para fazer esse acolhimento, a humanização, de implantar a telemedicina, o teleatendimento. (P13)

Vamos lutar, não vamos abandonar... Eu falo que a gente vestiu uma camisa para uma guerra. (...) Eu falo que nós vestimos uma camisa para entrar numa guerra e nós só vamos sair dessa

guerra quando Deus permitir, porque nós sabemos que nós vamos vencer e eu tenho certeza que nós estamos chegando no final. (P15)

Foi um momento que estava em guerra, quando você está em guerra não adianta, você tem que fazer aquele momento lá uma coisa mais assertiva e eles fazendo atendimento. Então as muitas vezes eram médicos até mais velhos que eu, que eu tinha que dar ordem de outra especialidade para ir lá, colher uma gasometria, examinar o paciente, mas isso aconteceu de forma muito tranquila. (P5)

A resolver problemas em situações que apareciam e você tem que dar respostas naquele momento, a se virar, se cuidar, a ir conversando com os demais, a dar respostas, e acho que também um pouco mais de paciência, não sei, porque está todo mundo passando por isso. A equipe mesmo relata isso, ter que ir pra área com medo, de ir pra área com medo de adoecer, e ao mesmo tempo ter que passar confiança aos funcionários, acho que foi um pouco disso pra todo mundo. (P3)

A gente entrou numa pandemia, nós ficamos muito amedrontados porque foi muito difícil, uma coisa nova, uma aprendizagem nova, uma pandemia que veio muito assustadora, que eu não imaginava que eu ia pegar uma época dessa, mas confesso que no começo foi bastante difícil, muito... Mexeu muito com o psicológico de todos, mas a aprendizagem para nós tá sendo muito boa, teve muitas mudanças, porque era fácil de a gente entrar dentro de um quarto conversar com o paciente, conversar com a família, você poder se abrir, tentar ser uma família, depois foi mudando tudo, portas fechadas, isolamento, você teve que mudar a rotina, trabalhar com a N95, 24 horas, se paramentar, touca, avental, Face Shield, luvas, lavagem de mãos que sempre a enfermagem tem toda hora, isso é essencial, né, e a gente teve que mudar tudo. (P15)

As decisões tomadas, elas, várias delas, tiveram que ser tomadas mesmo às custas da nossa equipe ter que trabalhar muito. (...) Modo geral as decisões eu acho que elas foram importantes para a gente ter conseguido passar pelo menos esse pico aí, pior da pandemia, (...) Nosso departamento, principalmente na questão da pesquisa clínica cresceu muito, (...) tá com muita pesquisa relacionada com a indústria, então acho que para faculdade de medicina isso foi um crescimento, eu acho que a parte de valorização do médico e dos outros profissionais de saúde, pelo menos por parte da população, acho que talvez tenha aumentado, (...) na verdade era uma roleta russa né, e quando a gente chegava em casa a gente falava “ufa, hoje eu não peguei”. (P7)

Desde o início da pandemia a gente trabalha muito sobrecarregado. (...) Abriu os concursos para trabalhar, mas ninguém quis entrar na área por ser Covid, (...) então a gente acaba trabalhando sobrecarregado. Eu acho que os guerreiros que tiveram na luta vão ser eles que vão chegar até o final. (P15)

Ampliou muito o nosso trabalho (...) como docente e os médicos da disciplina, porque nós criamos muito estágio novo onde a gente não passava, então não teve nenhum dia que a gente não veio aqui, inclusive as pessoas com mais de sessenta e cinco (...) todos os docentes tiveram que continuar para que a gente conseguisse se dar conta de checar esse número de residentes, porque eles também estavam ansiosos porque era diferente para eles. No começo ninguém estava vacinado, eles precisavam desse suporte nosso, visto que a gente realmente praticamente fez o serviço que tinha que ser feito da Covid no hospital. (P7)

A gente faz mais plantões, a gente faz horas extras, mas é tudo no acordo. (...) Eu oriento minha equipe e incentivo bem eles, a gente tá aqui porque a gente quer. A gente gosta do que a gente faz? Gosta, mas a gente ganha para tá aqui. Então a gente vai fazer o melhor pra eles, porque eles não pediram para estar aqui, ninguém pediu. (...) Mas a sobrecarga foi grande, de toda a equipe, tanto técnicos, como enfermeiros, equipe médica, fisioterapia, porque todo mundo que se afasta, você não tem outra peça para reposição, você não tem outro funcionário para, olha não tenho aqui você vai entrar no lugar, então você tem que se cobrir mesmo entre você, é sua equipe ali mesmo. (P14)

A gente está enfrentando uma dificuldade por dia e a gente está fazendo valer a pena nosso trabalho, sabe, pelo menos a gente estamos dando tudo de nós. (P9)

5.3.3 Aspectos de aprendizagem

Nesta fase de crise e colapso do sistema, a necessidade de mudança de fluxos no complexo hospitalar também permitiu maior interação e colaboração entre os setores para tomadas de decisões conjuntas uma vez que as atividades eram interdependentes.

Sempre mais de um setor, não dá pra falar sozinho, se vai discutir uma coisa sobre agendamento, vamos liberar o ambulatório e tem de envolver a assistência, aí tem que envolver a enfermagem que vão atender, tem de envolver a equipe médica que vai atender, tem que envolver a parte da recepção, a parte da segurança. (P8)

Não é só o núcleo de telemedicina que faz acontecer, mas envolver muita gente, é CIMED, NIR, equipe de enfermagem, de psicologia, T.O, assistência social, DGAA, núcleo de eventos, núcleo da gerência acadêmica, então é muita gente que trabalha ali, a multidisciplinaridade é muito importante e faz com que cresça o projeto. (P13)

O CIMED é o centro de informática médica do hospital e o NIR, é o núcleo de regulação interna, é o NIR que vê os leitos do hospital, Então é uma rede na verdade, que sustenta a

telemedicina no hospital. (...) Quando falta um departamento a rede se quebra, então fica difícil. (P12)

Acho que a gente se uniu muito mais(...) a gente não faz nada sozinho, né, sempre precisa do outro, é uma rede mesmo e acho que na pandemia, foi, SESMT, imagina, é tudo via whatsapp, (...), para o NIR, para diretora do NIR. (...) Até então a gente não tinha essa interação (...)a pandemia fez isso, SESMT, RH, então eu acho que a gente está muito mais entrosado. (P12)

Departamento de compras, de logística de atendimento, a gente teve uma aproximação maior, dentro desse departamento com o núcleo de padronização. (...) Reuniões constantes com o CRIE, (...) CCIRAS, a gente procura conversar. (...) É, com a gerência de enfermagem acho que continua da mesma forma, (...) núcleo de suprimentos. (...) Pronto socorro é o setor que a gente tem uma proximidade muito grande, em função de que esse setor é o setor que faz os testes pra gente dos EPI. (...) Núcleo Interno de, o NIR, é o núcleo de gerenciamento de leitos, a gente tem uma proximidade grande com eles também. (P3)

Hoje nós temos uma relação muito estreita com o NIR, que é o núcleo interno de regulação de vagas, com o pessoal do pronto socorro, (...) equipe de intubação, (...) toda a parte da assistência, a diretora de assistência. (...) Esse fluxo tem sido mais, mais forte, a gente, estreitando relações conseguiu fortalecer em vários aspectos, foi muito bom. (P9)

A gente trabalha bastante em conjunto com o SESMT, então a gente passou a ter um acompanhamento maior, (...)se intensificou bastante. Mesmo a parte de EPI, que eles dão uma ajuda absurda (...)passou a fazer uma vigilância maior. (...) Já tinha esse serviço do trabalhador, lógico, mas acho que ele se intensificou mais, de uma maneira bem melhor. (P6)

Então tivemos um novo fluxo com o RH, um novo fluxo com a Superintendência, novo fluxo com a parte de vacinação do CRIE, novo fluxo com o CCIRAS, todos eles quando há uma mudança, por exemplo, de ah, agora essa área vai virar Covid, então o SESMT é envolvido também, (...) ver o risco de transmissão pros trabalhadores, junto com o CCIRAS e ver a questão da infecção hospitalar. Acabou envolvendo em vários locais. (P3)

Se eu for mudar a enfermaria eu preciso avisar o gerente, (...) avisar a recepção, porque não pode liberar visita pra esse paciente, já tenho de avisar o pessoal do SESMT que eles têm de avaliar se tem algum funcionário de risco lá, eu preciso de uma coisa rápida senão o SAMU fica lá (...) tem que ser uma decisão muito rápida, não dá tempo de reunir todo mundo e decidir. (...) Tenho que avisar o suplemento que vai pedir, mais EPI pra aquilo, a gente acaba tendo de fazer o contato com todo mundo, às vezes a gente utiliza o whatsapp, (...) às vezes é a ligação mesmo individual pra cada um, depende da situação da gravidade da situação. (P8)

A interação entre os setores e importância do cuidado com o trabalhador na pandemia proporcionou expansão do serviço prestado pelo SESMT.

O SESMT ao longo da pandemia, ele ganhou um papel bem relevante na instituição como um todo, (...) ganhar mais espaço, né, nas tomadas de decisão, então eu acho que pra mim foi bem importante, (...) o medo no começo, as pessoas com medo e ir ter que passar o treinamento para o pessoal. Foi um desafio grande assim, mas acho que de forma geral, foi bem satisfatório mesmo e para o pessoal da equipe como um todo. (P1)

O que a gente notou é que todos os diretores acabaram de uma forma ou de outra mencionando o apoio que tiveram do SESMT nesse ano. Então chamou bem a atenção. (P3)

Porém, o avanço da pandemia fez com que algumas atividades retornassem para setores específicos.

Nós contamos muito com a ajuda(...) de todos os profissionais, (...) tinha de cancelar aqui, o hospital inteiro se mobilizava e acabava ajudando, só que daí com o avanço da pandemia as outras coisas também não pararam, então cada um foi retomando pra sua rotina de trabalho e os funcionários começaram a ficar cansados sobrecarregados e adoecerem também, aí então nós tivemos de rever de novo os processos de trabalho pra dividir melhor as funções, (...) devolvemos algumas funções pra suas áreas, (...) cada um começou a cuidar do que era da sua atividade pra conseguir tirar um pouquinho do peso. (P8)

Hoje quem faz este controle dos resultados e o exames dos funcionários é o SESMT e nós fazemos dos pacientes, (...) nós fazemos o agendamento e ele faz o acompanhamento desse funcionário. (P8)

Foram relatadas ocorrências de conflitos durante as interações e tomadas de decisões em conjunto, em momento de crise e colapso do sistema.

Especialmente, os conflitos ocorreram entre setores e entre as classes de trabalhadores, fosse pelo momento de urgência, escassez, divisão de trabalho, resistência ao novo, cansaço e falta de determinações sobre a pandemia que se alastrava, que causaram diferenças de interesses e opiniões.

Então nessa regulação interna tem embate sim, mas eu acho que foi positiva a intervenção deles, visto que eles conseguiram fazer essa organização (...) passaram a gerenciar esses leitos como sendo de Covid. (P7)

Todo mundo tava bem ativo, assim um ajudando o outro, né (...) com o avanço da pandemia as pessoas já estavam cansadas e as pessoas estavam com muitos problemas nas próprias áreas. (...) Ficou um pouco centralizado, cada um vendo o seu núcleo. (...) As decisões eram mais tumultuadas, né, cada um ficava defendendo ali o seu, né, e aí começou gerar um pouco de conflito. (...) Aí a gente está desenvolvendo isso. Agora novamente de tentar estar um pouco mais interligado um com o outro, porque um precisa do outro, né, toda decisão pelo menos pra você, às vezes para dar um informe eu tenho que avisar trinta e cinco pessoas. (...) Está retomando isso agora, mas teve um momento que a gente deu uma deslizada, todo mundo exausto porque isso eu falo, a pandemia tem que acabar logo porque a estrutura não aguenta mais muito tempo. (P8)

Mas eu acho muito importante dizer essa questão de que na pandemia a resposta conjunta não é uma resposta simples, ela é uma resposta que também gera conflito. (...)O ambiente de incertezas ele gera também a possibilidade de que cada um ter a sua opinião. (P4)

O problema maior ficou aqui mesmo, no hospital, principalmente no refeitório de uso dos médicos. Pra dizer a verdade isso é um problema até hoje. Até essa semana a gente espera que os residentes, os médicos, fossem os primeiros, mas na verdade eles aglomeram mesmo, as mesas estão ali demarcadas, com faixas pra eles não possam sentar, mas eles tiram e sentam. (P3)

Teriam que ser os mais limpos, são os piores, eles não se paramentam, eles falam assim pra você: “ah, eu não sei me paramentar”. Daí você pensa, pô como que não sabe fazer uma paramentação padrão? Que é só uma luva e um avental, o que aumentou na nossa paramentação é a máscara N95 e a viseira, (...) que não sabem a técnica correta e já fazia um ano da pandemia. (P14)

Mudou quando começou a dar muitas brigas, né (risos), que aí as pessoas brigavam muito pelo whats (...) Ah! tudo dá briga, né, cada um defende sua área, cada um decide sua parte, né, é bom que dê briga, assim são opiniões diferentes, se todo mundo que entrasse só concordasse, as ações não teriam tanta eficácia, né. (...) Às vezes uma decisão que é bom para minha área afeta três, né, então talvez não adianta acertar a minha e desconfigurar três outras áreas, né. Então precisa entrar num consenso. (...) Temos grupos de whatsapp, brigamos por e-mail, brigamos pessoalmente (risos), brigamos de tudo e qualquer jeito. (P8)

Eles ficaram com medo. Então, eles que teriam que ter vindo dar as instruções, as orientações. (...) Um ano inteiro e eles não foram lá, eles não apareceram, porque então para eles foi fácil,

eu fico fechado num escritório (...),mas, cadê o apoio? (P14)

Ah, acho que conflitos acontecem todas as vezes que a gente mexe nas zonas de conforto de alguém, né, toda vez que você tem de mexer no processo de trabalho do outro, às vezes colocar uma atividade a mais para aquela pessoa, que às vezes já está sobrecarregada, às vezes nem tanto, né, às vezes a pessoa não quer assumir responsabilidade, gera conflitos, tem diferença de formar opiniões. (P8)

Estava se organizando para um dia e veio uma semana antes, a gente estava se organizando para uma quantia e recebemos outra, e então começou surgir a necessidade de definir quem toma e quem não toma, então falamos, vamos começar pelas áreas de alto risco, aí começamos com uma parte terrível, PS tem médicos de todas especialidades, (...) todo pessoal da limpeza, psicólogos, profissionais que estão ali no PS. Então assim nós começamos, e aí surgiu um bafafá, porque esse profissional não, tá? Como que o psicólogo do PS tá e o médico da UTI não tá? (P1)

Nem sempre a gente concorda em tudo e eu acho que até essa certa discordância é salutar, né, mas eu vejo como uma história de enfrentamento muito bonita e nos deu um protagonismo imenso, imenso, imenso e que a faculdade de medicina merece (...) porque a gente não estava sozinho, a gente não trabalhou sozinho. Isso foi muito importante. (P5)

Houve poderes emergentes aqui no hospital, houve muito conflito porque, de repente, algumas pessoas de alguns setores emergiram como um poder desproporcional ao conhecimento que eles tinham e houve conflitos. (P4)

A equipe médica é a que mais contamina assim, possivelmente. Eles são os mais difíceis. (...) A equipe médica é a dor de cabeça, a equipe médica não entra. (...) Aí dá a maior briga e eles colocam. Mas colocam de qualquer jeito a roupa, não amarram a roupa, entra, sai, não lava as mãos. É uma briga grande com a equipe médica. (...) Mas eles não utilizam a máscara N95, eles usam a máscara cirúrgica. (P14)

No começo a gente teve alguns embates administrativos com a UTI. (...) Demorou para a gente acertar um pouco esse fluxo, (...) assumir esses 24 leitos de UTI, (...)porque nós realmente já estávamos no limite do atendimento e a gente quase foi obrigado assumir porque não tinha mais onde colocar e não tinha mais quem assumisse isso, então essa foi uma decisão muito difícil. (P7)

Sempre que tinha algum problema a gente levava o problema, discutia e aí era elaborado um protocolo sobre aquilo. (...) O último que eu participei foi sobre a liberação de acompanhante para paciente Covid. (...) Nesse caso do acompanhante eram opiniões diferentes, mas de extrema importância, os dois pontos de vistas estavam certos, né, você põe em risco o acompanhante

ou você vê a humanização. (...) Os dois pontos de vistas tinham muitos fatores positivos e fatores negativos, aí tinha de discutir, né, e aí algum tem que ter poder de decisão. (P8)

Mas a área medica é bastante resistente com relação à telemedicina, não aceitam projetos. (...) Todas as áreas não médicas elas aderem um pouco mais à tecnologia, a telemedicina, a telessaúde. (P13)

Os conflitos surgiram também nas relações interinstitucionais.

Os laços e as brigas, né, porque a gente brigou bastante, mais do que a gente brigava antes, porque tudo é, acho que está todo mundo com o pavio bem curto, então assim muita coisa a gente acabou brigando, também não vou falar que foi assim, flores. (P8)

Que seja mais marcante, eu acho que era uma situação com paciente que precisava, ele não era prioridade um, ele não era o mais grave e aí a família estava questionando muito na prefeitura, né, tava com TV, tava com advogado, precisando de uma vaga só que ele não era o mais grave, eu tinha o mais grave esperando e aí a gente gerou uma discussão. (...) Falei que eu não daria a minha assinatura para liberar um paciente que não era prioridade, porque se o primeiro morresse eu ia responder porque tinha mandado a prioridade cinco e não a prioridade um. (...) Depois a gente acabou concordando e entrando em um consenso, não passar na frente, mas melhorar o fluxo para que a vez dele chegue mais rápido, mas que você receba a prioridade um, que não é o que tá na mídia, não é o que tá fervendo, mas é o que precisa. (P8)

A vacinação incentivou as relações internas e institucionais.

Como a gente faz distribuição de vacinas para esses setenta municípios, a gente teve que conversar com esses municípios, e pedir para que eles solicitassem mais vacinas para que eles conseguissem absorver esses pacientes no município e não aqui no hospital. (P6)

Aí vieram alunos da graduação de enfermagem e da medicina que ajudaram a gente, aí a gente treinou tudo para eles fazerem direitinho também. Lógico que eles já tem uma noção, né, mas paramentação, aplicação de vacina, a gente faz todo um treinamento antes deles começarem e fica junto, né, são alunos. (P6)

Também atuando na vacinação (...) para fazer ali o catálogo de quais seriam as prioridades da vacina, porque no começo não tínhamos vacina para todos, então tivemos que fazer essa escolha de Sofia, olha esse é prioritário e esse não é prioritário para tomar a vacina. (P2)

O hospital universitário que atende pacientes de nível regional expandiu suas atividades para administrar outras unidades de saúde da região que também recebiam pacientes com Covid, o que não era de sua competência.

O apoio prestado aos outros hospitais para melhorarem suas estruturas para receber pacientes Covid permitiu aprendizagem quanto à negociação de vagas e também auxiliou respectivas habilitações.

E aí eu acabo fazendo essa troca, (...) a gente precisa fazer muitas parcerias. (...) A CROSS fica só mandando, né, só mandando(...) pagar zero. E quando não se tem a vaga e o paciente tem um estado muito grave, e eles encaminham mesmo assim porque o paciente não tem como esperar mais, só que isso resulta em um paciente dentro da ambulância na porta do PS sem espaço. Então eu acabo fazendo esse papel que não era meu antigamente, de ir até o AME⁷ ou o AME vem até aqui, (...) o que nós vamos fazer, “olha eu puxo este aqui seu que está super grave e você pega sete da região pra mim”, teve um dia que falei, “nossa que troca, né”, porque eu mandei sete e peguei um, (...) fazendo umas alternativas para tentar otimizar. (P8)

Nesse período houve a ideia de melhorar a estrutura dos municípios, porque os municípios viram que não podiam mais ter tanto o apoio do hospital, não poderiam mais depender tanto do hospital e precisavam melhorar suas estruturas. (...) A gente começou a prestar assessoria para esses municípios. Nós fomos até esses serviços, montamos as UTI com eles, eles conseguiram os cadastramentos, (...) o NIR teve que assumir as regulações dessas UTI, (...) a gente assumiu mais um serviço que não era nosso para conseguir garantir as vagas para esses pacientes. (P8)

Agora eles voltaram, então diariamente eu faço uma troca com eles, né, eu ligo lá no AME, eu falo você tem um paciente que precisa de diálise, eu te mando sete dos que não precisam, aí eles acabam absorvendo os menos graves e eu puxo mais grave pra cá. Teve dia que eu troquei sete por um. (P8)

5.4 RETOMADA DO CONTROLE PÓS-VACINAÇÃO

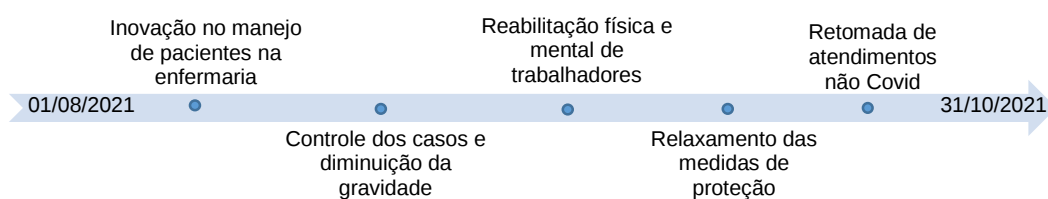
Esta fase foi definida pelo movimento que se deu no local estudado.

⁷ Os Ambulatórios Médicos de Especialidade (AME) são novos serviços de saúde oferecidos à população que constituem centros de atendimentos e diagnósticos especializados, de referência regional, disponíveis para marcação de consultas pelos serviços municipais de saúde, que objetivam a ampliação de acesso e a melhoria na qualidade do atendimento à população, com agilização na realização de procedimentos e diagnósticos mais complexos (BARATA; MENDES; BITTAR, 2010).

Caracteriza-se pela retomada de controle que coincidiu com resultado da vacinação antecipada na população local. Compreendeu o período entre 01 de agosto a 31 de outubro de 2021. O momento foi de amadurecimento para a gestão lidar com situações de escassez de recursos e de pressão, considerando sempre toda a estrutura hospitalar. Utilizou-se parte da estrutura contingencial.

A Figura 11 apresenta Linha do Tempo com algumas das principais inovações, impactos na saúde e segurança e aspectos de aprendizagem desta fase.

Figura 11. Linha do Tempo da fase “retomada do controle pós-vacinação”



Fonte: Material elaborado pela autora

5.4.1 Principais inovações

O manejo dos pacientes nas enfermarias foi modificado, sendo inseridas técnicas como a de pronação para evitar que os pacientes recebessem tratamentos invasivos.

Nós aprendemos muito como lidar com pacientes para evitar que eles fossem para UTI. (...) O grande problema dos leitos de UTI eram dois pontos: um ventilador mecânico embora isso a gente tenha conseguido resolver, mas o dois era RH, você não tinha mais médicos e enfermeiros especialistas em UTI. (...) É uma especialidade própria, não é qualquer médico ou qualquer enfermeiro que trabalha adequadamente numa UTI, então que que nós aprendemos, nós aprendemos muito sobre como evitar que o paciente fosse para UTI. (...) Passou a ser feito em paciente não intubado e deu muito certo é ficar virando o paciente para o lado e para o outro assim que nem um omelete, a gente chama de pronação. (P4)

Diante dos efeitos da Covid-19 definidos como Covid longa, foram criados novos fluxos de pesquisas para sequenciamento genético e acompanhamento dos pacientes de forma a evitar ou cuidar de sequelas.

A questão do sequenciamento genético que foi desenvolvido aqui também, foi uma técnica de biologia molecular (...) para a gente saber qual variante é e inclusive descobrir novas variantes, que mais, de inovação, teve toda uma parte que é de manejo do paciente com Covid longa que está sendo desenvolvida pelo pessoal da pneumologia, tem os modelos matemáticos de transmissão de interiorização da Covid. (P5)

Criou um ambulatório pós-Covid onde a gente está vendo esses pacientes com essas síndromes pós-Covid, com essa Covid longa, (...) fazer tomografia, de fazer prova de "ergoespirometria" para ver o que tá ficando de sequela realmente desses pacientes, (...) uma parte muito mais cardio respiratória, (...) criou esse ambulatório muito mais para pesquisa inicialmente, mas hoje ele é fundamental porque é onde esses pacientes vão. (P7)

Foi ofertada também fisioterapia como medida de reabilitação dos trabalhadores acometidos pela Covid longa com sequelas da doença.

Além disso foram criados novos fluxos de práticas integrativas para aliviar os impactos na saúde emocional, aumentando os cuidados com os trabalhadores do hospital.

Estabelecemos ali um maior fluxo de atendimento pra acupuntura dos funcionários, pra aliviar o estresse. Agora estamos tentando contato com fisioterapeutas para que a gente consiga um acompanhamento pós-Covid do funcionário, criar esse fluxo de acompanhamento pós-Covid do funcionário, porque a sequela às vezes é bem grave. Funcionário às vezes que não anda direito por conta Covid. (P2)

Uma coisa recente que a gente fez foi junto com a fisio para o pós-Covid, a pessoa que teve Covid, ser atendida, começamos recente agora, para problemas pulmonares, depois de três meses a pessoa tem sequela, tal. Só que como tem muita demanda, a gente liga, vê os casos que tá precisando e encaminha, (...) faz auriculoterapia com o pessoal, faz na orelha, teve também a gerência médica que disponibilizou uma homeopata pra ficar aqui com a gente, um período por semana para homeopatia no caso da saúde mental, né. (P1)

5.4.2 Impactos na saúde e segurança

5.4.2.1 Medidas de prevenção à Covid-19 e de proteção à saúde do trabalhador

O manejo dos pacientes foi revisto e passou-se a utilizar técnicas menos invasivas.

No começo a gente passou por algumas questões que as próprias sociedades médicas ainda não entendiam, mandava a gente entubar muito precoce, aconteceu uma coisa que era esquisita, como se a gente não tivesse evoluído nada da Medicina. (...) A gente entubava e eles morriam, então demorou-se para falar “olha, vamos parar, vamos voltar a usar máscara, e vamos voltar a usar a ventilação não invasiva”, que é tudo que foi desenvolvido ao longo dos anos aí na medicina. A gente voltou usar nesses pacientes e deu muito certo, salvou muita gente do tubo. (P7)

Houve uma conscientização por parte dos trabalhadores da importância do uso de EPIs, que muitos não tinham antes da pandemia.

Antigamente os funcionários achavam, principalmente com relação à parte de segurança, né, que a utilização de máscaras ou óculos era algo banal. Inclusive, normal da parte de segurança, você fica sendo o chato, né. Vai lá conversar com o funcionário que não pode e tal. Agora existe uma procura de EPIs, que não existia antes. (...) Essa consciência surgiu por conta da pandemia. Espero que perdure, que a gente consiga demonstrar a necessidade de usar esses equipamentos. Foi algo interessante de se ver. Antigamente não tinha procura e agora tem uma quantidade gigantesca. (P2)

Na perspectiva dos trabalhadores as medidas foram se afrouxando com o decorrer do tempo e antes de findar a pandemia, seja por perda do medo inicial, seja pelo cansaço do uso da máscara e retorno ao convívio.

Eu acho que as medidas foram se afrouxando conforme foram com o passar do tempo. (...) Não aprendeu e assim o dia em que eu fui dar o treinamento eu falei pra elas, as doenças sempre existiram, os germes sempre existiram, né, então estas precauções deveriam ser feitas sempre. (...) As pessoas já estão aglomerando, as festinhas clandestinas, né, às vezes a gente olha no Facebook, as funcionárias aglomeradas. (...) Está perdendo um pouco o controle, as pessoas estão perdendo o medo. (P8)

Eu acho que cansaço, começaram muito apavorados, todo o

mundo vai pegar, todo mundo vai morrer, conforme foi passando, as pessoas foram cansando daquilo, né, porque esse distanciamento, esse isolamento em casa, né, a máscara é uma coisa que incomoda, (...) imagina que a gente tem cinco mil telefonemas, né, no mês. (...) As pessoas vão cansando, (...) mas é uma coisa que tem de ser mantida, né. (P8)

Uma questão é o não uso de EPIs, é constante de ter isso, ainda mais como vai passando o tempo da pandemia, então a naturalização do risco, e as pessoas não usavam. Então a gente vê por várias estratégias para demonstrar a importância, sinalização, orientar o trabalhador, melhorar a máscara para estimular o uso, então várias questões. (...) Precisa ter algo mais incisivo no sentido duplo, né: resguardar a instituição, achar aquele profissional que não usa a máscara, contrai a Covid e vai a óbito. Quanto é importante, relevante a gente demonstrar que a gente forneceu para ele, fiscalizou ele, e ainda assim efetivamente as pessoas usavam ainda que a contragosto. (P1)

Os momentos de descontração entre os trabalhadores continuou a ser um desafio para evitar a transmissão dentro do hospital.

Mas isso continuou sendo muito comum no hospital inteiro, (...) nós não conseguimos evitar, o cuidado com o paciente era de toda exposição, mas a exposição aos colegas não era. (...) Então assim esse comportamento de risco, né, (...) comportamento que facilitou muitos surtos entre profissionais. (P4)

Quanto à preocupação com as novas cepas, foi salientado que as medidas tomadas já são as mais seguras, sendo que somente as de engenharia e arquitetura seriam mais eficientes, sendo destacada a falta de certeza sobre possíveis novos surtos e a necessidade de alternativas de respostas.

Das novas cepas, não tem muito o que a gente mudar, porque a gente já tratava essa doença como altamente infecciosa, então não existe mais segurança a colocar no quesito EPI, né. Nós poderíamos mudar realmente na parte estrutural, mas aí é uma questão diferente, que envolve engenharia, arquitetura do hospital, envolve custo, algo mais complexo de ser feito. E também planejamento. A gente não sabe qual é a quantidade de funcionários Covid que nós vamos, é, funcionários e pacientes que vão apresentar Covid, né. Não sabemos a demanda pro mês que vem, por exemplo. A gente tem uma ideia. Mas pode ser que tenha uma Cluster, um aumento gigantesco ou que diminua muito. (P2)

O desafio é que nós podemos sempre ter novas variantes

surgindo e voltando e os casos aumentarem, (...) então o que nós temos é que ter plano B em tudo, fecha leito, mas tem que ter um plano B para abrir mais, abre um pouco mais a sociedade, mas tem que ter um plano B para fechar mais a sociedade, certo? (P4)

A retomada dos atendimentos de pacientes não Covid foi um desafio relatado como grande importância e necessidade da população.

Agora mesmo, essa semana a gente está na discussão de como retomar algumas cirurgias eletivas, (...) como a gente não abre a porta do eletivo, não abre a porta do ambulatório, ele cai no PS, aí ocasiona estes cinquenta e três pacientes na sala, então os médicos começam burlar, começam a procurar outros caminhos, os pacientes tentam outros caminhos, então a gente precisa resolver alguma coisa, então a discussão essa semana é exatamente disso, o que a gente vai conseguir liberar o centro cirúrgico". (P8)

Começar a retomar porque a gente conseguiu por um momento segurar as vagas ambulatoriais, segurar os pacientes não emergenciais em casa, (...) agravando, (...) uma vesícula não é emergência mas uma hora ela precisa ser operada, então agora retomar essa lista de espera que a gente deixou pra segundo plano. (...) Pacientes, eles estão descompensados, (...) vão chegar mais graves do que se fossem operados no tempo lá atrás, e conseguir suprir todos aqueles que a gente cancelou, foram mais de trinta mil consultas ambulatoriais. (P8)

5.4.2.2 Emoções, sentimentos e comportamentos desafiadores

Nesta fase da pandemia os trabalhadores revelaram um momento de menos intensidade quanto à pressão no serviço e sofrimentos, uma vez que já havia um controle da pandemia, havia sido realizada a vacinação nos trabalhadores e população local, porém foi ressaltado o cansaço, o que trouxe preocupação para o hospital universitário.

Exatamente, mas assim, pra gente a pressão ela diminuiu um pouco porque antes eram cinquenta pressionando, agora são nove. A gente começou a notar estas diferenças estes dias. (P8)

O pessoal está muito cansado, é mais de um ano já vivenciando isso, né, é, também dá uma sensação de preocupação mesmo, os profissionais estão extremamente cansados, o trabalho aqui é árduo, né, isso preocupa, né. (P3)

O começo foi muito mais difícil, (...) a gente sofreu demais, tinha

hora que a gente olhava e falava assim “a gente vai apanhar pelo o que hoje? (...) Agora diminuiu um pouco, diminuiu, mas a gente ainda tem, a gente ainda tem que trabalhar. (...) Agora a gente está mais acostumado, mas no começo foi bem difícil, no começo foi muito complicado. (P11)

Pra mim foi angustiante, porque eu já lidava com pressão, lidava com escassez, com a utilização de recursos, porém não da maneira que foi agora, né, (...) era controlável e na pandemia eu não tinha muita perspectiva do que ia acontecer no outro dia. Então nós tomávamos decisões, eram muitas mudanças ao mesmo tempo, muita coisa assim, mudanças de estrutura. (...) Comecei a ficar bem angustiada, bem nervosa, né, achei que eu não fosse dar conta, fiquei com medo muitas vezes porque minha equipe dependia muito de mim, era muita gente nova, (...) fui adoecendo também, mas eu tinha de ser pilar eu tinha que sempre que ser aquela que “vai ficar tudo bem, calma vamos lá a gente vai conseguir, a gente vai aumentar nosso serviço agora, mas uma hora vai acalmar” (...) só que é importante, não, a gente também tem nosso trabalho, o tempo inteiro ser pilar, cansa, (...) tava cansada de ser fortaleza o tempo inteiro, cansada de ficar segurando essa pressão o tempo inteiro. E a gente tem que trabalhar pra gente mesmo, com nosso interior, com nossa medos, nossos anseios, (...) você é o líder e você tem de ser o estimulador e às vezes o gestores precisam também de um cuidado. (P8)

Questão do desgaste do funcionário, (...) trabalhar no SESMT, essa questão de reabilitação de funcionários que tiveram Covid, também, é algo que vai ser bem desafiador e treinamentos em geral, principalmente na parte de incêndios. (P2)

Houve controle da pandemia e diminuição da gravidade dos casos.

A gente teve muitos óbitos de pessoas jovens, mesmo os idosos com comorbidade que a gente entende, mas isso foi... nos dava uma impotência muito grande e agora mudou, mudou tudo, a gravidade da doença, os pacientes que nós temos aqui brinca... a gente brinca que tão... é muito leve, tudo Covid moderada. (P5)

Porque você olhava para um amigo de trabalho tava chorando, (...) sabia que a gente conseguia, mas pelo fato que tava sobrecarregando e nós estamos poucos funcionários, (...) pedir força para Deus e você olhar e você ter que pedir para amigos te ajudar (...), aí quando tudo isso passou, que começou a voltar ao normal, que já não tava tendo coorte mais (...), aí nós começamos a voltar nossa vida normal, começamos tinha um alívio de tudo isso. (P15)

5.4.3 Aspectos de aprendizagem

A pandemia foi retratada como momento de unidade no complexo

hospitalar, pois diante da necessidade de responder à nova doença para oferecer tratamento de qualidade e evitar riscos na saúde do trabalhador, o que era inerente a todos os setores.

O ambiente cooperativo imposto permitiu interações e colaborações, o que aumentou a união entre eles e possibilitou respostas de sucesso.

Foi muito triste pela doença porque muita gente morreu, mas a instituição aprendeu muito e cresceu muito com isso. (...) A equipe do Hospital soube responder bem à demanda dos pacientes, (...) a gente conseguiu segurar bem essa doença, (...) conseguiu mesmo segurar toda a equipe e receber todo mundo. (...). Teve alguns casos de paciente ficar na ambulância esperando? Teve sim, esperando abrir um leito na emergência par entrar, mas todos foram aceitos, a gente recebeu todo mundo aqui. (P14)

Então, eu acho que é, é, porque assim, eu acho que de uma maneira geral, eu acho que o hospital reagiu muito bem assim, sabe? É lógico, está todo mundo cansado, esgotado. Mas pela situação, eu acho que o hospital, ele conseguiu de uma maneira geral, é, fazer de boas maneiras, assim, sabe. Eu sei que tudo é complicado, mas eu acho que a reação foi boa. A maneira como o hospital conseguiu se estruturar, eu acho que foi boa. (P6)

Nós tivemos que ter mais união pra trabalhar, nós tivemos que ser uma equipe mais unida porque um depende do outro, dobrado, então foram rotinas muitos difíceis mas estamos se adaptando bem, hoje eu falo, eu gostava muito da enfermaria mas eu amo você, a UTI. (P15)

A gente teve muito acerto e eu acho que eu vejo isso, pelo fato da gente ter conseguido passar isso daqui e realmente eu vejo que a gente passou com pouca contaminação, com pouca morte quando a gente compara com outros serviços, então isso. Às vezes a gente falava que era mais fácil a pessoa pegar Covid no mercado do que aqui dentro, então realmente eu acho que os cuidados aqui, eles foram muito adequados, foi muito acertada essa decisão do isolamentos, eu acho que sim. (P7)

Eu vi uma grande união. Na verdade esse, o hospital em geral é formado com, vamos chamar de “xogunatos” -- são vários setores que trabalham de formas independentes, né. É quase um sistema feudal. Aí com relação à pandemia, houve uma união maior dos setores. As pessoas estão mais, aceitando mais conversar, né, então se existe ali a necessidade de alguma inovação, ou uma mudança, e precisa do apoio de outro setor, eu vejo isso como algo positivo que veio a pandemia, houve uma união maior do hospital. (P2)

É um hospital das clínicas, ele não é hospital da infectologia, da urologia, da pediatria, cada um com o seu feudo, coisa que

existia antigamente. (...) As enfermarias eram propriedade particular de cada especialidade, com regras diferentes, (...) a cultura agora veio para ficar, (...) o entendimento que o hospital, ele serve para todas as especialidades que tinha que andar em conjunto, que as regras tem que ser as mesmas em relação à segurança dos profissionais saúde, em relação à segurança do paciente, que não é admitido particularidades que não tenham uma razoabilidade científica, então acho que a pandemia veio mostrar que o hospital não é das especialidades, o hospital é de todos, (...) quem faz o gerenciamento é a supervisão, e que esse tipo de hierarquia é fundamental, (...) a gestão, posso atestar isso, nos ouve e se você tem bons argumentos e tem possibilidade, as ações são tomadas. (...) Caiu muita coisa ruim que existia em termos desse processo antigo de feudalização do hospital das clínicas e que agora vai dar um caráter mais dinâmico e atual nosso hospital. (P5)

A união, nossa acredito que a nossa união, mesmo separados, muitas vezes por tela por Whatsapp, Skype e a nossa união como setor ficou muito mais forte, eu acredito nisso que a gente convive mais com o pessoal do trabalho do que com nossa própria casa, nossa própria família, então a nossa união, nós somos uma equipe muito unida, a gente faz uma grande família. (...) A sincronia e a energia entre nós é muito forte e isso transforma as pessoas que nos procura, aquilo que as pessoas desejam de nós. (P10)

As interações e relações institucionais também marcaram o período de respostas à pandemia e sucesso das ações e estratégias praticadas em parcerias.

A Secretaria Municipal de Saúde, a Prefeitura sempre nos ouviu, convocava em reuniões, estava junto com a tomada de decisão em relação a vários aspectos que inclusive tinham a ver com atendimento aqui, então se não fosse essa coalizão de vários setores, inclusive da parte privada, né. Unimed teve uma importância muito grande também nos ajudando com pacientes e o contrário também a Unimed faz os exames de PCR aqui, então foi uma união de esforços que nos permitiu o passar por esse momento de forma mais tranquila. (P5)

Outro objetivo comum dos setores do hospital universitário foi quanto à produção de ciência e novas medidas das práticas de trabalho, possibilitado a partir das interações humanas nas experiências do dia a dia.

O que eu senti mesmo é que houve a formação de um grupo com um objetivo comum, isso foi muito importante, é um grupo eu diria... a melhor definição, um grupo muito, mas muito bem intencionado, e é lógico que cada um procurando também, né, produzir ciência, ter o protagonismo que é importante mas com

o objetivo comum onde que a assistência fosse feita da melhor forma possível. (P5)

Aprendi muito, aprendi por causa desse contato que eu tive com as outras pessoas, então eu estou aqui no âmbito da faculdade de medicina do hospital, mesmo com pessoas que exercem outras funções, aprendi muito com o pessoal da fisioterapia, (...) com o pessoal da medicina intensiva, pessoal da clínica médica. (...) Eu tive um ganho profissional muito grande nesse sentido, mas a um preço de insanidade mental excessivo. (P5)

Ah sim! Com certeza, para que a gente desse suporte ao CRIE ou ao CCIRAS, a gente teve que entender qual é o fluxo deles, no começo, e entender o serviço deles como um todo para que a gente pudesse fazer contribuição. Entendemos mais sobre o outro setor. Embora a gente já tivesse bastante (...) o fluxo desses serviços, realmente como funcional, foi algo interessante de se ver. (P2)

Foi um aprendizado que ninguém sabia, mas a organização foi boa, de toda a equipe, a gente foi se adequando todo mundo e conseguimos quase vencer, porque tá acabando ainda, né? A gente acredita que até o final do ano ainda vai, ainda. (P14)

A união foi um aprendizado que incluiu trabalhadores vinculados aos cursos da faculdade de medicina, sendo a parceria dela com o hospital, essencial, o que poderia ser ainda melhor estimulada.

Nós tivemos o protagonismo como faculdade de medicina, e aí fica muito difícil dissociar faculdade medicina do hospital, anda junto, vamos dizer assim, a faculdade de medicina é o braço de ensino e pesquisa do hospital, e o hospital é o braço de assistência da faculdade de medicina, são órgãos independentes mas que estão casados para sempre, espero que um casamento muito feliz e o protagonismo que nós tivemos foi imenso. (P5)

A pandemia só fortaleceu essa questão de discussão e de união entre o serviço, porque o hospital, ele caminha junto. A medicina, ela pode ter várias especialidades e muitas vezes sub especialidades mas você não caminha junto se você não tiver todos os serviços fortes (...) nós nunca conseguiríamos ter o atendimento adequado de Covid se não tivéssemos uma especialidade de medicina intensiva, de pneumologia, pessoal da fisioterapia extrapolando a questão médica, então só fortaleceu a cooperação entre os grupos, as pesquisas foram assim também, a faculdade de medicina produziu, aí sem medo de errar, centenas, está produzindo, já produziu centenas de pesquisa. (P5)

Todas as pesquisas, todas as informações valiosíssimas, e aí a gente acaba não tendo esse acesso, pra gente é muito custoso ter essas informações (...) com esse potencial que nós temos de

pesquisadores, poderíamos ter aproveitado muito mais isso. (...) Vai ter uma pesquisa para ver os efeitos a saúde mental nos trabalhadores, eu acho interessante, mas o que a gente pode fazer? Porque a gente não faz uma intervenção? (...) Enfim, eu acho fundamental que a gente tenha pesquisas que traga benefícios para o hospital, eu sinto um distanciamento. (P1)

O hospital universitário, durante a pandemia, deparou-se com a necessidade de restringir materiais.

Teve que aprender a economizar, né? E isso daí foi uma mudança gigante. Porque assim, como nosso hospital é um hospital escola (... eu olhava: “nossa, como tem tanta coisa no hospital?” Coisa assim, muito material, tem tudo à vontade, e não é assim nos outros hospitais. Daí foi tendo, né, com o passar dos anos, cada vez ficando mais regrado, mas nessa época da pandemia teve que cortar muita coisa, tudo teve que economizar, então tudo você tem que pensar(...) teve uns meses que a gente não tinha máscara. (P14)

As lições e aprendizados adquiridos foram técnicos (formas de cuidado, perfil epidemiológico e uso de máscaras) e sociais, de amadurecimento da gestão, tanto para estimular a equipe, como no poder de decisão.

Como aspecto positivo, para o hospital ficarão os médicos contratados, estruturação de salas para isolamento e novas vagas de UTI.

Aprendizado mesmo, porque ninguém sabia como cuidar de uma paciente assim, e hoje a gente tá preparado, né, a gente já é um hospital, já era um hospital referência da região, e da Covid foi também um hospital referência e a gente teve (...) melhora de acertos muito bom da instituição. (P14)

Muitos aprendizados aqui dentro, como o perfil epidemiológico, da área técnica também, um pouco melhor da gestão. (...) Uma coisa que eu fico tentando estimular, mas eu percebo mais o cumprimento de tarefa, o compromisso, que é algo que a gente quer inclusive trabalhar, trazer a responsabilidade para cada um, o compromisso, não só cumprir aquela atividade mas com a segurança como um todo que é o objetivo. (P1)

Uma das principais lições é você tomar decisões com muita parcimônia, nós aprendemos que quando você tem uma doença nova com variáveis que você não tem completo domínio, as ações precisam ser tomadas passo a passo, sem exagerar, mas também sem subestimar, e acho que foi isso que a gente acertou mais, então nós fomos aumentando serviços aos poucos, sem

afobação e por isso não houve nenhum momento em que nós tivéssemos ociosidade das estruturas que a gente criou, lembrando que a estrutura que a gente criou foi em detrimento, em perda da assistência regular, então é óbvio que isso tem um preço. (P5)

O que vai ficar de bom, eu acho que esses médicos contratados para nós, isso fica de bom e continua pra disciplina, eu acho que essa estruturação do pronto-socorro com salas específicas para o atendimento de pacientes que necessitam de isolamento, (...) o atendimento de máscara não vai sair mais, (...) alguns desses leitos de UTI que foram criados, a ideia é que eles estejam transformado em UTI geral. (...) Eu acho que isso também para o hospital é um ganho. (P7)

Quanto às medidas de prevenção do contágio, os participantes acreditam que houve aprendizado sobre a importância do uso de EPIs e medidas de higienização como lavagem de mãos. Além disso, é essencial a conscientização sobre os cuidados de prevenção para evitar outras contaminações.

Eu falo que a máscara, acho que vai ser um uso de rotina para o resto da vida da gente, que a gente vai... que cada vez tá vindo umas novas, porque teve a Covid agora já tem essa variante, (...) toda hora passando álcool na mão, lavando a mão, é automático, você já pegou aquela rotina, né. (P15)

As pessoas tomando cuidado por conta da Covid, elas estão prevenindo outros tipos de infecções virais também, que são da gripe, pneumonia (...) é um aprendizado, vai passar a fazer parte da nossa cultura, (...) as pessoas vão se prevenir mais, e o nosso papel como comunicação, eu acho que é não deixar as pessoas terem memória curta, né, assim que acabar a pandemia. É mostrar para as pessoas, (...) como o Hospital foi diferenciado até a nível internacional ao que diz respeito a contaminação interna, (...) nós temos uma taxa de contaminação muito baixa, então isso mostra que os profissionais aqui dentro estão conscientes e estão aplicando mais as técnicas que são necessárias para se proteger e consequentemente proteger o paciente, proteger o colega de trabalho. (P9)

Sobre a comunicação, foram desenvolvidas habilidades comunicacionais, houve crescimento profissional e pessoal. Acredita-se que as atividades serão mantidas à distância, porém por ser inerente ao ser humano o contato físico, serão retomadas presencialmente.

Um dos grandes aprendizados, não somente da parte científica da doença, mas também das nossas habilidades comunicacionais, por exemplo, live a gente teve que fazer, live a torto e direito, (...) foi um grande aprendizado, eu acho que para todo mundo, a gente poder se reinventar, é como comunicação também, de aprender coisas novas, de poder fazer experiências novas na comunicação, que acaba fazendo parte da rotina, e mesmo no pós-pandemia eu acho que essa tendência vai continuar, (...) questão de outras aptidões na área da comunicação e a gente foi aprendendo. (P10)

Nenhuma faculdade, nenhum curso ensinaria tanto quanto a Covid está ensinando pra gente em todos os aspectos, não somente no profissional, mas também no pessoal e a gente está fazendo parte, infelizmente nesse momento histórico, a gente está escrevendo história deste momento que vai ficar marcado pra história da humanidade pra sempre, com certeza daqui a cem, duzentos anos os nossos sucessores, né, nossos herdeiros vão falar desse momento histórico que estamos vivendo. (P10)

Coisas online (...) particularmente eu não acho que vai ficar tudo, porque eu acho que nós somos pessoas que precisamos abraçar, precisa conversar, então eu acho que passando o tempo as coisas devem voltar mais ao normal, mas algumas coisas talvez fiquem online, que facilita, né? É isso. (P7)

Aspectos psicossociais foram ressaltados, sendo que houve amadurecimento pessoal, foi desenvolvida empatia e valorizado o trabalho em equipe. Aprendeu-se a lidar com alocações em situações de escassez e prioridades.

Se eu pudesse ter escolhido, né, eu escolheria nunca ter passado por tudo isso, porque é muito, muito extenuante, extenuante no ponto de vista psicológico, principalmente, né, porque você não tem aquele horário de trabalho (...) desgastante, e você não consegue dormir porque você fica pensando nas coisas que você tem que fazer no dia seguinte, você não fez, vai ficando atrasado, é difícil. (P5)

Me fez amadurecer a lidar com situações de pressão que eu já lidava, (...) o poder de decisão sempre pensando na estrutura do hospital. Eu amadureci muito a parte de gestão, (...) lidar com situações, como lidar com falta de recurso, como lidar com coisas que no dia a dia a gente tem, mas não da maneira que a gente teve agora. (...) Acredito que eu consigo lidar com várias situações de uma maneira muito tranquila depois de passar por essa pandemia. (...) Lidamos com a pandemia de uma maneira difícil, mas conseguimos, até aqui. (...) Amadureci na parte, assim, de valores, (...) dar valor a coisas simples do trabalho em equipe, da importância de todo mundo trabalhar junto, de ver o outro, as dificuldades do outro que os profissionais muitas vezes

eles têm muito medo, às vezes a gente está ali com um enfermeiro, ele está acostumado numa sala de emergência, mas a gente esquece de pensar do que ele tem medo. (P8)

Aprendi muito (...) dá valor mais à vida, a gente já dava valor, hoje a gente dá mais ainda, (...) o trabalho nosso é a coisa mais importante da vida da gente e de nós ter a nossa saúde e poder saber que nós estamos podendo fazer algo de melhor, né, e a cada dia mais se aperfeiçoar e procurar melhora. A pandemia trouxe isso, (...), a nossa vida é o principal (...) então eu tenho certeza que nós vamos vencer e nós vamos ter essa vitória. (P15)

Teve bastante derrapadas até conseguir chegar na maneira de como estamos hoje, né. Não por inexperiência, não por conta de falta de recursos, muitas vezes, né, igual das vacinas, você tem que escolher quem vai tomar vacina primeiro, não é que está deixando de olhar os profissionais, é que você tem de seguir uma priorização, (...) teve estas dificuldades no começo, mas a gente foi corrigindo em cima das falhas, a gente foi mudando algumas decisões, ouvimos muita gente, aprendemos com nossos próprios erros. Hoje eu acho que a gente está amadurecido com o nosso profissional, eu tenho EPI, eu tenho treinamento, ele é vacinado e a gente tenta olhar o máximo como dar essa assistência pra ele. (...) No começo pode ser que tínhamos algumas falhas, pode ser sim e tivemos, tenho certeza disso, mas todas elas foram corrigidas e melhoradas de acordo com as dificuldades. (P8)

Às vezes a gente está ali com um enfermeiro, ele está acostumado numa sala de emergência, mas a gente esquece de pensar do que ele tem medo, cada vez que ele vai retomar, né. E na pandemia a gente teve que ter esse olhar, né. Igual tinha uma enfermeira que ela perdeu o pai por Covid, ela perdeu a mãe por Covid, e daí ela chegou lá, casos Covid, né, aí chegou um momento que ela olhava pra mim e ela chorava, né, ela falava assim: “como eu vou negar esse caso se meu pai acabou de morrer precisando de oxigênio na mesma situação que este”, né, a gente teve de olhar mais pra esse interior dos profissionais que, às vezes, é difícil eles lidarem com alguma regulações mesmo que à distância, eu acho que foi importante. (P8)

Diante da vivência e experiência no período de pandemia, identificou-se quanto aos desafios futuros para que o hospital universitário possa continuar em expansão de suas atividades e evolução como Instituição:

Déficit de recursos humanos;

Questões de saúde mental e programas de cuidado, sendo que como exemplo o esgotamento profissional pode repercutir na falta de

recursos humanos;

Retomada de projetos idealizados antes da pandemia para promoção da saúde dos trabalhadores e melhora das condições de trabalho como questões de ergonomia;

Financiamento para melhoria da infraestrutura.

Principal é a questão do déficit de recursos humanos (...) vacinação para quem ainda não foi vacinado, (...) da área técnica como a gente gerenciar agora, a gente sair desse espaço, né, porque a gente ficou completamente centrado na Covid, né, mas como a gente ir pra questão, por exemplo, de ergonomia, (...), como a gente voltar com aquela nossa proposta lá do caminhar da segurança, do caminhar da prevenção, né, e da medicina. (...) Estamos falando da restrição, mas da evolução como um todo, né, programas de saúde mental, programas de cuidado, acho que essa é uma medida essencial que a gente precisa. (P1)

Eu acho que uma das coisas é o esgotamento profissional, porque, a gente tem um aumento absurdo do número de pacientes, né, e das condições. Só que a gente não tem um número maior de profissionais. (P6)

É, acho que os desafios é se manter nessa, manter a evolução, se manter em constante evolução, continuar se expandindo, tanto na área da telemedicina, quanto na área de eventos, na área da pesquisa, (...) se manter em constante evolução, conhecimento, a infra, acho que pra todo setor público. Infra, financeiro e recursos humanos, acho que para todo lugar são os principais desafios e pra mim, em minha opinião, pra mim é essa evolução tanto de conhecimento como reconhecimento na área de telemedicina e as pessoas falarem “existe a área de telemedicina”, antigamente a gente não era reconhecida como departamento, mas acredito eu que hoje a maioria dos setores conhecem nosso setor. (P13)

O desafio nosso maior é se manter trabalhando ativo no SUS, certo? Porque, o desmonte tá sendo tão grande, (...) “tal dinheiro não veio, o repasse do governo não veio, o repasse do Ministério da Saúde não veio, o repasse da Secretaria Estadual não veio”, então como se manter trabalhando em um sistema tão bonito que é o SUS e você vê que está, é um projeto de desmonte do SUS, então e o maior desafio que vejo hoje é isso, porque a gente trabalha nos bastidores do SUS, como se manter ativo como você, das tecnologias, equipamentos, o hospital não consegue fornecer para gente, é outro mundo, certo? (P12)

A conscientização da população sobre a importância das medidas de prevenção para evitar novas doenças foi outro desafio destacado, sendo importante a articulação do serviço hospitalar com a sociedade para o

desenvolvimento de políticas públicas neste sentido.

Eu acho que um grande desafio ainda, não somente em caráter operacional, mas social como um todo é ainda a conscientização das pessoas, é ainda, passou mais de um ano da pandemia e as pessoas ainda não entendem a gravidade da situação, que às vezes estão sem máscara. (P10)

Ter que ter uma conscientização que outras doenças existem, que não é só com Covid que é necessário, né, que outras coisas vêm, que outras doenças ainda vão vir, a gente sempre está inovando, né. As doenças, a evolução das doenças, elas vêm com coisas novas e a gente tem que se proteger é importante a gente se proteger nesse momento. (P8)

A experiência do enfrentamento da pandemia também permitiu idealização de Políticas de Proteção à Saúde do Trabalhador da Saúde no pós-pandemia, de forma a garantir melhorias nos cuidados dos trabalhadores.

Assim, primeiramente é necessário investimento e recursos públicos. Vislumbra-se ser necessário: cuidados com a saúde mental e segurança dos trabalhadores, através de medidas de promoção da saúde emocional, disponibilização de EPIs e vacinas em quantidades suficientes, treinamentos, educação continuada e instituição de políticas internas para uso adequado das medidas de proteção.

Eu penso na questão de saúde mental que é muito importante, mas na questão de segurança como um todo eu vejo a maior valorização do SESMT, e a instituição, (...), essa consciência, (...) hoje tá todo mundo preocupado com Covid, mas a gente tem casos de tuberculose, tem tudo, na pandemia continua, outras doenças que a população em geral, a assistência como um todo, acaba não tendo, acho agora isso muda o uso de EPI'S, o hábito de usar EPI, o pessoal agora exagera em alguns casos, usa três luvas e tal, mas acho que tudo isso vai ser um ganho para a segurança como um todo. (P1)

A proteção do funcionário teve uma melhora importante, né. Então o uso correto do EPI que é uma coisa que não era feita corretamente, ainda não é excelente, cem por cento. Mas lógico que já melhorou muito. O tipo de EPI que a gente usa, em quais locais, isso melhorou bastante. A gente já tinha, lógico, todo um trabalho do serviço do trabalhador, do serviço de medicina, do SESMT, mas isso acabou melhorando muito mais, né, então a gente tirou, eu participei um pouquinho desse processo de tirar

os funcionários de risco, das áreas de maior risco, a gente já tinha algumas coisas, mas agora isso se intensificou muito. Então eu acho que de uma maneira geral, a gente espera que esse cuidado seja muito maior do que era antes. (P6)

Seria ótimo se todos nós utilizássemos EPIs, máscara N95, não tem N95 para todos, então ou o trabalhador compra sua máscara ou usa de pano. (...) Seria ótimo que fosse distribuído igualitariamente aqui. Vacinação, o administrativo não foi vacinado, então assim falta vacina. Falta vacina? Falta, mas é no país, é no mundo, então o que eu vejo é que projeto de melhoria precisava ser nacional, um plano Covid, é isso que falta, então fica difícil. (P12)

Uma questão é ter a disponibilidade desses EPIs, que eu acho que existe um custo muito grande pra essa disponibilidade (...) EPIs de modo adequado. (...) A nossa contaminação perto de outros lugares não foi alta. (...) Importante o treinamento para o profissional, eu vejo que aqui a gente tem uma questão muito difícil de treinamento, principalmente dos técnicos e de enfermeiros, porque eles rodam, salário deles não é bom, eles melhoram eles já vão embora. (...) Teria que ter um treinamento melhor, (...) EPIs disponíveis para serem utilizados, (...) conscientização contínua. (...) Então eu acho que precisa de uma coisa contínua, eu acho que se não tiver essa cobrança contínua, essa monitorização, essas coisas elas... pessoas vão relaxando, (...) ter disponível, tem que ter o treinamento, eu acho que tem que ter essa cobrança contínua, eu acho que precisa disso para que ser essas continue fazendo. (P7)

Nós teremos que ter um estoque maior de equipamentos, principalmente para um acontecimento desse tipo, o hospital não estava preparado, não tinha equipamento para todo mundo e foi uma correria para que a gente conseguisse. E com relação às práticas, maior quantidade de treinamento para os funcionários, com foco maior nessa utilização correta dos equipamentos de proteção e dos cuidados com paciente com doença infecciosa. Além disso, estabelecer já fluxos já com nosso aprendizado e montar políticas. (...) Estabelecer esse fluxo de maneira correta para que não seja algo atropelado. (...) Essas questões acho que são aprendizados importantes para a gente levar pra frente. (P2)

Olha, eu acredito que a pandemia, ela melhora o conhecimento dos riscos ocupacionais de doença, em relação aos riscos biológicos ocupacionais, então ela vai trazer um corpo de conhecimento melhor, né. Eu acredito que o que a gente aprendeu para ficar pro futuro é necessidade de aumentar a educação continuada em relação às medidas de proteção, então esse aprendizado ficou pro futuro, além de um aprendizado sobre vacinação de profissionais da saúde, também, modelos de vacinação que nós já fazemos para influenza, mas que eu acho que agora as políticas serão muito mais estratégicas quando forem feitas. Então eu acho que são as duas questões. (P4)

Olha, vou responder tua pergunta com uma coisa que a gente

fica sempre nos questionando, como é que a gente não usava máscara antes da pandemia no atendimento de emergência? (...) É insano pensar que a gente atendia centenas, milhares de pacientes por ano no pronto-socorro sem usar máscara e essas pessoas podiam estar infectadas com influenza ou outros vírus ou bactérias com transmissão respiratória, né. Então a cultura de uma paramentação, (...) de procedimentos operacionais padrão para cada setor que tenha uma biossegurança mais efetiva para o profissional de saúde vai ficar, (...) aprender a se pautar por protocolo, (...) a pandemia ensina muitas coisas, a minha dúvida é quanto tempo isso vai durar né, porque o ser humano tem memória muito curta, tomara que seja um aprendizado permanente ou que, como vai acontecer nos hospitais de referência, que os procedimentos operacionais padrões continuem obrigando ao profissional de saúde ter todos os passos necessários em relação ao uso de EPI, uso de sala, limpeza de material, monitoramento clínico e tudo mais. (P5)

Eu vejo essa questão do planejamento. O planejamento da parte de segurança, (...) recurso pra gente desenvolver aquilo que a gente precisa. A parte de ergonomia a gente teve uma ação importante, mas a gente precisa disso pra desenvolver. Ergonomia, desenvolver a parte de incêndio, (...) hospital público que tem dificuldade financeira, mas acho que pra desenvolver segurança, saúde, a gente precisa de investimento e recurso. (...) A parte de formação da equipe técnica, (...) parte do recurso mesmo, do investimento, pra prevenção. Então a gente precisa de um elevador pra fazer transferência de paciente, (...) o planejamento e o recurso financeiro pra desenvolver. (P3)

Eu acho que a primeira coisa que a gente vai ter que trabalhar é com a saúde mental dos trabalhadores porque eles trabalharam acima do limites deles, uma pressão psicológica muito grande lidar com uma situação de caos, né e muitos momentos. Acho que é a primeira coisa que temos de pensar é na parte de saúde mental (...) O SESMT acho que já desenvolve um trabalho bacana dentro do hospital, mas que ele vai desenvolver estratégias de como estar cuidando desse profissional no pós-pandemia, que a gente vai ter bastante trabalho, como eu disse até os gestores vão precisar de um cuidado de um olhar diferenciado. (P8)

Portanto, os dados coletados revelaram que:

No Brasil, assim como nos órgãos de saúde, o contexto foi de polarização política quanto à doença e medidas adotadas, havendo divergências entre ciência e negacionismo, o que desencadeou diversos desafios a serem superados pelos serviços de saúde e trabalhadores (Quadro 4):

Quadro 4 – Desafios enfrentados pelos trabalhadores durante a pandemia

Desafios
1. Negacionismo / Fake news
2. Falta de determinações legais
3. Escassez: diminuição dos leitos existentes / equipamento de oxímetro para monitorar a saturação dos pacientes / EPIs
4. Déficit de recursos humanos
5. Contratações temporárias/ inexperiência
6. Falta de tempo para treinamentos prolongados
7. Plantões médicos/ atuação pelo mesmo trabalhador nas duas alas
8. Pseudociência
9. Desativação e desmobilização de parte de recursos do planejamento
10. Nova onda da doença, em maior dimensão.
11. Saturação do serviço e escassez de recursos
12. Clusters (aglomerado de casos)/ surtos
13. Violências, ameaças e pressões
14. Conflitos
15. Comportamento humano/ aglomerações
16. Aumento de acidentes de trabalho
17. Afastamentos por saúde mental
18. Coorte de pacientes
19. Falta de insumos
20. Vacinas em quantidade insuficiente
21. Mudança no perfil dos pacientes em 2021
22. Falta de conscientização da sociedade e descumprimento de medidas de prevenção
23. Urgência
24. Divisão de trabalho/ Disputa de classes (hierarquia de poder)
25. Resistência ao novo – tecnologia
26. Diferenças de interesses e opiniões
27. Novas cepas
28. Retomada de atendimentos não Covid

Fonte: material elaborado pela autora

Os trabalhadores vivenciaram situações traumáticas que impactaram na saúde emocional (Quadro 5):

Quadro 5 – Emoções, sentimentos e comportamentos desafiadores

Emoções, sentimentos e comportamentos desafiadores
1. Ansiedade
2. Estresse
3. Preocupação
4. Conflitos de interesses
5. Medo
6. Desespero

7. Pavor
8. Tristeza
9. Fragilidade
10. Sobrecarga
11. Sofrimento
12. Desgastes
13. Traumas por mortes de jovens/colegas
14. Pressão
15. Necessidade de trabalhar com falta de recursos
16. Necessidade para lidar com funcionários e seus traumas e medos
17. Situações traumatizantes
18. Convívio com violências e ameaças
19. Insegurança
20. Desvalorização
21. Cansaço

Fonte: material elaborado pela autora

Inovações tecnológicas foram resultados de adaptações necessárias para conter e minimizar a disseminação do vírus no hospital, manter a prestação de serviço de qualidade e reduzir os possíveis impactos à saúde dos trabalhadores da saúde.

Dentre elas foram instituídas medidas de suporte e apoio pelo hospital que amenizaram os impactos à saúde do trabalhador da saúde. As medidas de prevenção ao contágio e proteção à saúde utilizadas nas respostas do hospital à pandemia foram:

Quadro 6 – Relação das medidas de prevenção à Covid-19 e de proteção à saúde dos trabalhadores

Medidas de prevenção à Covid-19 e de proteção à saúde dos trabalhadores

1. Distanciamento social
2. Divisão de alas Covid e não Covid
3. Separação de pacientes suspeitos e confirmados
4. Restrição de visitas e acompanhantes
5. Definição de áreas de riscos
6. Divisão da equipe – cuidado com grupos de riscos
7. Teletrabalho
8. Afastamento de trabalhadores sintomáticos
9. Adaptação de UTIs: isolamentos individuais
10. Adaptação de portas de madeira para monitoramento dos pacientes
11. Adaptação dos ambientes para ventilação adequadas
12. Barreiras físicas: acrílico em aparelho de exames; uso de balcão para impor

distanciamento

13. Sinalização com fitas
14. Intubação pela equipe específica: Time de respostas rápidas vias aéreas
15. Respirador com filtro HEPA
16. Pressões negativas nos ambientes
17. Educação sobre a doença
18. Novos protocolos
19. Proibição de aglomeração em copas e refeitórios
20. Questionário de sintomas
21. Testagem pool de saliva
22. Testagem pacientes assintomáticos
23. Testagem em acompanhantes
24. Vacinação
25. EPIs – quantidade suficiente e uso correto de paramentação e desparamentação: máscaras N95, luvas, face shield, aventais, gorro, viseiras e uniforme
26. Máscaras N95 para todos trabalhadores durante todo expediente
27. Treinamento uso de EPIs - remoto, *in loco*
28. Obrigatoriedade de atendimentos com máscaras
29. Inovação no uso estendido e reuso de EPIs
30. Higienização: lavagem das mãos, uso de álcool em gel, banho após expediente
31. Psicoterapia
32. Práticas integrativas: auriculoterapia, acupuntura e homeopatia
33. Fisioterapia para efeitos da Covid longa
34. Câmeras de monitoramento, gravação de ligações e vigilância por ronda.

Fonte: material elaborado pela autora

Outras medidas de inovação quanto à organização de recursos e fluxos foram criadas como estratégia de minimização dos riscos durante a resposta à pandemia (Quadro 7).

Quadro 7 – Inovações na organização e fluxos

Inovações organização e fluxos
1. Criação do Comitê de Crise
2. Estratégias de comunicação interna e com a sociedade - conscientização dos trabalhadores e população
3. Reorganização de fluxos
4. Criação do ambulatório especial para funcionários
5. Mobilização para alterar e cancelar atendimentos agendados
6. Relações Institucionais
7. Ações motivacionais aos trabalhadores
8. Adaptação para diagnóstico da doença – Laboratório
9. Criação de Comissões
10. Ações de humanização: crachás, visitas virtuais, boletins médicos virtuais,

- objetivo do paciente e cartas
11. Tecnologia: videoconferências, teleatendimento, teletrabalho
 12. Portal de transparência Covid
 13. Campanhas de arrecadação
 14. Desenvolvimento de regras e protocolos: base de protocolo de atendimentos de referências estadual e nacional e internacional
 15. Interações e colaborações
 16. Expansão do hospital e setores: regulação de leitos, tecnologia, comunicação, SESMT, clínica médica, infectologia, CCIRAS;
 17. Manejo dos pacientes - Pronação – cuidado com o paciente
 18. Pesquisas Covid longa – sequenciamento genético
 19. Unidade do serviço - união

Fonte: material elaborado pela autora

Aspectos psicossociais foram desenvolvidos e quando somados às medidas de prevenção à Covid-19 e proteção da saúde do trabalhador trouxeram benefícios à saúde dos trabalhadores.

Quadro 8 – Aspectos psicossociais desenvolvidos com a pandemia

Aspectos psicossociais
1. Resiliência
2. Motivação
3. Propósito do trabalho
4. Sentido no trabalho
5. Amadurecimento da gestão: estimular a equipe
6. Poder de decisão
7. Habilidades comunicacionais
8. Crescimento profissional e pessoal
9. Empatia
10. Capacidade e valorização do trabalho em equipe

Fonte: material elaborado pela autora

Quanto à organização hospitalar, as decisões foram tomadas de forma conjunta e colaborativa e envolveram atores intra-hospitalares e interinstitucionais, demonstrando potencial para aprendizagem.

Apesar da melhora na interação entre os setores internos do hospital e fluxos, verificou-se que uma vez que foi imposta por uma situação de crise, é preciso desenvolvimento de políticas internas e ações coletivas para que as práticas colaborativas que neste momento se iniciaram sejam sustentadas no tempo trazendo benefícios ao hospital universitário.

O momento foi de oportunidade para revisão de práticas de trabalho e medidas de proteção do trabalhador, porém foram destacados desafios para o pós-pandemia (Quadro 9).

Quadro 9 – Desafios no pós-pandemia

Desafios futuros
1. Déficit de recursos humanos;
2. Questões de saúde mental e programas de cuidado
3. Retomada de projetos idealizados antes da pandemia para promoção da saúde dos trabalhadores e melhora das condições de trabalho como questões de ergonomia
4. Financiamento para melhoria da infraestrutura.
5. Conscientização da população
6. Articulação do serviço hospitalar com a sociedade para desenvolvimento de políticas públicas

Fonte: material elaborado pela autora

Os trabalhadores propuseram melhorias das políticas de saúde e segurança do trabalhador da saúde.

Quadro 10 – Propostas de políticas de saúde e segurança do trabalhador

Propostas para melhoria das políticas de saúde do trabalhador no pós-pandemia
1. Investimento e recursos públicos
2. Cuidados com a saúde mental - medidas de promoção da saúde emocional
3. Segurança dos trabalhadores
4. Disponibilização de EPIs
5. Vacinas em quantidades suficientes
6. Treinamentos
7. Educação continuada e
8. Instituição de políticas internas para uso adequado das medidas de proteção.

Fonte: material elaborado pela autora

Assim, na próxima sessão, os resultados serão discutidos fundamentando-os na teoria histórico-cultural da atividade.

6 DISCUSSÃO

A pandemia foi caracterizada por transmissão em “ondas” (OPAS, 2022a). O vírus SARS-CoV-2 era desconhecido com alta virulência e transmissibilidade, o que fez o mundo investir na produção de um imunobiológico específico na corrida contra o tempo. Por se tratar de um agente desconhecido, abalou o sistema de saúde e do trabalho.

As respostas, ações e estratégias de organização e medidas de segurança variaram conforme a demanda no serviço e oferta de recursos (CDC, 2020b; HICK *et al*, 2021), sendo bem definidas as fases de preparação, resposta com sucesso no ano de 2020 e fase de crise no primeiro semestre de 2021.

No primeiro ano, a experiência verificada em outros países, somadas às recomendações de órgãos internacionais (WHO, 2020a; CDC, 2020a; MEYER *et al*, 2020) permitiu preparação do hospital. A capacidade de oferta superou a demanda. O sucesso das respostas no primeiro ano se deu devido às mobilizações adotadas, inovações e ambiente colaborativo encontrado. A pandemia marcou o início de formação de identidade de coletivo no serviço. Uma transformação que envolveu esforço organizativo. As mudanças vivenciadas no hospital estudado assemelham-se em grande medida às estudadas por Portela, Reis & Lima (2022).

Já no segundo ano, a estrutura planejada não evitou a crise e colapso estrutural, pois houve explosão de casos e surgimento de cepa mais grave, que resultaram em escassez de insumos em âmbito mundial. Além disso, o aumento de demanda de casos de contaminados, no hospital, conflitou com o início da desativação e desmobilização de parte de recursos do planejamento, e somou-se à nova onda da doença, em maior dimensão resultando em crise de recursos.

Para responder à pandemia o hospital realizou diversas mudanças organizacionais e inovações nas atividades desenvolvidas que possibilitaram múltiplas aprendizagens. As transformações foram, desde

estruturais, sistemas, modos operatórios, medidas de controle de infecção, mudanças na gestão: escolhas estratégicas e formas de tomar decisões, comunicação e interação entre setores, até em relações institucionais.

6.1 SISTEMA DE ATIVIDADES HOSPITALAR

O hospital universitário é um complexo hospitalar que tem como objetivos prestar assistência à saúde da população e formar estudantes no ensino, pesquisa e inovações (BRASIL, 2015).

Para a THCA esses objetivos podem ser definidos como objetos da atividade hospitalar, que é composta também por elementos como os sujeitos, os instrumentos e mediadores sociais: regras, comunidade e divisão de trabalho. O objeto é inerente à atividade, pois representa a finalidade para qual é voltada. Os meios culturais facilitam a aprendizagem dos sujeitos dentro do sistema de atividades (S.A). As setas com duas direções indicam a natureza dialógica das interações (ENGESTRÖM; SANINNO, 2010; QUEROL; SEPPANEN, 2020).

Figura 12 - Elementos do sistema de atividade hospitalar

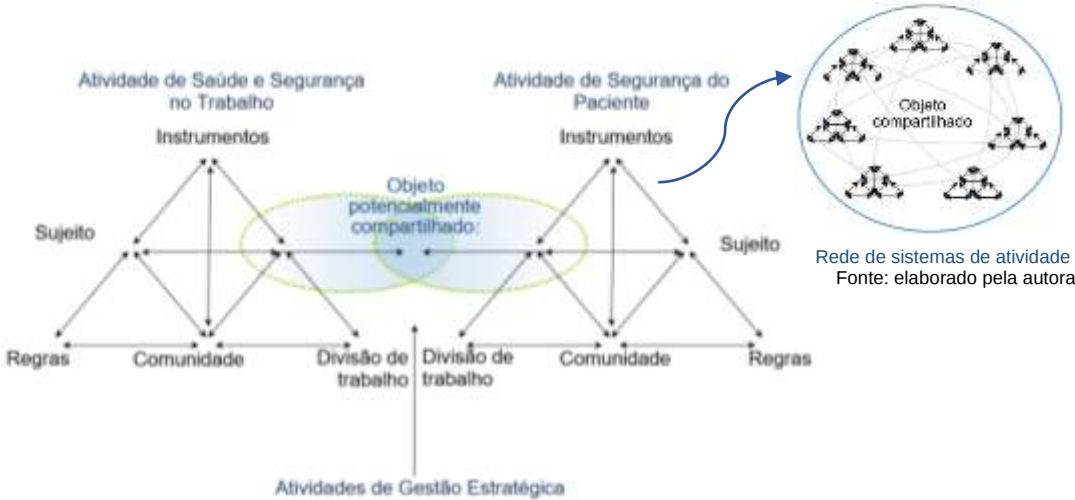


Fonte: Adaptado de Engeström (1987)

Assim, o sistema de atividades do hospital universitário é composto por uma rede de diversos sistemas de atividade (setores) que desenvolvem operações, ações e atividades específicas direcionadas aos objetos

compartilhados e interdependentes. As atividades consistem em várias ações coletivas e colaborativas (ENGESTRÖM, 2001).

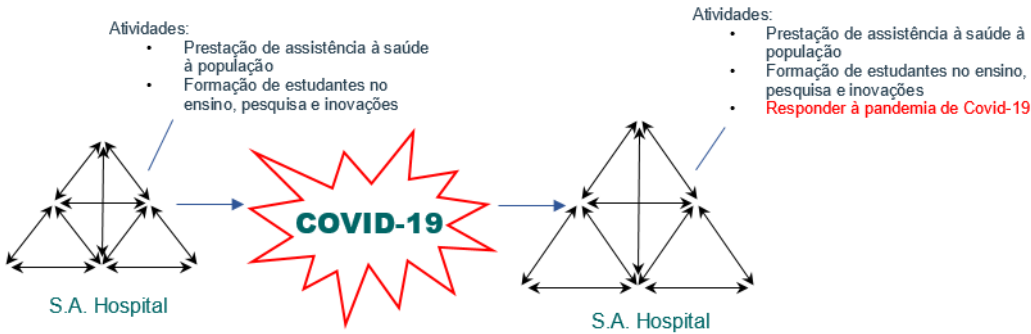
Figura 13 – Sistemas de atividade interagindo e rede de sistemas



Fonte: Adaptado de Engeström (2001)

Com a ocorrência da pandemia, o hospital universitário passou a incorporar como parte de suas atividades principais: “responder à pandemia de Covid-19”, diante da sua configuração como hospital de referência neste tratamento, ainda que tenha impactado nas outras atividades. A prestação de assistência à saúde à população teve restrições e a formação de estudantes enfrentou desafios e riscos.

Figura 14 – Nova atividade: responder à pandemia de Covid-19



Fonte: material elaborado pela autora

O novo objeto “respostas à pandemia de Covid-19” impactou todo o sistema de atividades interdependentes do hospital, o que impôs reorganização dos serviços por meio de ações e estratégias, quanto à estrutura e fluxos. O hospital passou a responder à pandemia de forma a controlar e diminuir a transmissão do vírus, mantendo o serviço de qualidade e com o mínimo de impacto na saúde dos trabalhadores (WHO, 2020a, 2021).

6.2 HIPÓTESES DE CONTRADIÇÕES, INOVAÇÕES E DESAFIOS À APRENDIZAGEM

Conforme a THCA, a emergência de problemas de determinado sistema de atividade recorre de adequações entre mudanças que vão acontecendo na realidade (ENGESTRÖM; SANNINO, 2010). A emergência da pandemia impôs respostas e adaptações nos elementos do sistema de atividade para fazer face às mudanças dadas, em tempo real, de acordo com a evolução e o conhecimento da Covid-19.

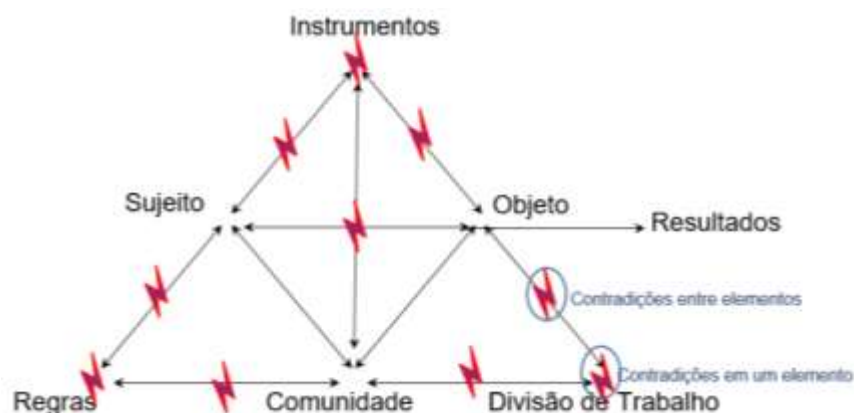
No contexto de pandemia, inadequações intra (p.ex. sujeitos) ou entre (p.ex. objeto e sujeito) elementos no desenvolvimento do sistema de atividade hospitalar podem ensejar contradições a serem identificadas e superadas (ENGESTRÖM, 2001).

As contradições podem ser, por exemplo, primárias, quando as tensões entre o valor de uso e o valor de troca surgem dentro de determinado elemento do sistema; secundárias, quando se estabelecem entre elementos (p.ex. entre instrumentos - materiais, protocolos, práticas de prevenção, etc. - e o objeto de atividade do sistema modificado com a chegada da pandemia); terciárias, quando os elementos do novo sistema de atividade entram em conflito com os elementos de um antigo sistema; e quaternárias, quando emerge uma contradição entre os dois sistemas (ENGESTRÖM; PUONTI; SEPPÄNEN 2003).

Os elementos que existiam no sistema de atividades hospitalar

passaram a ser insuficientes e inadequados diante da nova realidade e os novos tipos de demandas impostos pela pandemia de Covid-19 ensejando novas interações e mudanças na rede de sistemas, revelando contradições e desafios à aprendizagem (ENGESTRÖM, 2016).

Figura 15 – Contradições no Sistema de Atividade



Fonte: Adaptado de Engeström (1987)

Desafios, conflitos, problemas e mesmo as inovações que surgiram durante a resposta à pandemia e a transformações do hospital, são manifestações das contradições nos e entre elementos do sistema que surgem quando há inadequações ou tensões. Os desafios e as inovações, durante a resposta do hospital à pandemia, permitiram identificar hipóteses de contradições no sistema de atividade (ENGESTRÖM; SANNINO, 2010).

A primeira hipótese é que para reorganizar e criar novas atividades foram exigidas medidas que geraram a necessidade de mudança na forma de se tomar decisões. Antes da pandemia predominava modelo de gestão de tomada de decisões por chefias, fragmentadas, e comunicadas em reunião mensal. Com a pandemia esse modelo não foi mais compatível com um objeto compartilhado que requer comunicação, colaboração, e decisão coletiva. Assim, as reuniões de chefia serviram como espaço coletivo de discussões e as decisões tornaram-se conjuntas.

Outras hipóteses de contradições primárias que se deram por

conflitos de valores são: entre sujeitos – quanto à concepção científica x concepção “negacionista”, que restou durante a pandemia, sobre uso estendido de EPIs; prioridade na vacinação; na divisão de trabalho (tanto quanto à divisão, quanto às relações de poder); entre as regras e normas (pois chegaram a ser contraditórias); entre os instrumentos (diante da doença nova desconhecida).

As hipóteses de contradições secundárias, entre elementos do sistema, se deram entre o objeto e instrumentos (p.ex. diante da escassez e despreparo do pessoal); sujeitos e comunidade (p.ex. NIR x pressão por vagas); objeto e sujeitos (p.ex. necessidade de comitê, comissões, times específicos); sujeitos e divisão de trabalho (p.ex. atividades de gerência x novas comissões).

Contradições terciárias, entre o antigo sistema e o novo, por exemplo a ocorrência sobre a possibilidade de acompanhante idoso entrar e permanecer na ala Covid, em um modelo que vigoravam novas regras institucionais de proibição. Contradições quaternárias que se deram entre os sistemas que compõem a rede diante da necessidade de maior interação entre eles em período de emergência e escassez.

Passamos à análise dos principais desafios e mudanças identificados neste estudo e sua relação com as hipóteses de contradições e o potencial para aprendizagem dos envolvidos na resposta à pandemia e do sistema hospitalar.

Com a inclusão de atendimentos a pacientes com Covid-19, ocorreu rápida mudança no sistema intra-hospitalar, sendo exigido dos elementos desse sistema grande velocidade de ajustes e adaptações sob risco de fracasso que poderia ser cobrado em vidas humanas.

As manifestações das contradições foram relacionadas no Quadro 4 da subseção 5.4.3. Como exemplos citamos: escassez de recursos, insumos e materiais; déficit de recursos humanos, violências, ameaças e pressões; vacinas em quantidade insuficiente; conflitos; resistência ao novo; Covid longa; e diferenças de interesses e opiniões.

Também foram relacionadas como emoções, sentimentos e comportamentos desafiadores no Quadro 5 da mesma subseção. Como exemplos citamos: ansiedade, estresse, medo, fragilidade, sobrecarga, desvalorização e cansaço.

As contradições levaram o sistema hospitalar a realizar mudanças e adaptações em todos seus elementos: sujeitos, instrumentos, regras, divisão de trabalho e comunidade, para que pudesse continuar proporcionando os resultados esperados de suas atividades: assistência de qualidade e prevenção do contágio (menor custo humano).

Para realizar as adaptações frente às variabilidades foi necessária adoção de novas medidas e inovações nas práticas de trabalho para garantir a assistência médico-hospitalar de qualidade e medidas de segurança para proteção da saúde dos pacientes e dos trabalhadores. Apesar de incluir ações discutidas na literatura sobre resposta a situações de crise e o apoio de pesquisadores ligados à Faculdade de Medicina esse processo não foi descrito como resposta organizada com apoio conceitual e estrito monitoramento como aquele sugerido por Tasic *et al* (2019) ou ainda a proposta sugerida pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2020b).

As novas medidas de prevenção à Covid-19 e de proteção à saúde dos trabalhadores, e as inovações na organização e fluxos foram relacionadas nos Quadros 6 e 7 da subseção 5.4.3. Como exemplos, citamos as mudanças nos elementos do sistema de atividades:

Sujeitos das atividades no hospital: aos trabalhadores da saúde - superintendência, gestores, assistência (técnicos de enfermagem, enfermeiros, equipe médica, equipe multidisciplinar) e do apoio/administrativo (SESMT, informática, compras, NIR, comunicação, etc) - somaram-se novos trabalhadores para a linha de frente específicos para o setor Covid; comitê de crise, comissões, laboratório para diagnóstico; time de respostas rápidas via aérea; e ambulatório pós-covid.

Como instrumentos, foram necessários mais e novos tipos de EPIs,

leitos de UTI e de enfermagem, equipamentos, insumos, medicamentos, tecnologia – teletrabalho, visitas virtuais, estratégias e materiais de comunicação, treinamentos, respirador com filtro HEPA, questionário de sintomas, testagem Pool de Saliva, diálogos institucionais, e negociações.

As regras também foram alteradas. Novos regulamentos da OMS, normas sanitárias pela Anvisa, Leis Federais, Estaduais, Decretos Municipais, Resoluções, Deliberações, Portarias Covid-19, somaram-se a novos protocolos internos (p.ex. restrição de visitas e acompanhantes, manejo de pacientes, divisão de equipamentos), e passaram a orientar as práticas de trabalho e os fluxos no hospital.

A comunidade, que define quem estava envolvido com o serviço hospitalar, foi ampliada por tratar-se de doença pandêmica com transmissão comunitária, cujo interesse de responder à pandemia também os interessava: familiares dos pacientes e sociedade, Faculdade de Medicina, prefeitura e secretarias municipais, Governo e Comitê estadual, órgãos e instituições federais (Anvisa, Tribunal de Contas, etc), conselhos de medicina, sindicatos, hospitais e serviços de saúde municipais da região, Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS) e Departamentos Regionais de Saúde (DRS).

Os impactos na divisão de trabalho foram primeiramente quanto às novas contratações temporárias, realocação de trabalhadores com a reestruturação e divisão de alas, e afastamentos dos grupos de risco (idosos e grávidas). Houve aumento das interações intersetoriais e interinstitucionais. O surgimento de novos atores de destaque impulsionou as relações de poder, conflitos e diálogos entre os trabalhadores.

Os conflitos ocorreram entre setores e entre as classes de trabalhadores, fosse pelo momento de urgência, escassez, divisão de trabalho, resistência ao novo, cansaço e falta de determinações sobre a pandemia que se alastrava, que causaram diferenças de interesses e opiniões.

As contradições foram a força para as mudanças que possibilitaram

que as interações se intensificassem e novos atores alcançassem espaço no sistema hospitalar. A intensificação das relações entre os atores intra-hospitalares e interinstitucionais ocorreu por estarem em alerta diante da pandemia e em busca comum de respostas. As decisões foram tomadas de forma conjunta e envolveram atores intra-hospitalares e interinstitucionais, demonstrando potencial para múltiplas formas de aprendizagem.

Porém, embora as interações tenham se intensificado, e novos atores tenham alcançado espaço no sistema hospitalar, verificam-se desafios à aprendizagem do sistema diante da existência das hipóteses de contradições. Desafio à aprendizagem é a necessidade de mudança para que uma contradição seja resolvida.

Eventos inesperados e emergentes, como a pandemia de Covid-19, pedem respostas coordenadas, integradas e colaborativas dentro e entre organizações. Os diversos desafios enfrentados e solucionados pelos profissionais, para responder à pandemia de Covid-19 como novo objeto da atividade, levaram à transformação da dinâmica das atividades e simultaneamente possibilitaram a aprendizagem (ENGESTRÖM, 2016).

Os profissionais envolvidos na organização da resposta se destacam como aqueles com maior potencial de aprendizagem nessa situação. O estudo explorou a participação de envolvidos em diferentes aspectos da organização da resposta do sistema, com foco naqueles mais relacionados à saúde dos trabalhadores e à resposta global do sistema à pandemia, enfatizando como foram abordados os cuidados relacionados à saúde dos trabalhadores do serviço de saúde.

Para compreender o potencial de aprendizagem, procuramos identificar, na próxima subseção, respostas às questões centrais sugeridas por Engeström (2001): (1) Quem são os sujeitos da aprendizagem, como são definidos e localizados? (2) Por que eles aprendem, o que os impulsiona a fazer tal esforço? (3) O que eles aprendem, quais são os conteúdos e resultados da aprendizagem? (4) Como eles aprendem, quais

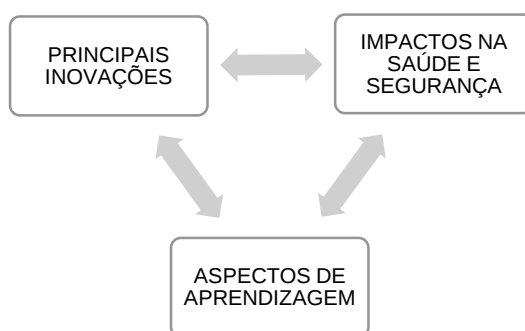
são as ações chave ou processos de aprendizagem?

6.3 POTENCIAL DE APRENDIZAGEM

Embora esta pesquisa não tenha realizado os ciclos de aprendizagem expansiva, a urgência da pandemia impôs mudanças necessárias em tempo real, conforme a evolução do conhecimento das causas e consequências da Covid-19. Portanto, é possível conhecermos, a partir das hipóteses de contradições encontradas e solucionadas, o potencial de aprendizagem dos envolvidos nas respostas e do sistema hospitalar a partir dessa vivência.

A organização dos resultados deste estudo permitiu identificar a relação entre os impactos na saúde e segurança do paciente e do trabalhador, as inovações e aspectos de aprendizagem, e os principais atores envolvidos nas respostas à pandemia. A aprendizagem se deu em todos os níveis do sistema: gerir crises, desenvolver e aplicar tecnologias e procedimentos, aprimorar habilidades comunicacionais, proteger-se e promover segurança de pacientes, uso de recursos novos, oferta e organização de recursos materiais e pessoais e repensar sistema de atividades.

Figura 16 – Tríade dos resultados: principais inovações, impactos na saúde e segurança e aspectos de aprendizagem



Fonte: material elaborado pela autora

O potencial de aprendizagem organizacional embutido na experiência da pandemia e da resposta do hospital à mesma perpassou os níveis de operação, ações e atividade do sistema (LEONTIEV, 1978; ENGSTRÖM, 2016). Cuidados pessoais na paramentação e desparamentação, procedimentos operacionais, uso de recursos novos, competências de reconhecimento de situações de aumento de riscos, aprendizagem relacionada à oferta e organização de recursos materiais e pessoais, entre outras, demonstram que os impactos de situações de crise ultrapassam os limites da abordagem de doença como estritamente infectocontagiosa envolvendo também aspectos de saúde mental (OMS, 1946).

As entrevistas participativas atuaram como espaços reflexivos e de auto-confrontação sobre quais foram e como se deram as mudanças nas atividades de trabalho com a pandemia. A natureza social, política, científica, coletiva, complexa da construção dos processos decisórios pode ser ressaltada notadamente nas entrevistas com os atores mais envolvidos nas instâncias de discussão e gestão de setores mais afetados.

Ainda que os entrevistados tenham sido questionados sobre novas interações entre trabalhadores e setores do hospital e ações coletivas, a maioria das falas demonstrou aprendizagem isolada, ou até mesmo sem a percepção clara dos compromissos ou negociações de interesses embutidos em diferentes decisões (AMALBERTI, 2016).

Assim, o processo de decisões pelas equipes ainda suscita dúvidas sobre até que ponto poderia representar realmente oportunidade de aprendizagem sobre o como lidar com situações de crise, especialmente em pandemias futuras, o que demonstra a importância da realização dos ciclos expansivos propostos no Laboratório de Mudança (VIRKKUNEN; NEWNHAM, 2015).

6.3.1 Capacidade organizativa: da organização do comitê emergencial hospitalar à ação expansiva de aprendizagem no enfrentamento da Covid-19

Os resultados permitiram identificar capacidade organizativa e expansão das atividades desenvolvidas no complexo hospitalar, com aprendizado tanto no nível pessoal como no coletivo durante as respostas à pandemia de Covid-19 (ENGESTRÖM, 2016; TASIC, 2019).

O hospital universitário diante de sua peculiaridade de ensino, pesquisa e inovação foi beneficiado durante as respostas à pandemia (BRASIL, 2015; SANTOS *et al*, 2020). Por ser formado por profissionais ligados à pesquisa científica, professor-pesquisador-profissional em saúde (ARAÚJO; LETA, 2014), teve suas ações e estratégias embasadas em conhecimentos e técnicas confiáveis, idôneas e comprovadas cientificamente. A estrutura do hospital de ensino e dos laboratórios da faculdade parceira favoreceu a habilitação para diagnóstico local da doença e também o projeto de vacinação antecipada na população local. Foram desenvolvidas inovações como o teste pool de saliva.

Além disso, a atividade de formação e capacitação possibilitou mobilização de profissionais de diversas áreas na atuação médico-hospitalar e de apoio, como médicos residentes e médicos veterinários, para a mesma finalidade: responder à pandemia. Foi favorecida a colaboração interprofissional e intersetorial (OMS, 2010). Apesar de terem sido suspensas atividades regulares de assistência à saúde em detrimento a pacientes acometidos com outras doenças, que resultaram em agravamento da saúde, e da conformação de leitos que acabou com a especialização, o hospital respondeu com sucesso à pandemia e reconheceu a importância da parceria com a faculdade de medicina.

O comitê de crise formado, no início do ano de 2020, com a notícia do novo coronavírus, antes da chegada do primeiro caso à cidade, marcou o início do coletivo, com decisões conjuntas por meio de práticas

colaborativas. O comitê foi formado por gestores de áreas variadas mas com envolvimento direto na resposta à pandemia. Inicialmente centralizou as decisões sobre o planejamento e adequações no hospital, mas no decorrer dos meses acabou sendo dissolvido e se ramificou em comissões, com a descentralização de processos decisórios. Essa ramificação ocorreu porque as pessoas se apropriaram e desenvolveram o trabalho de forma mais descentralizada, pois estruturalmente estavam mais fortalecidas.

O comitê apesar de não formalizado teve atuação essencial no sistema hospitalar para planejamento das ações e respostas à pandemia que foram sendo definidas e estruturadas conforme a evolução e situação da doença, e demanda no hospital (ASSUNÇÃO; LIMA, 2001). Por não haver protocolo específico ou plano pré-existente no hospital para situação de pandemia, foram construídos protocolos internos para os atendimentos e atualizados constantemente, inovação que serviu, inclusive, de base para protocolos nacionais e internacionais.

As comissões continuaram com decisões coletivas, porém envolviam setores diretamente relacionados com as demandas e respostas necessárias, com consultas específicas aos gestores com apoio e aprovação da superintendência. O processo de tomada de decisão conjunta resultou da interdependência dos setores que transformou a cultura hospitalar para unificar o conhecimento visando decisões aplicáveis e exequíveis.

Interações e cooperação na tomada de decisões foram consideradas, pelos entrevistados, como oportunidades de aprendizagem por terem resultado em trabalho articulado, multiprofissional, colaborativo e incluindo operacional.

A gestão expandiu suas atividades e habilidades. Buscou negociações e integrações entre serviços, expandindo sua atuação e conhecimento. As gerências foram responsáveis por garantir os atendimentos de qualidade e também prestar cuidados aos trabalhadores. As gerências tiveram destaque na organização e atuação e suas atividades

foram expandidas em rede de formas diferentes, ao assumirem outras responsabilidades, seja para interações interinstitucionais, seja assumindo maior quantidade de trabalho na prática operacional da linha de frente do combate à pandemia.

Trabalhadores da linha de frente inovaram as práticas de trabalho de forma a adequar instrumentos, ações, e superar as imposições da pandemia, prestando serviço de qualidade e protegendo-se no ambiente de trabalho. Adquiriram conhecimentos quanto à doença, medidas de prevenção, uso de insumos, novos equipamentos e medicamentos. Inovaram na forma de executar o trabalho, criando novos procedimentos, novas habilidades técnicas, cognitivas, comportamentais e emocionais (TASIC, 2019). A experiência e consciência de sua importância nesse momento de crise sanitária fez com que desenvolvessem características psicossociais como a empatia e a resiliência.

O SESMT trabalhou nos cuidados à saúde dos trabalhadores e no decorrer dos meses foi incluído nas parcerias com outros setores, grupos e comissões, o que demonstrou expansão de sua atividade. A atividade de prevenção passou a ser incluída nas tomadas de decisões para que os sujeitos pudessem agir de forma segura, considerando que são necessárias ao mesmo tempo de fornecer devido serviço de saúde aos pacientes. As medidas de segurança do paciente foram simultâneas às de segurança do trabalhador. Quem organiza e conduz a assistência faz muito pela prevenção e eles e o SESMT, responsável pela prevenção, aprenderam isso na pandemia.

As medidas de prevenção tiveram alcance coletivo, sendo tanto para a segurança do trabalhador como para a segurança do paciente. Foram implementadas regras sociais (regras), classificadas áreas de riscos para divisão das equipes (divisão de trabalho) e implementação de teletrabalho (instrumento).

O hospital construiu estrutura eficiente para responder à pandemia e realizou diversas mudanças organizacionais e inovações nas atividades

desenvolvidas. Considerando a hierarquia das medidas de controle (NIOSH, 2022), todos os níveis possíveis foram adotados pelo hospital: eliminação, substituição, controles de engenharia, administrativos e equipamento de proteção individual.

Medidas como utilização do filtro HEPA (instrumento) para evitar transmissão do vírus, e questionário de sintomas e teste pool de saliva (instrumentos) foram utilizadas para identificar suspeitos e isolá-los, sendo inovações que levaram à aprendizagem da prevenção. Considerando a visão construtiva da segurança compreende-se que ela resulta da capacidade de ter sucesso em condições variáveis, recorrendo-se de todos recursos disponíveis. Ela “é construída ao mesmo tempo que as competências se desenvolvem, o que cria novos recursos para agir com segurança” (NASCIMENTO *et al*, 2016).

Nesse sentido, o serviço foi adaptando-se conforme as variabilidades (DANIELLOU; SIMARD; BOISSIÈRES, 2009) apresentadas pela evolução da pandemia. A exemplo disso foi a divisão do hospital em alas Covid e não Covid, que no momento de crise se descaracterizou, colocando em risco a segurança dos trabalhadores. E a criação de nova técnica de testagem “pool de saliva” para identificação de casos suspeitos.

A pandemia trouxe desafios para a gestão de segurança no hospital que tiveram que ser respondidos em tempo real. No que se refere à organização de recursos na resposta às demandas, incertezas e instabilidades mundiais influenciaram as mudanças nas medidas e formas de serem adotadas.

As medidas utilizadas referiam-se à organização do funcionamento do hospital, anteriormente prescritas em recomendações de estudos e organizações internacionais. Mas, o serviço precisou se adequar às variabilidades locais durante a evolução da doença em relação à disponibilidade de recursos, o que exigiu criatividade e interação para decisões coletivas que criaram inovações tecnológicas e sociais.

Como exemplo, citamos as habilidades e competências mobilizadas

pela equipe de respostas rápidas de vias aéreas. A decisão de atribuir essas tarefas a profissionais experientes representa em si escolha que cria segurança – tanto para o paciente, como para o trabalhador, pois diminui chances de contaminação de trabalhadores inexperientes em tarefa de alto risco, apesar de poder ser entendida como medida de controle administrativo na hierarquia de medidas de prevenção. Mas, foi adotada de modo fragmentado, sem a interferência direta da equipe do SESMT.

Por sua vez, a introdução dos filtros HEPA nos respiradores representa medida de controle de engenharia que também foi introduzida sem o envolvimento direto da equipe do SESMT. Nos dois casos trataram-se de decisões em que a lógica da segurança se mostra embutida, mas sem coordenação da atividade entendida como ações sobre objeto compartilhado ampliado em sua natureza com a chegada da pandemia.

Cresceu a importância do SESMT como componente da gestão estratégica do sistema hospitalar. A gestão dos EPI assumiu contornos críticos. O reconhecimento e o manejo de casos, a avaliação de nexo causal, as condutas de afastamento e retorno de doentes ao trabalho, o enfrentamento do estresse e de manifestações de impactos de saúde mental mobilizaram a atenção do serviço que passou a ter presença em discussões e com atores com os quais pouco interagia até então. Apesar disso, a gestão de segurança destoou como fragmentada, como objeto compartilhado de diferentes componentes que carecem de coordenação e podem se beneficiar da ampliação de espaços de debate em busca da reorganização do sistema de atividade de prevenção no pós-pandemia.

Houve também expansão das atividades de regulação de leitos, da comunicação e da tecnologia, que redescobriram suas potências.

O excesso de demanda por vagas de internação no período de pandemia exigiu mudanças na gestão de leitos que transcendeu à perspectiva do atributo regional. A necessidade de decisões efetivas pela gestão ensejou interlocuções e colaborações interinstitucionais permanentes que demandaram inovações nas formas de trabalho. O objeto

da atividade de gestão de vagas de cuidados intensivos expandiu-se ao integrar as atividades de coordenação regional. A regulação de leitos ampliou seu papel de liderança e assessoria ao apoiar a estrutura nos municípios da região, que foram se fortalecendo para estruturarem leitos de enfermaria e UTI, foram assumindo novas responsabilidades e aprendendo, se apropriando para poderem receber pacientes com Covid.

A crise marcou o início do desenvolvimento da capacidade comunicativa e de negociação nos processos políticos e de gestão no fluxo de recursos para garantia de acesso aos usuários. Os princípios da universalidade, integralidade e equidade guiaram o comportamento dos gestores nas tomadas de decisões sustentando a política social. Avalia-se que a aprendizagem sobre gestão ultrapassou a fronteira de leitos agregando compromissos inéditos na transformação do sistema de atividade como objeto coletivo.

A comunicação tornou-se essencial na gestão hospitalar da crise em contexto de urgência pública em Era da informação digital. No contexto da crise, veicular informações sobre redirecionamento do papel institucional, demanda de cuidados da Covid-19 e de forma síncrona, manter informada a sociedade, tornou-se essencial. Tempos hodiernos demandam informações constantes à sociedade.

A finalidade da produção de informações visou o público interno e externo à organização com foco na fidedignidade de fontes como da identidade organizacional. Oportunizou interação de sistema de atividades macro e micro na ousadia de múltiplos compartilhamentos. Esse ambiente singular potencializou trabalhos colaborativos culminando em veiculação de informações por meio de criação de instrumentos como vídeos de treinamentos, tutoriais, sinalizações internas, comunicados, e matérias frutos de inspiração coletiva e de utilidade pública.

A tecnologia foi instrumento essencial que mediou o acesso à saúde e atendimentos, assim como possibilitou ações humanitárias e trabalho remoto. Os trabalhadores superaram desafios como a falta de recursos

financeiros e resistências ao novo, e criaram inovações tecnológicas, o que demonstrou capacidade de superação e resiliência.

A gênese da mudança organizacional atribui-se aos atores que compreenderam as múltiplas determinações na ocorrência da Covid-19, pautada na força articuladora e interdependente.

A necessidade de responder à pandemia possibilitou expansão das atividades de apoio à assistência à saúde, e aprendizagem quanto ao modo de trabalho, relações intra e interinstitucionais e sobre cuidados à saúde a partir da atividade de trabalho.

Surgiram janelas de oportunidade para um novo papel com maior protagonismo. Qual o futuro reservado aos diferentes serviços do hospital? Este estudo exploratório permite sugerir que ele vai depender do maior ou menor grau de aprendizagem especialmente aquele relacionado ao nível da atividade, da compreensão da ampliação ocorrida no objeto ou motivo social do sistema, da apropriação dessa percepção no coletivo de serviços que integram o hospital.

6.3.2 Gestão das respostas e situações traumatizantes durante a pandemia de Covid-19: riscos à saúde do trabalhador e estratégias de superação

No contexto de escassez e urgência diante da pandemia de Covid-19, foram identificadas situações traumáticas vivenciadas pelos trabalhadores que necessitaram tomar decisões rápidas, a fim de garantir atendimento às vítimas de Covid-19. A intensa demanda por leitos de UTI criou situações de vulnerabilidade e fragilidade tanto aos atores do serviço como para usuários SUS na disputa por acesso aos recursos à beira do colapso.

Os trabalhadores responsáveis pela gestão vivenciaram mudanças nas atividades e formas de organização do trabalho, em situação de escassez, urgência e colapso, com alto risco de contaminação do SARS-

CoV-2. Foram identificados sinais de sobrecarga de trabalho e pressão, insegurança, violências psicológicas e sintomas como medo, estresse e ansiedade – emoções, sentimentos e comportamentos desafiadores (Quadro 5).

Também foram reconhecidas vivências de conflitos no fluxo de atendimento, não raro, caracterizando violência interpessoal, institucional e psicológica traduzida em ameaças verbais e de outras naturezas por usuários SUS atingindo a vida privada dos trabalhadores. A magnitude desse fenômeno foi reconhecida pela gestão à integração do agir técnico e administrativo.

Houve empatia e resiliência dos gestores que responderam com sucesso à demanda. O serviço hospitalar ofereceu apoio aos trabalhadores como meio de amenizar os impactos, por meio de atendimento psicológico e práticas integrativas na sustentabilidade emocional sobretudo no trabalho operacional. Assim, as tomadas de decisões envolveram vivências com cargas afetivas e riscos psicossociais ensejando apoio do serviço à saúde mental do trabalhador.

As vivências de situações traumatizantes em conjunto, por exemplo, numa situação em que pessoalmente ou um colega é ameaçado, ou enfrenta situação que envolve mobilização de esforços importantes, também criou nos trabalhadores identidade e pertencimento ao grupo, o que potencializou a interação e união entre eles e consequentemente aumentou a potência de trabalho.

Os aspectos psicossociais desenvolvidos com a pandemia foram relacionados no Quadro 8 e indicam a força que moveu os trabalhadores a atuarem em momento de emergência, escassez, e crise, diante de doença desconhecida com alto grau de transmissibilidade e letalidade. Agiram de forma assertiva nas tomadas de decisões e nas ações interventivas, sendo o propósito e o sentido do trabalho os impulsos que motivaram cada atuação. Vistas essas vivências com a noção de compromisso cognitivo de Amalberti (2016) pode-se destacar que as arbitragens ou negociações

exigidas nas tomadas de decisões do cotidiano precisam considerar vivências como as relatadas pelos entrevistados. Assim é que por exemplo, as decisões relacionadas à gestão de vagas para UTI também precisam considerar a existência de ameaças à vida, à segurança e até ao emprego dos profissionais envolvidos tanto por parte de familiares de pacientes como de autoridades políticas e demais portadores de demandas à equipe.

Foi possível identificar que os entrevistados ao destacarem a necessidade de mudança das atividades, explicarem novas possibilidades e potências, preverem novos padrões e modelos e se comprometerem com ações específicas para mudar a atividade, realizando ações necessárias para alterá-la, demonstraram agência transformadora e potencial de aprendizagem (HAAPASAARI; KEROSUO, 2015).

O estudo permitiu ressaltar a importância da dimensão subjetiva do trabalho nas funções de gestão do trabalho hospitalar, durante a pandemia, com potencial para desenvolvimento humano e psicossocial, sendo importante identificar a formação da motivação e a agência dos sujeitos quanto às ações de superação e tomadas de decisão de sucesso, de forma a estimular aprendizagem e o desenvolvimento da atividade profissional dos envolvidos.

6.3.3 A pandemia como oportunidade de aprendizagem: lições e insights de melhoria organizacional e das políticas de proteção à saúde do trabalhador da saúde

A THCA é utilizada em ambientes de aprendizagem complexos, onde várias pessoas estão envolvidas em atividades compartilhadas. A teoria considera a atividade como unidade fundamental da vida, sendo que por meio dela e do trabalho colaborativo, as pessoas aprendem e desenvolvem-se (ENGESTROM, 2001; ENGESTROM, 2016). As ferramentas conceituais da terceira geração da THCA possibilitaram que este estudo compreendesse as múltiplas perspectivas e redes de interação dos

sistemas de atividades.

A pandemia trouxe, além da prática, aprendizado pessoal e profissional apesar de ser época de crise. A equipe do hospital, principalmente os mais envolvidos com as respostas, linha de frente, gerências e apoio, se adaptaram às variabilidades impostas respondendo com organização e coletivamente. Emergiram diferentes interpretações multivozes de dentro do sistema. Os trabalhadores adaptaram-se e melhoraram as interações e comunicações durante as respostas ao compreenderem ser setores interdependentes e que é necessária colaboração e unidade do serviço, pois inclusive levam a ações e estratégias menos arriscadas e mais eficientes.

Foram desenvolvidas habilidades técnicas, comunicacionais e relacionais. Na percepção dos entrevistados, as medidas de prevenção adotadas para Covid previnem também outras infecções virais, podendo passar a ser parte de nossa cultura. Houve alterações na forma de ver e entender o risco do contágio e passaram a ser abordadas as atividades até então abordadas de modo distinto no sistema hospitalar. O momento foi de amadurecimento para a gestão lidar com situações de escassez de recursos e de pressão, considerando sempre toda a estrutura hospitalar.

As respostas planejadas, dialogadas e coordenadas dentro e entre as organizações foram imprescindíveis e para que as inovações fossem desenvolvidas e aplicadas para as mudanças necessárias. Decisões conjuntas que envolveram diversas gerências, incluindo as de apoio à assistência significaram possíveis células germinais quanto às decisões colaborativas que podem ser estimuladas e sustentadas no tempo como aprendizado organizacional. A colaboração é um processo de construção conjunta, em que um grupo de pessoas tem um objetivo em comum a ser alcançado e, de maneira coletiva, devem tomar decisões para alcançá-lo (VYGOTSKY, 1978).

A prevenção de contaminação pode ter potencial de se tornar uma atividade compartilhada e integrada entre os setores do hospital, de forma

multidisciplinar, onde haja integração de expertises, por ser interdependente à atividade de prestação de assistência à saúde, sendo que pode trazer resultados benéficos ao hospital, como melhorar os índices de infecções hospitalares e diminuir adoecimento de profissionais.

Neste sentido, a experiência nas respostas à pandemia permitiu aos trabalhadores pensarem desafios que vêm sendo enfrentados quanto às práticas e condições de trabalho (Quadro 9), e vislumbrarem insights de melhorias e aperfeiçoamento de Políticas de Proteção à Saúde do Trabalhador da Saúde no pós-pandemia, de forma a garantir melhorias nos cuidados dos trabalhadores. Além de investimentos e recursos públicos, citaram: cuidados com a saúde mental e segurança dos trabalhadores, através de medidas de promoção da saúde emocional, disponibilização de EPIs e vacinas em quantidades suficientes, treinamentos, educação continuada e instituição de políticas internas e públicas para uso adequado das medidas de proteção (Quadro 10).

A necessidade de compartilhamento de informações, interações e decisões coletivas para inovações evidenciou existência de contradições na rede de sistemas de atividade que compõe o sistema hospitalar, que somadas à necessidade, urgência, motivação, sentido e propósito no trabalho impulsionaram os trabalhadores a continuarem a prestação de serviço de qualidade.

Durante a pandemia, processos coletivos surgiram e foram importantes, apesar de resistências. Ao resolverem e solucionarem as demandas, superando contradições que emergiram com a pandemia, os trabalhadores aprenderam. Esse processo suscita questionamentos sobre o futuro do serviço, em especial ao final da pandemia. Sistemas de atividades que se destacaram com importância na pandemia serão integrados de forma mais participativa e colaborativa? Há aprendizagem a ser valorizada, ou a ser abandonada. O que vai prevalecer?

Portanto, parece importante destacar a necessidade da criação de espaço de debate sobre a dinâmica dessas decisões e coletivização das

mesmas visando estimular que os processos decisórios sempre procurem embutir compromissos, que considerem a totalidade das lógicas, e interesses presentes no sistema e não apenas os interesses imediatos a curto prazo, que tendem a excluir os pontos de vista dos operadores e perder de vista a necessidade de ampliar o objeto do sistema de atividade do hospital.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo realizou-se pela coleta de dados por meio de documentos e entrevistas para explorar as estratégias e ações dos sistemas de atividades do hospital universitário conforme a evolução das respostas à pandemia de Covid-19, a partir de uma abordagem qualitativa.

Responder à pandemia de Covid-19 trouxe mudanças que foram benéficas ao sistema de atividade do hospital universitário. As ações e estratégias foram sistematizadas nesta pesquisa por meio das inovações, interações, práticas colaborativas e aprendizagem desenvolvidas. Foram mapeadas as mudanças no hospital quanto à organização de recursos durante a evolução do conhecimento e da doença Covid-19, sendo marcadas por fases que variaram de acordo com as demandas: contingencial, à qual atribuiu-se sucesso inicial devido ao planejamento e mobilização dos atores, e crise, diante principalmente da desativação precipitada dos recursos mobilizados.

Os participantes puderam refletir sobre as práticas de trabalho e as mudanças que ocorreram com a pandemia. A proteção da saúde e segurança do trabalhador teve maior cuidado e foi incluída com maior importância nas tomadas de decisões coletivas, embora ainda de maneira fragmentada.

As respostas oportunizaram múltiplas aprendizagens, tanto no nível pessoal como no coletivo. Houve inovação nas práticas de trabalho criando-se novos procedimentos e expandindo as habilidades e atividades. Foram desenvolvidas novas habilidades técnicas, cognitivas, comportamentais, emocionais, comunicacionais e relacionais.

O desafio é para que esse aprendizado das respostas coletivas, coordenadas e colaborativas supere a aprendizagem fragmentada e seja sustentado no tempo, de forma que a expansão possibilite a criação de nova cultura e o sistema hospitalar esteja preparado para novas crises.

O Laboratório de Mudança é intervenção formativa que pode ser

complementar a outros métodos participativos e que propiciem interações e práticas colaborativas. Porém, o estudo ressalta a peculiaridade da teoria histórico-cultural da atividade que possibilita compreender a existência de contradições no sistema e a partir delas oportunizar a aprendizagem expansiva do sistema de atividade com potencial para o desenvolvimento humano a partir do coletivo.

Os resultados obtidos com este estudo permitiram a formulação de hipóteses de contradições entre o novo objeto e demais elementos do sistema de atividade hospitalar e suas interações, o que idealmente deveria ser debatido pelos autores envolvidos, ensejando a necessidade de sessões coletivas do LM em ciclo de aprendizagem, tanto entre os membros do comitê de crise, como intra-setoriais, e interfronteiras, visando situar as ocorrências na evolução histórica da pandemia e reflexões sobre as possíveis transformações, com o objetivo de formação de agência dos participantes e elaboração de proposta de sistema de resposta a futuras ameaças enfrentadas no sistema.

Espera-se que o LM possa expandir os objetos das práticas de trabalho do hospital universitário e que surjam novas políticas em saúde pública com foco na saúde e segurança do trabalhador da saúde, articulada com outros serviços de saúde regionais que tenham intersecção e potencial para a integralidade em saúde.

Quanto à promoção da aprendizagem por meio da realização dos ciclos de aprendizagem expansiva intrahospitalar, sugere-se que primeiramente sejam realizadas sessões entre os trabalhadores de cada setor que compõe o hospital universitário, para posteriormente serem realizadas sessões coletivas em ciclo de aprendizagem concentrando representantes de todos os setores.

Já com relação ao fomento da aprendizagem por meio da realização dos ciclos de aprendizagem expansiva interfronteira, constatou-se que a articulação em rede entre o hospital universitário, outros serviços de saúde, órgãos do governo municipal, estadual e federal, e sociedade civil são

essenciais para desenvolvimento colaborativo de políticas públicas para manutenção da qualidade do serviço de saúde e melhora na qualidade de vida, tanto dos trabalhadores da saúde, quanto de toda a comunidade, ao prevenir doenças e promover a saúde. Assim, recomenda-se realização de sessões coletivas com representantes dos principais órgãos e instituições apontadas nesta pesquisa como de grande integração com o hospital universitário.

A pandemia de Covid-19 foi um fenômeno sem precedentes quando considerada no momento histórico e social atual. Atualmente a humanidade ao mesmo tempo que evolui tecnológica, virtual e digitalmente com ações de metaverso e exploração espacial, enfrenta guerras, atos de terrorismo, violências, discriminações, desigualdades sociais, fome e consequências da mudança climática, como aquecimento global.

Portanto, diante da crise humanitária, desequilíbrio socioambiental e ausência de políticas eficazes, evidencia-se como alto o risco de outras crises, seja na saúde como esta pandemia, seja das consequências das mudanças climáticas ou até mesmo quanto ao aumento da violência.

Enfim, diante deste cenário e da evolução constante de tecnologias e possibilidade de inovações na área da saúde, são necessários estudos permanentes sobre planejamentos e preparação do serviços de saúde e da comunidade para superar possíveis crises futuras com o mínimo de impacto possível na saúde.

A pandemia marcou o início do coletivo nas práticas de trabalho em momentos de crise do local estudado. Que seja este o marco da continuidade da unidade no serviço, amparado na integração e colaboração.

LIMITES DA PESQUISA

Por se tratar de estudo realizado durante a pandemia de Covid-19 caracterizada pela grande transmissão do vírus SARS-CoV-2, sendo os hospitais ambientes de alto risco de contágio, os limites de distanciamento social impostos no momento não permitiram a participação presencial da mestranda para observação das situações de trabalho, que foram substituídas pela descrição minuciosa pelos participantes durante as entrevistas e vídeos publicados em plataformas e mídias de acesso público.

O contato com os participantes, nesse período de pandemia, foi dificultado pela situação de colapso do sistema, o que prorrogou o período de coleta de dados.

Diante do avanço da pandemia e agravamento da doença, o estudo de mestrado contemplou a fase da coleta de dados que antecede o ciclo de aprendizagem expansiva proposto no Laboratório de Mudança, diagnosticando a necessidade e preparando dados para possíveis sessões coletivas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, I. M. Proteção da saúde dos trabalhadores da saúde em tempos de COVID-19 e respostas à pandemia. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 45, e17, 2020. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572020000101500&lng=pt&nrm=iso>. Epub 10-Jun-2020. <https://doi.org/10.1590/scielopreprints.140>. Acesso em 29 jun. 2020.
- AMALBERTI, R. **Gestão da Segurança: teorias e práticas sobre as decisões e soluções de compromisso necessárias**. Botucatu: FMB-UNESP; 168 p. 2016.
- ARAÚJO, K. M.; LETA, J. Os hospitais universitários federais e suas missões institucionais no passado e no presente. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. 2014, v. 21, n. 4. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-59702014005000022>>. Acesso em 12 jul 2022.
- ASSUNÇÃO, A.; LIMA, F. A contribuição da ergonomia para a identificação, redução e eliminação da nocividade do trabalho. In: **A Patologia do Trabalho**. São Paulo: Atheneu; 2001. p. 1768-1789.
- BARATA, L. R. B.; MENDES, J. D. V.; BITTAR, O. J. N. V. Hospitais de ensino e o sistema único de saúde. **Rev. Adm. Saúde**. 2010. Disponível em: <http://sistema.saude.sp.gov.br/sahe/documento/ras46.pdf>. Acesso em 11 jul 2022.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BOSELEY, S. Who declares coronavirus pandemic. **The Guardian**. Online. 11 mar. 2020. Disponível em <<https://www.theguardian.com/world/2020/mar/11/who-declares-coronavirus-pandemic>>. Acesso em 31 mar. 2020.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 05. Out. 1988.
- _____. Decreto nº.10.088 de 5 de novembro de 2019. Anexo LI. Convenção nº 155 da OIT sobre segurança e saúde dos trabalhadores e o meio ambiente de trabalho. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 06 nov 2019.

_____. Decreto-Lei nº. 5.452 de 1 maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do trabalho. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 09 ago 1943.

_____. Lei nº. 14.151 de 12 de maio de 2021. Dispõe sobre o afastamento da empregada gestante das atividades de trabalho presencial durante a emergência de saúde pública de importância nacional decorrente do novo coronavírus. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 13 maio 2021a.

_____. Lei nº. 14.198 de 2 de setembro de 2021. Dispõe sobre videochamadas entre pacientes internados em serviços de saúde impossibilitados de receber visitas e seus familiares. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 3 set 2021b

_____. Ministério da Educação. **Hospitais Universitários**. On-line. 2022d. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/hospitais-universitarios>>. Acesso em: 11 jul 2022.

_____. Ministério da Saúde. **Avaliação de tecnologias em saúde: ferramentas para a gestão do SUS**. Secretaria-Executiva, Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 110 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_tecnologias_saude_ferramentas_gestao.pdf>. Acesso em: 12 jun 2022.

_____. **Boletim Epidemiológico 08 da Secretaria de Vigilância em Saúde**. Doença pelo Coronavírus 2019. 09. abr. 2020a. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/09/be-covid-08-final.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2020.

_____. Coronavírus. 2022a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus>. Acesso em 10 jun. 2022.

_____. **Núcleos de Economia da Saúde: orientações para implantação / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento**. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 36 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Gestão e Economia da Saúde; v. 1). Disponível em:<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao_economia_saude_v1_nucleos_implantacao.pdf>. Acesso em: 12 jun 2022.

_____. **Painel Coronavírus**. 2022c. Disponível

em: <<https://covid.saude.gov.br/>>. Acesso em: 23 set 2022

_____. **Política Nacional de Práticas**

Integrativas e Complementares no SUS. On-line. 2022g. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/pics#:~:text=As%20Pr%C3%A1ticas%20Integrativas%20e%20Complementares,meio%20ambiente%20e%20a%20sociedade>. Acesso em 15 ago 2022.

_____. Portaria nº 467, de 20 de março de 2020. Dispõe, em caráter excepcional e temporário, sobre as ações de Telemedicina, com o objetivo de regulamentar e operacionalizar as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional previstas no art. 3º da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, decorrente da epidemia de COVID-19. Diário Oficial [da] União. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 23 mar 2020f.

_____. Portaria nº 639, de 31 de março de 2020. Dispõe sobre a Ação Estratégica "O Brasil Conta Comigo - Profissionais da Saúde", voltada à capacitação e ao cadastramento de profissionais da área de saúde, para o enfrentamento à pandemia do coronavírus (COVID-19). Diário Oficial [da] União. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 31 mar 2020e.

_____. Portaria Interministerial nº 285, de 24 de março de 2015. Redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (HE). Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 24 mar 2015.

_____. Resolução nº. 466 de 12 de dez. 2012. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Disponível em: < <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 24 abr 2020.

_____. **Resposta nacional e internacional de enfrentamento ao novo coronavírus.** Linha do Tempo. 08. dez. 2020b. Disponível em: <<https://coronavirus.saude.gov.br/linha-do-tempo>>. Acesso em: 02 abr 2020.

_____. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Notícias. **Uso da telemedicina para conter a transmissão do novo coronavírus.** 23 mar 2020c. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/noticia/7736>> Acesso em 10 jun 2022.

_____. Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona. On-line. 2022e. Disponível em: < <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus-estrutura-principios-e-como-funciona>>. Acesso em 22 ago 2022.

_____. **Tecnologia**. On-line. 2022b. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/junho/governo-federal-regulamenta-telessaude-e-amplia-acesso-a-saude-em-areas-remotas-do-brasil>>. Acesso em 13 jun 2022.

_____. Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS). **Coronavírus: Brasil confirma primeiro caso da doença**. On-line. 2020d. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/coronavirus-brasil-confirma-primeiro-caso-da-doenca#:~:text=O%20Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde%20confirmou,para%20lt%C3%A1lia%2C%20regi%C3%A3o%20da%20Lombardia.>>. Acesso em: 05 jul 2022.

_____. Ministério do Trabalho e Previdência. Normas Regulamentadoras. 2022f. On-line. Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho-e-previdencia/pt-br/composicao/orgaos-especificos/secretaria-de-trabalho/inspecao/seguranca-e-saude-no-trabalho/ctpp-nrs/normas-regulamentadoras-nrs>. Acesso em 22 ago 2022.

CATTELAN, A.M. *et al.* An Integrated Strategy for the Prevention of SARS-CoV-2 Infection in Healthcare Workers: A Prospective Observational Study. **Int J Environ Res Public Health**. 2020 Aug 10;17(16):5785. Disponível em: 10.3390/ijerph17165785. Acesso em 10 Jul 2022.

CDC. Centers for Disease Control and Prevention - CDC. 2020a. Comprehensive Hospital Preparedness Checklist for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). On-line. Disponível em: <[https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/downloads/HCW Checklist_508.pdf](https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/downloads/HCW_Checklist_508.pdf)> Acesso em 01 set 2020.

_____. 2020b. Summary for healthcare facilities: Strategies for optimizing the supply of PPE during shortages. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/ppe-strategy/strategies-optimize-ppe-shortages.html>> Acesso em 05 fev 2022.

CHEN, L. *et al.* Environmental contamination of the SARS-CoV-2 in healthcare premises: An urgent call for protection for healthcare workers. **MEDRXIV**. 11 marc. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1101/2020.03.11.20034546>. Acesso em 03 abr. 2020.

CHEN, N. *et al.* Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. **The Lancet**, on-line, v. 395, n. 10223, p. 507-513-, jan. de 2020.

Disponível em <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30211-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30211-7)> Acesso em 31 mar. 2020.

DANIELLOU, F.; SIMARD, M.; BOISSIÈRES, I. **Les cahiers de la sécurité industrielle: Fatores Humanos e Organizacionais da Segurança Industrial: um estado da arte**. Traduzido do original Facteurs Humains et Organisationnels de la Sécurité Industrielle. Toulouse/França: Foncsi; 2010.

DESSELLE, M. R. *et al.* Evaluating the safety and effectiveness of novel personal protective equipment during the COVID-19 pandemic. **Med J Aust.** 2021 Jun;214(11):496-499.e1. Disponível em: <10.5694/mja2.51091>. Acesso em 10 jul 2022

DUTRA, E. B.; LEMOS, A. S. P.; GUIZARDI, F. L. Trabalho em equipe para a construção de práticas colaborativas na saúde. In:_____; PASSOS, Maria Fabiana Damásio (Org.). Em mar aberto: **colaboração e mediações tecnológicas na educação permanente em saúde**. 1 ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2020. p. 183-215. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/46107/Trabalho%20em%20equipe%20para%20a%20constru%3%a7%c3%a3o%20de%20pr%c3%a1ticas%20colaborativas%20na%20sa%c3%bade.pdf?sequence=2&isAllowed=y>> Acesso em 22 ago 2022.

EGERTON-WARBURTON D.; KUHN, L., FYNN. D. A hospital-wide response to multiple outbreaks of COVID-19 in health care workers: lessons learned from the field. **Med J Aust.** 2021 Sep 20;215(6):286-286.e1. Disponível em:< 10.5694/mja2.51237>. Acesso em 10 jul 2022.

ENGESTRÖM, Y. **Learning by expanding. An activity-theoretical approach to developmental research**. Helsinki: Orienta-Konsultit, 1987.

ENGESTRÖM, Y. Expansive learning TA work: toward an activity-theoretical reconceptualization. **Journal of Education and Work**, v. 14, n. 1, p. 133-156, 2001.

ENGESTRÖM, Y. **The future of activity theory: a rough draft**. In: Sannino A, Daniels H and Gutierrez K (Eds.) Learning and Expanding with Activity Theory. New York: Cambridge University Press; 2009. p.303-28.

ENGESTRÖM, Y. **Aprendizagem expansiva**. Campinas: Pontes Editores; 2016.

ENGESTRÖM, Y. *et al.* The change laboratory as a tool for transforming work. **Lifelong learning in Europe**. v. 1, n2, p.10-17, 1996.

ENGESTRÖM, Y.; SANNINO, A. **Studies of expansive learning: Foundations, findings and future challenges**. Educational research review, 2010.

ENGESTRÖM, Y.; PUONTI, A.; SEPPÄNEN, L.; **Spatial and Temporal Expansion of the Object as a Challenge for Reorganizing Work**. In: Knowing in Organizations: A Practice-based Approach. P.151-186. 2003.

EVANS, G. More than 3.000 HCWs Infected with COVID-19 in China. **Relias Media**, EUA, online, 01 abr. 2020. Disponível em: <https://www.reliasmedia.com/articles/145920-more-than-3000-hcws-infected-with-covid-19-in-china>>. Acesso em 02 abr 2020.

FERNANDES, F.; BESSA, M.; OUVÉNEY, A. L. M. Decisões do Supremo Tribunal Federal no início da pandemia de Covid-19: impactos no federalismo brasileiro?. **Saúde em Debate**. On-line. 2022, v. 46, pp. 48-61. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042022E103I>>. Acesso em 04 jul 2022.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. **Pandemia reafirma invisibilidade de 2 milhões de trabalhadores da área da saúde**. 10 fev 2022. Disponível em [https://portal.fiocruz.br/noticia/pandemia-reafirma-invisibilidade-de-2-milhoes-de-trabalhadores-da-area-da-saude#:~:text=A%20falta%20de%20apoio%20institucional,casa%20\(31%2C5%25\)](https://portal.fiocruz.br/noticia/pandemia-reafirma-invisibilidade-de-2-milhoes-de-trabalhadores-da-area-da-saude#:~:text=A%20falta%20de%20apoio%20institucional,casa%20(31%2C5%25).). Acesso em 02 jun 2022.

FIOCRUZ *et al.* Fundação Oswaldo Cruz *et al.* Nota Técnica. **Adaptação da capacidade hospitalar em resposta à pandemia por COVID-19**. Rio de Janeiro: Fiocruz/PUC-Rio/Hands/IME/UFRJ/NKU, 2020. 17 p. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/41146/nt_fiocruz-puc-ime-ufrj-nku_adaptacao_capacidade_hospitalar_covid-19.pdf?sequence=2&isAllowed=y> Acesso em 07 jul 2022

GEORGE, M.R. *et al.* Containing SARS-CoV-2 in hospitals facing finite PPE, limited testing, and physical space variability: Navigating resource constrained enhanced traffic control bundling. **J Microbiol Immunol Infect.** 2021 Feb;54(1):4-11. Disponível em: 10.1016/j.jmii.2020.07.009. Acesso em 11 jul 2022.

GOBA, K. I've Never Seen Anything Like This": Doctors Without Enough Ventilators Are Being Told Whom To Save During The Coronavirus Pandemic. **BuzzFeedNews**, Washington, DC. 03 abr. 2020. Disponível em: <<https://www.buzzfeednews.com/article/kadiagoba/ventilator-shortage-new-york-hospitals-coronavirus>>. Acesso em 04 abr 2020.

HAAPASAARI, A; KEROSUO H. Transformative agency: The challenges of sustainability in a long chain of double stimulation, **Learning, Culture and Social Interaction**, Vol. 4, P. 37-47. ISSN 2210-6561. Mar 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.lcsi.2014.07.006>. Acesso em 02 mai 2020.

HICK, J. L. *et al.* Crisis Standards of Care and COVID-19: What Did We Learn? How Do We Ensure Equity? What Should We Do. NAM Perspectives. **National Academy of Medicine**. Washington, DC. 2021. Disponível em: < <https://doi.org/10.31478/202108e>.> Acesso em 08 ago 2021.

HOUVESSOU, G. M.; SOUZA, T. P.; SILVEIRA, M. F. Medidas de contenção de tipo lockdown para prevenção e controle da COVID-19: estudo ecológico descritivo, com dados da África do Sul, Alemanha, Brasil, Espanha, Estados Unidos, Itália e Nova Zelândia, fevereiro a agosto de 2020. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 30, n. 1, e2020513, mar. 2021. Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742021000100013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 19 set 2022.

KAJAMAA, A. Enriching action research with the narrative approach and activity theory: analyzing the consequences of an intervention in a public sector hospital in Finland, **Educational Action Research**, 20(1), 75-93. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/09650792.2012.647667>. Acesso em 22 mai 2020.

LAI, J. *et al.* Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. **JAMA Network Open**. 23. mar. 2020; 3(3):e203976. Disponível em:<[10.1001/jamanetworkopen.2020.3976](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976)>. Acesso em 03 abr 2020.

LEONTIEV, A. N. **O desenvolvimento do psiquismo**. Lisboa: Livros Horizonte, 1978.

MARX, K. **O Capital**. São Paulo: Abril, Cultural, 1983.

MEYER D. *et al.* Uma lista de verificação para melhorar o sistema de saúde resiliência a infecções surtos de doenças e naturais perigos. **BMJ Global Health**. 2020; 5: e002429. Disponível em: [10.1136/bmjgh-2020-002429](https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002429). Acesso em: 08 ago 2021.

MINDER, R.; PELTIER, E. Virus Knocks Thousands of Health Workers Out of Action in Europe. **The New York Times**. Madrid on-line. 24. Mar. 2020. Disponível em: <<https://www.nytimes.com/2020/03/24/world/europe/coronavirus-europe->

covid-19.html> Acesso em 01 abr 2020.

MIRANDA, D. A. P. *et al.* Long COVID-19 syndrome: a 14-months longitudinal study during the two first epidemic peaks in Southeast Brazil, **Transactions of The Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene**. 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1093/trstmh/trac030>> Acesso em 03 jun 2022.

NASCIMENTO, A. *et al.* Construir a segurança: Do normativo ao adaptativo. In: **Ergonomia construtiva**. Falzon, P. (org). São Paulo; Blucher; 2016.

NIOSH. Hierarquia de Controles. On-line. 2022. Disponível em: <https://www.cdc.gov/niosh/topics/hierarchy/default.html>. Acesso em: 12 set 2020.

OIT. Organização Internacional do Trabalho - OIT. Novo guia da OIT/OMS pede maior proteção para profissionais de saúde. On-line. 21 fev 2022. Disponível em: < https://www.ilo.org/brasilia/noticias/WCMS_837680/lang-pt/index.htm> Acesso em 16 ago 2022.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**.1946.

_____. **Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa**. Genebra. 2010. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/seguranca-do-paciente/marco-para-acao-em-educacao-interprofissional-e-pratica-colaborativa-oms.pdf/view>. Acesso em 16 jul 2022.

_____. **WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020**. Geneva, 11 mar. 2020. Disponível em: <<https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>>. Acesso em 31 mar 2020.

_____. **Painel da OMS sobre o coronavírus (COVID-19)**. 2022. Disponível em: <<https://covid19.who.int/>> Acesso em 23 set 2022.

ONU. Organização das Nações Unidas. Brasil. 2021. **Até 180 mil profissionais de saúde morreram de COVID-19, informa OMS**. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/152760-ate-180-mil-profissionais-de-saude-morreram-de-covid-19-informa-oms#:~:text=A%20Organiza%C3%A7%C3%A3o%20Mundial%20da%20Sa%C3%BAde,%2C%20estresse%2C%20ansiedade%20e%20fadiga.>>

Acesso em 02 mai 2022.

_____. 2022. **OMS diz que fim da pandemia pode estar próximo**. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2022/09/1801061?utm_source=ONU+News+-+Newsletter&utm_campaign=d2289811ec-EMAIL_CAMPAIGN_2022_09_17_05_15&utm_medium=email&utm_term=0_98793f891c-d2289811ec-107135909> Acesso em 16 set 2022.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Entenda infodemia e a desinformação na luta contra a Covid-19. On-line. 2020. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52054?locale=-&attribute=pt>. Acesso em 05 jul 2022.

_____. Histórico da pandemia de Covid-19. On-line. 2022a. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>> Acesso em 02 jun 2022.

_____. Vacinas contra a Covid-19. On-line. 2022b. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/vacinas-contracovid-19>> Acesso em 10 jun 2022.

PEDROSO, M. C.; PIRES, J. T.; MALIK, A. M.; PEREIRA, A. J. R. (2021). HCFMUSP: Resiliência como resposta à pandemia de COVID-19. **Revista de Administração Contemporânea**. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-7849rac2021200245.por>>. Acesso em 15 jan 2022.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na atenção primária à saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. On-line. 2018, v. 22, n. Supl 2, pp. 1525-1534. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>>. ISSN 1807-5762. Acesso em: 05 jul 2022.

PERLMAN, S. Another decade, another coronavirus. **The New England Journal of Medicine**, 20 fev. 2020, 382: 760-762. Disponível em: <<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMe2001126>>. Acesso em: 02 abr 2020.

PORTELA, M. C.; GRABOIS, V.; TRAVASSOS, C. Proposta de matriz de linha de cuidado covid-19 na rede de atenção à saúde. 165 a 184. In: **Covid-19 desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz, Editora Fiocruz, 2022, 472 p. Informação para ação na Covid-19 series. ISBN: 978-65-5708-123-5. Disponível em

<<https://doi.org/10.7476/9786557081587>>. Acesso em 02 jun 2022.

PORTELA, M. C. REIS, L. G. C., and LIMA, S. M. L., eds. **Covid-19 desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz, Editora Fiocruz, 2022, 472 p. Informação para ação na Covid-19 series. ISBN: 978-65-5708-123-5. Disponível em <<https://doi.org/10.7476/9786557081587>>. Acesso em 02 jun 2022.

QUEROL, M. A. P.; SEPPANEN, L. A Base Teórica e Metodológica do Laboratório de Mudança. In: Vilela, Rodolfo Andrade de Gouveia et al. **Desenvolvimento Colaborativo para a Prevenção de Acidentes e Doenças Relacionadas ao Trabalho: Laboratório de Mudança na Saúde do Trabalhador**. 1 ed. São Paulo: ExLibris, 2020. V.1. p.49-68.

RESENDE, H. F. P.; FONTAINHA, T. C.; LEIRAS, A. Logística para o enfrentamento de desastres e aplicações ao contexto da pandemia de covid-19. 91 a 102. In: **Covid-19 desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz, Editora Fiocruz, 2022, 472 p. Disponível em <<https://doi.org/10.7476/9786557081587>>. Acesso em 10 jun 2022.

RIBEIRO, F. S. N.; AFONSO, F. M. A. PICS como suporte à Saúde do Trabalhador: uma proposta extensionista. **REVISE - Revista Integrativa Em Inovações Tecnológicas Nas Ciências Da Saúde**, 80–94. 2021. Disponível em: <https://www3.ufrb.edu.br/seer/index.php/revise/article/view/1755> . Acesso em 14 ago 2022.

SAMPLE, I. Call to protect hospital staff from coronavirus contamination. **The Guardian**, online, 17 Mar 2020. Disponível em: <<https://www.theguardian.com/society/2020/mar/17/urgent-call-to-protect-hospital-workers-from-coronavirus>> Acesso em 03 abr 2020.

SANTOS, J. L. G. et al. Como os hospitais universitários estão enfrentando a pandemia de COVID-19 no Brasil?. **Acta Paulista de Enfermagem**. v. 33. On-line. 2020, Disponível em: <<https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO01755>>. Acesso em 15 ago 2022.

SCHMUCK, J. et al. Individual Stress Burden and Mental Health in Health Care Workers during the COVID-19 Pandemic: Moderating and Mediating Effects of Resilience. **Int J Environ Res Public Health**. 2022 May 27;19(11):6545. Disponível em: 10.3390/ijerph19116545. Acesso em 11 jul 2022.

SLATER, D. *et al.* A Systems Analysis of the COVID 19 Pandemic Response: Part 1 -The overall model. On-line. 2020. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/343944246_A_Systems_Analysis_of_the_COVID_19_Pandemic_Response_Part_1_-The_overall_model. Acesso em: 20 jun 2020.

SOARES, G. Mortes de profissionais de saúde crescem 26% em 1 ano de pandemia no Brasil. **Poder 360**. On-line. 06 abr. 2021. Disponível em: < <https://www.poder360.com.br/coronavirus/mortes-de-profissionais-de-saude-crescem-26-em-1-ano-de-pandemia-no-brasil/>> Acesso em 02 mai 2022.

TASIC, J. *et al.* A multilevel framework to enhance organizational resilience, **Journal of Risk Research**, 23:6, 713-738. On-line. 2019. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13669877.2019.1617340?journalCode=rjrr20>. Acesso em: 04 mai 2022.

TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **Int J Qual Health Care**. 2007;19(6):349-357. Disponível em: < <https://academic.oup.com/intqhc/article/19/6/349/1791966>>. Acesso em 20 ago 2020.

VIRKKUNEN, J. *et al.* O Laboratório de Mudança como ferramenta para transformação colaborativa de atividades de trabalho: uma entrevista com Jaakko Virkkunen. **Saúde e Sociedade**. 2014, v. 23, n. 1. pp. 336-344. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000100027>>. Acesso em 05 mai 2020.

VIRKKUNEN, J.; NEWNHAM, D. S. **O laboratório de mudança: uma ferramenta de desenvolvimento colaborativo para o trabalho e a educação**. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2015. 423 p.

VYGOTSKY, L. S. **Mind in society: The psychology of higher mental functions**. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1978. 159 p.

WETSMAN, Nicole. Health care workers are at high risk of catching COVID-19. **The Verge**. on-line. 06 mar. 2020. Disponível em: <<https://www.theverge.com/2020/3/5/21166088/coronavirus-covid-19-protection-doctors-nurses-health-workers-risk>> Acesso em: 01 abr 2020.

WHO. World Health Organization. Critical preparedness, readiness and response actions for COVID-19: interim guidance. On-line. 22 March 2020a. World Health Organization. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331511>>. Acesso em: 01 abr

2020.

_____. Critical preparedness, readiness and response actions for COVID-19. On-line. 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/critical-preparedness-readiness-and-response-actions-for-covid-19>. Acesso em: 21 out 2021.

_____. Rapid hospital readiness checklist. On-line. 2020b. Disponível em <<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-hospital-readiness-checklist-2020.1>>. Acesso em: 18 out 2022.

Zheng C, et al. Characteristics and transmission dynamics of COVID-19 in healthcare workers at a London teaching hospital. **J Hosp Infect.** 2020 Oct;106(2):325-329. Disponível em: 10.1016/j.jhin.2020.07.025. Acesso em 11 jul 2022.

Apêndice A

Quadro 1. Fase: Preparação para a pandemia.

Fase	Dimensões	Estratégias e ações na resposta do hospital à pandemia de Covid-19
Preparação para a pandemia	Setores envolvidos	• Infectologia; • Clínica Médica Geral; • Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS); • Superintendência; • Gabinete da Autarquia; • Departamento de Assistência à Saúde; • Núcleo Hospitalar de Epidemiologia; • Time de Resposta Rápida.
Preparação para a pandemia	Mudanças na estrutura, nos fluxos e processos	• Em 31 de janeiro de 2020 o hospital realizou sua primeira publicação pública sobre o novo Coronavírus e divulgou orientação aos servidores, sendo informada a existência de um plano de ação de acordo com a Secretaria da Saúde do Estado para atender suspeitos com protocolos sobre diagnóstico, tratamento e isolamento de casos. • Foi definido que o atendimento clínico dos pacientes suspeitos ou com diagnóstico de COVID-19 seria feito em conjunto pelo Serviço de Infectologia e pelo Serviço de Clínica Médica, enquanto o atendimento de urgências e emergências pelo Pronto Socorro Referenciado e Serviço de Terapia. • Em 16 de março de 2020 foram divulgadas as primeiras medidas para o enfrentamento pelo hospital, que consistiram em regras para mudança no fluxo de atendimento: Suspensão de exames eletivos, consulta, exames, e triagens; Limitação e conscientização das visitas; Suspensão de todos serviços voluntários. • Em 16 de março o hospital interrompeu a maioria de suas atividades de assistência, com a suspensão de ambulatorios, exames agendados e cirurgias eletivas tanto no Instituto Central como no Hospital Estadual da cidade, com restrição de visitantes aos pacientes internados. Todos os pacientes receberam telefonema desmarcando seus agendamentos,

		além de ter sido feita ampla divulgação pela imprensa. • Em 18 de março foi estabelecida área exclusiva no Hospital para atendimento de pacientes com sintomas gripais leves, definindo-se um andar exclusivo para atendimento de pacientes suspeitos encaminhados (4º andar do Novo Ambulatório, com área de circulação exclusiva de entrada e saída de pacientes). • Em 19 de março foram definidas as normas para o teletrabalho e várias equipes, administrativas e de assistência, foram colocadas em regime de revezamento de trabalho presencial. • Em 20 de março foi declarada no Brasil a Fase de Transmissão comunitária e no dia seguinte o hospital internou dois casos suspeitos de Covid-19. Neste mesmo dia foi noticiada a Utilização dos leitos do Hospital Estadual como retaguarda para pacientes clínicos não suspeitos de Covid-19 e houve expansão progressiva dos leitos de UTI de possíveis casos graves de Covid-19. • Em 22 de março foi determinada a coleta de exames laborais confirmatórios de COVID-19 em situações de Casos Graves e Síndrome Gripal em Profissionais de Saúde. • Em 23 de março foi noticiado que a Área Pronto Atendimento Covid-19, 4ª andar passaria a atender apenas profissionais da saúde com síndrome gripal, sendo que os demais pacientes com síndrome gripal deveriam procurar as Unidades básicas de saúde - UBS.
Preparação para a pandemia	Inovações	• Em 27 de fevereiro foi criado o Comitê Covid-19 do hospital, com membros de todas as diretorias e chefes dos serviços de Infectologia, Clínica Médica Geral e CCIRAS, para decisões imediatas e presença contínua no hospital.
Preparação para a pandemia	Relações Institucionais	• Em 04 de Março o hospital passou a integrar o Comitê de Contingência de Covid-19 do Estado de São Paulo. Esta Iniciativa visava estabelecer protocolos para diagnósticos, assistência e desenvolvimento de medicamentos e de possível vacina eficaz.

		Definidas três frentes de ação: pesquisa, comunicação e protocolos assistenciais. • Hospital Estadual da cidade • Comitê Regional de Contingência da Covid-19 criado pelo Departamento Regional de Saúde – DRS. • Comitês Municipais de Contingência da Região.
--	--	--

Fonte: material elaborado pela autora

Quadro 2. Fase: Chegada da pandemia e sucesso da resposta planejada.

Fase	Dimensões	Estratégias e ações na resposta do hospital à pandemia de Covid-19
Chegada da pandemia e sucesso da resposta planejada	Setores envolvidos	• Infectologia, • Clínica Médica Geral; • Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS); • Superintendência; • Núcleo Hospitalar de Epidemiologia; • Time de Resposta Rápida; • Laboratório de Biologia Molecular do Hemocentro; • Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT); • Centro de Informática Médica (CIMED); • Núcleo de Comunicação, Imprensa e Marketing; • Núcleo Interno de Regulação (NIR); • Serviço Social; • Enfermarias; • Diretoria Clínica; • Gerente médica; • Gerência de Enfermagem; • Departamento de Gestão de Atividades Acadêmicas (DGAA); • Serviço Especializado de Terapia Intensiva (SETI); • Recursos Humanos; • Núcleo de Engenharia Clínica (NEC); • Centro de Referência em Imunobiológicos Especiais (CRIE)

Chegada da pandemia e sucesso da resposta planejada	Mudanças nos fluxos e processos • Credenciamento do exame de RT-PCR (<i>reverse-transcriptase polymerase chain reaction</i>) para COVID-19 que passou a ser realizado no Laboratório de Biologia Molecular. • Em 31 de março, o Hospital, a Prefeitura, as Faculdades públicas da Universidade local e empresas da iniciativa privada anunciaram convênio para realizar 20 mil testes de COVID-19, com o objetivo de rápida identificação e isolamento dos infectados com COVID-19 e das pessoas que convivem com eles. • Em 02 de abril Hemocentro do Hospital foi oficialmente credenciado pela Secretaria de Estado da Saúde para a realização de exames de diagnóstico de Covid-19. Com isso, os testes realizados no Laboratório de Biologia Molecular do hemocentro não precisaram mais de contraprova feita pelo Instituto Adolfo Lutz, promovendo mais agilidade nos resultados dos testes. • Em 04 de maio, foi divulgado o Comunicado 31/20 – sobre fluxo de atendimento para funcionários que testaram positivo para Covid-19 • Em 11 de maio houve reinício parcial das atividades ambulatoriais e ampliação de cirurgias tanto no Hospital como no Hospital Estadual, assim como reinício da realização de exames de imagem. • Houve ainda a criação de fluxo de encaminhamento dos pacientes suspeitos à tomografia, com a liberação de laudos em até 2 horas. • “Quanto à Divisão do Hospital em enfermarias COVID e não COVID. As enfermarias COVID tornaram-se de responsabilidade dos Serviços de Clínica Médica Geral e Infectologia”. • “As áreas de risco para o COVID-19, foram definidas pelo NIR, Serviço de Infectologia, CCIRAS e Gerência de Enfermagem do Hospital, sendo elas até 03 de junho: Prontos Socorros, UTIs, Pronto atendimento da Mulher, Enfermaria de Neurologia, Tomografia, Raio-X e Ambulatório Geral (térreo e quarto andar),
---	--

		Clínica Médica I, Urologia, Cuidados Paliativos”. • Quanto à preocupação com a saúde dos trabalhadores, houve fornecimento de conjuntos de uniformes privativos para os funcionários das áreas COVID; oferta de assistência psicológica através de duas linhas telefônicas para todos os funcionários pelo Serviço de Psicologia; Atendimento psicológico presencial das equipes de assistência; e Divulgação de manual de condutas do COVID-19 do Hospital com a colaboração de todos os setores e serviços envolvidos na assistência desses pacientes. • No que tange a reuniões. Foram mantidas as reuniões mensais de Chefes de Serviço, no formato online, informando os Chefes sobre as ações do Hospital e os próximos passos planejados, e ouvindo as demandas dos serviços. • O Time de Respostas Rápidas ficou responsável, pelo atendimento das intercorrências dos pacientes suspeitos de COVID-19 e pela definição da organização do fluxo de regulação dos pacientes suspeitos inseridos na CROSS. • No que tange aos recursos humanos, algumas medidas foram estabelecidas, como férias, afastamentos e contratações e modalidade de teletrabalho e Home Office. Além de gestão de idosos, gestantes e portadores de doenças crônicas; • O NIR também atuou em treinamentos de recursos humanos: de médicos residentes veterinários voluntários, das equipes da Limpadora, cujo treinamento visou a capacitação dos funcionários da Limpadora no que tange a paramentação e desparamentação, utilização de EPIs e manejo de informações falsas entre a própria equipe, e capacitação dos funcionários da Limpadora no manejo de novas tecnologias, maquinários e produtos relacionados com a limpeza e higienização hospitalar • As atividades desenvolvidas pelo Centro de Informática Médica - CIMED para viabilizar e implementar ações dentro do cenário COVID-19, sendo estruturais e de sistemas, entre elas Reestruturação das salas de emergência do
--	--	--

		PSR; Aquisição e instalação de câmeras nas salas do PSR; Adequação no laboratório de Biologia Molecular; Adequação do Prontuário Eletrônico do Paciente: Criação de novos leitos (130); Solicitação de exame COVID e criação do fluxo de pedido de teste rápido para médicos específicos; Documento Eletrônico para atendimento de Teleassistência; Criação Painele COVID (NIR); Integração dos exames de COVID da prefeitura com o hospital; Desenvolvimento do módulo de Teleassistência e envio de SMS para o paciente avisando da consulta agendada; Planilha de controle de entrega de EPI. •O Núcleo de Engenharia Clínica desenvolveu, neste período, ações visando a melhor adequação das tecnologias para auxiliar a assistência ao paciente, sendo as principais: Montagem de 8 leitos completos de UTI: contendo cama, monitor, ventilador pulmonar bomba de infusão e aspirador de secreções; Instalação de 20 camas para os novos leitos no Hospital Estadual; Montagem de 6 leitos no PS Referenciado; Orientação e aquisição de filtros HEPA para uso no ramo expiratório de equipamentos de ventilação pulmonar, protegendo o ambiente de aerolização; Desenvolvimento de adaptador para filtro HEPA para frascos de aspiração por ar comprimido; Desenvolvimento de “cabine de contenção”, •O Núcleo De Comunicação, Imprensa e Marketing teve importante participação na divulgação e transparência das atividades desenvolvidas pelo hospital, sendo responsável por design e criação de conteúdos, como no Site do hospital, na divulgação de matérias oficiais, Boletins Oficiais diários sobre a Covid-19, Vídeos relacionados direta e indiretamente à Covid nas plataformas virtuais do facebook, Instagram e Youtube. •Houve ampliação controlada dos leitos de UTI-Covid e retorno gradual das atividades assistenciais não Covid. •Nomeada comissão de avaliação da retomada das atividades assistenciais não COVID, com a participação de toda a DAS e membros da CCIRAS, Infectologia, imprensa, CIMED, NEC e agendamento. •O SESMT atuou no Treinamento <i>in loco</i> ao criar um Programa de Proteção Respiratória
--	--	--

	específico para enfrentar a pandemia, sendo desenvolvido com a finalidade de instruir seus funcionários com treinamentos quanto ao uso de máscaras, estabelecer critérios de troca e tempo de uso e exames periódicos para a maior segurança do Hospital. • Em 03 de novembro foi encaminhado comunicado sobre o ‘Programa de Controle da Covid-19’ para os colaboradores do Hospital, com cronograma semanal de rastreamento de colaboradores em trabalho presencial do Complexo Hospitalar e médicos residentes. Neste constaram as orientações para a coleta e as datas entre dias 03 de novembro e 31 de dezembro. O rastreamento foi feito através de coleta de amostras de saliva, por setores, em pools de 15 pessoas, pelo método PCR-RT, conforme cronograma semanal. • O Comunicado nº.01/2021 do hospital tratou do retorno das atividades do Ambulatório Central a partir de 11 de janeiro e estabeleceu as normas para a retomada das atividades ambulatoriais no ano de 2021, como prazo para abertura das agendas e critérios de bloqueios de agendas, agendamentos e vagas. • Em 17 de janeiro o Hospital atingiu a marca de 100% de ocupação UTI – de 30 leitos, sendo: 60 internados - 30 em UTI (13 confirmados) e 30 em enfermaria, 128 óbitos e 233 Altas. Foi divulgada nota oficial sobre a ocupação máxima de leitos UTI Covid. Diante da situação, medidas internas foram tomadas para garantir toda a assistência necessária à população abrangida pelo Hospital. Dentre outras medidas, estão a criação de uma Unidade de Cuidados Intermediários para COVID-19, utilizando leitos das enfermarias do Hospital, onde serão internados pacientes que precisam de cuidados específicos e que aguardam leito de UTI, além da reabertura imediata do Hospital Estadual da cidade para atendimento de pacientes portadores de outras patologias (Covid negativos). As medidas visaram facilitar o fluxo de pacientes na nossa UTI COVID, gerando uma maior rotatividade de vagas. • Em 18 de janeiro foi iniciada a vacinação nos profissionais da saúde do Hospital. As equipes multiprofissionais do hospital trabalharam com um plano de vacinação.
--	--

		• Na semana que iniciou a vacinação, o Hospital e a Comissão de Avaliação e Indicação para o Uso da Vacina contra a COVID-19 estabeleceram e divulgaram diversos critérios para a vacinação.
Chegada da pandemia e sucesso da resposta planejada	Estruturas	• Em 25 de março foi iniciada a campanha social pelo Hospital para incentivar doações de materiais para enfrentamento da pandemia, requerendo: Doação de materiais: máscara tripla, máscara N95, avental gramatura 30 TNT descartável, luva de procedimento e luva estéril, rolo TNT gramatura 30 ou 40 ou Doação em dinheiro. • Em 27 de abril o Hospital adotou novas medidas para uso de máscaras em suas dependências. Houve padronização do uso de máscaras N95 ou PFF2 para todos os funcionários assistenciais, que receberam a máscara, juntamente com um pote plástico para seu correto armazenamento, com o treinamento do seu correto uso através de vídeo educativo. • Em 4 de maio 100% dos leitos de UTI exclusivos para Covid estavam utilizados. No total 34 pacientes internados: 8 em UTI e 26 em enfermaria, entre suspeitos e confirmados. Assim, foi noticiada a extensão dos leitos independentes e isolados, sendo mais 8 de UTI com verba própria e disponibilidade de mais 14 a serem disponibilizados com recursos do Estado. • Em 28 de maio pela Portaria 1.424, publicada pelo Diário Oficial da União na data de 27 de maio, pelo Ministério da Saúde foi autorizado o Hospital a habilitar leitos da Unidade de Terapia Intensiva – UTI Adulto Tipo II – COVID-19. Do total de 30 leitos de UTI para o tratamento de COVID-19, 16 já estavam em funcionamento no Hospital, e 14 leitos estavam em fase de estruturação. Em 11 de junho para os Leitos de UTI, o Governo do Estado de São Paulo destinou ao Hospital um lote de 14 novos respiradores. Os equipamentos permitiram a abertura de mais 14 leitos de UTI, com foco na assistência aos pacientes com COVID-19, que foram abertos a partir de 19 de junho. • As doações para o Hospital continuaram no decorrer do período, variando entre máscaras, equipamentos tecnológicos, como tablets e

	celulares, aspiradores a vácuo, aparelhos para aumento de capacidade de testagem, sistema ATMUS, álcool em gel, face Shields, – Monitores de dióxido de carbono, valor em pecúnia para compra de materiais de EPIs (aventais e máscaras) e etc (ver portal da transparência no site do Hospital, sendo que a aba pública foi iniciada no decorrer da pandemia). • Organização da Classificação de Risco e da equipe deste setor para atendimento dos suspeitos de COVID-19; reorganização dos consultórios para atendimento em isolamento de pacientes sintomáticos; redefinição das áreas para atendimento exclusivo para pacientes suspeitos ou confirmados para COVID-19; • treinamento das equipes para manejo de emergências e de PCR (parada cardio respiratória) de pacientes suspeitos ou confirmados de COVID-19; criação de kits de medicações e materiais para PCR e manejo da via aérea; treinamento para utilização da ultrassonografia em pacientes COVID-19; treinamento para manejo da via aérea em pacientes COVID-19; construção de “trapézios” para posicionamento no manejo da via aérea; organização de kits de materiais cirúrgicos exclusivos para a equipe cirúrgica; instalação de 04 câmeras para monitorização dos pacientes nas Salas de Segurança, Emergência 1 e isolamentos 1 e 2; utilização de máscaras de mergulho doadas nos pacientes suspeitos ou confirmados para COVID-19 evitando utilização de ventiladores mecânicos; criação de protocolo de manejo de broncoespasmo nas Emergências. • Expansão significativa do número de swabs realizados pelo Laboratório de Biologia Molecular; • Disponibilização de máscaras N95 para que as trocas pudessem ser realizadas, respeitando os critérios estabelecidos pelo SESMT; • Quanto à caracterização de Acidente de Trabalho, foi criado um fluxo para análise de todos os casos positivos com a colaboração do Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NVE); • Quanto à medidas para a promoção da saúde mental durante a pandemia foram realizadas: Acupuntura itinerante,
--	--

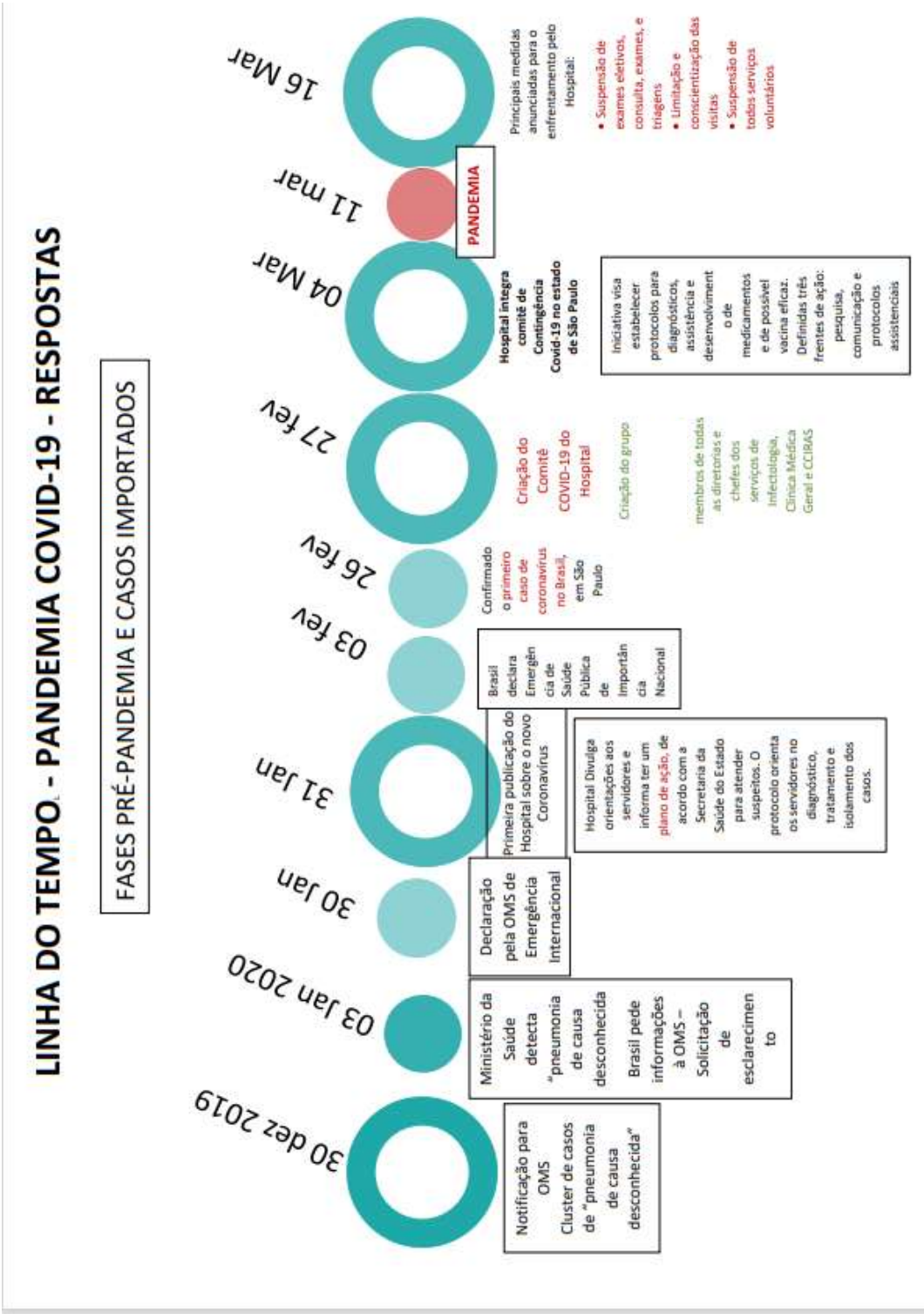
		Homeopatia. • Quanto aos equipamentos de proteção dos trabalhadores: Viseiras, Máscaras. • Em 21 de novembro de 2020 o Hospital passou a atuar com 24 leitos de UTI exclusivos para Covid-19, contando nesta data com 19 pacientes em UTI - porcentagem de 79% de ocupação de 24 leitos exclusivos para Covid-19. Em 02 de dezembro o Hospital atingiu a marca de 100 óbitos de pacientes com Covid-19 e em 10 de dezembro a marca de 200 Altas de pacientes com Covid-19. • Em 07 de janeiro de 2021 o hospital passou novamente a atuar com 30 leitos de UTI exclusivos para Covid-19. • Em 15 de janeiro de 2021 foi enviado comunicado pela imprensa do Hospital, assinado pelo superintendente sobre a Implantação de estratégias e medidas essenciais para assegurar atendimento ao paciente de COVID-19 em função da alta do número de casos de COVID-19 no Estado de São.
--	--	---

Chegada da pandemia e sucesso da resposta planejada	Inovações • Programa Especial de Atenção à Saúde Mental dos Trabalhadores de Saúde envolvidos com cuidados diretos de pacientes com Coronavírus (COVID-19); • Em 28 de abril iniciou-se o Primeiro projeto de telemonitoramento voltado ao paciente no Hospital. Os pacientes acompanhados por doenças respiratórias passaram a ser acompanhados por telemonitoramento, através de vídeochamadas ou telefonemas; • em abril foi elaborado um manual digital dos Protocolos a serem seguidos durante a pandemia de Covid-19. Profissionais de diversas especialidades do participaram da elaboração dos protocolos, sendo que o manual teve como objetivo nortear as condutas na assistência ao Covid-19, e utilizou-se o formato digital por permitir a realização alterações e atualizações à medida que novos conhecimentos sobre o assunto surgirem • Em 4 de maio o Hospital iniciou um projeto de “visitas virtuais” para os pacientes internados com diagnóstico de Covid-19 nas enfermarias, com o objetivo de humanizar o atendimento e amenizar o sofrimento que o isolamento causa, principalmente nos idosos. • Em 11 de maio ocorreu a nomeação de Comissão de Controle de Uso de Equipamentos de Proteção • Em 19 de maio foi implantado o Projeto Boletim Virtual • criação do grupo “Coalizão COVID”, responsável pela checagem de abertura de isolamentos de casos suspeitos que foram descartados, composto por membros dos serviços de Clínica Médica Geral, Infectologia, Gestão do hospital, Setor de Terapia Intensiva e NIR. ▪ “Questionário COVID” Em 06 de agosto foi lançado o Programa Interno de Rastreamento da Covid – 19 para rápida identificação e isolamento de possíveis infectados. Os servidores respondem no início do turno um questionário a ser respondido e declaram sintomas para que seja possível medidas de rastreamento de possíveis assintomáticos. Foi uma medida de
---	---

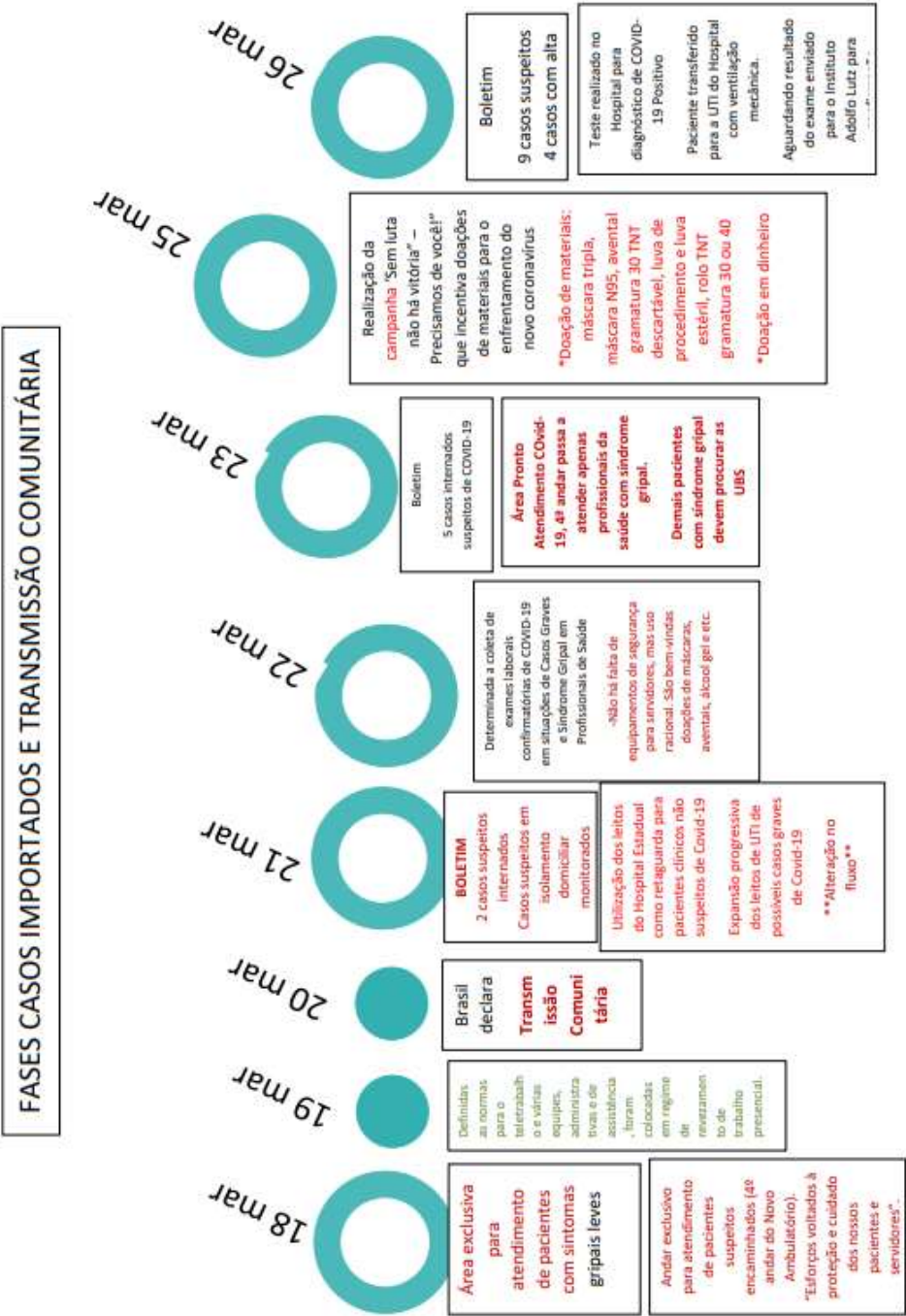
		Autodeclaração de Sintomas. • Pool de saliva - a implementação de um protocolo de retorno seguro para rastreamento de pacientes, servidores e demais envolvidos em atividades essenciais. Esta ideia nasceu no Comitê de Contingenciamento do Estado de São Paulo e foi discutida com o Laboratório a validação do rastreamento do vírus em pool de saliva considerando sensibilidade e especificidade do método. • Educação, apoio: 1ª Conferência de Comunicação Social do Hospital; Congresso Online de Capacitação sobre Covid-19; curso intitulado “COVID-19 - Protegendo-se no Ambiente de Trabalho”. • 18 de setembro iniciou-se o “Projeto Diálogos”, no qual a Superintendência promoveu conversa com profissionais do Hospital. Foi definida como iniciativa inovadora da superintendência com apoio da Gerência de Relações Institucionais, com a proposta de ampliar o diálogo do Superintendente com as mais diferentes áreas por meio de encontros virtuais previamente agendados. • Em 16 de novembro foi implantado o projeto “Sorriso por trás da máscara” no qual a equipe da enfermagem COVID do Hospital passou a utilizar fotos no atendimento aos pacientes.
Chegada da pandemia e sucesso da resposta	Relações Interinstitucionais	• Faculdade de Medicina; • Prefeitura Municipal; • Organização Social de Saúde; • Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde.

Fonte: material elaborado pela autora

Apêndice B

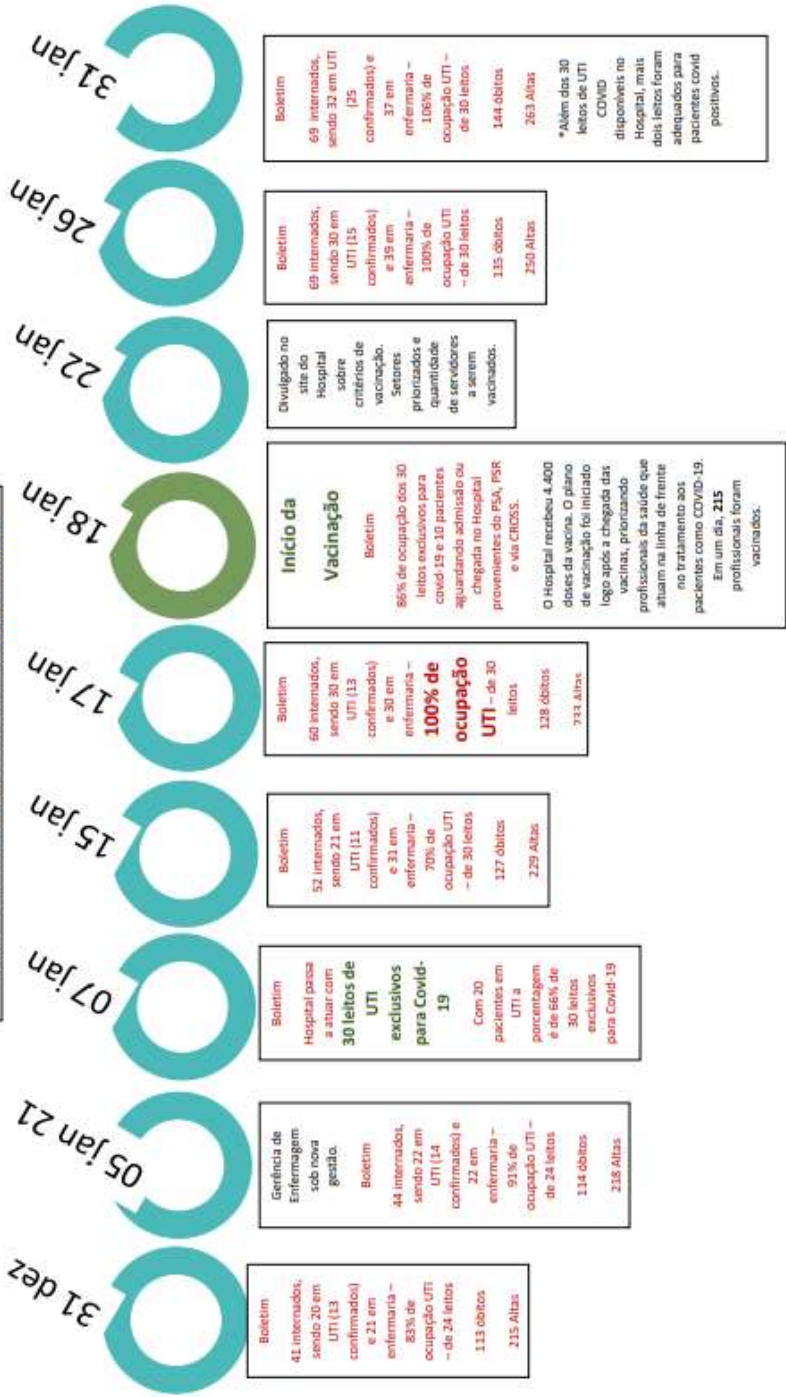


LINHA DO TEMPO - PANDEMIA COVID-19 - RESPOSTAS



LINHA DO TEMPO - PANDEMIA COVID-19 - RESPOSTAS

FASE DE TRANSMISSÃO COMUNITÁRIA



"O Hospital foi selecionado para a fase prioritária da vacinação por ser um hospital-escola regional, com maior fluxo de pacientes em suas áreas de atuação. O Hospital recebeu 4.400 doses da vacina e até a tarde de hoje, 19, já havia vacinado 215 profissionais da linha de frente. A campanha continua e os servidores serão convocados previamente, em ordem prioritária. Cerca de 3 mil servidores devem ser vacinados."

Apêndice C

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Identificação

Nome:

Idade:

Escolaridade:

Local/ Locais de trabalho:

Cargo ou função:

Ao Trabalhador de Saúde envolvido na Linha de Frente:

• Quais as principais mudanças que aconteceram em seu trabalho desde o começo da pandemia? Se possível, responda indicando a cronologia dessas mudanças.

Caso não tenha incluído em sua resposta, complete-a em relação aos aspectos abaixo:

- Mudanças na arquitetura ou arranjo físico de seu local e ou posto de trabalho?
- Foram criadas áreas específicas ditas covid, não covid e covid/não covid? Essa última tanto para trabalho simultâneo como para separados no tempo. Caso sim, especifique.
- No caso de áreas covid e não covid você sabe dizer se há situações, tipo não esperadas ou mudanças, que criam a mistura ou possibilidade de contato entre integrantes das duas equipes e ou de contato de pessoal não covid com pacientes suspeitos ou confirmados para covid-19? Caso sim, especifique.
- Aumento da oferta de atividades pré existentes, surgimento de atividades novas ou mudanças em atividades pré existentes que não sejam aquelas relacionadas ao uso de EPI, etiqueta social e higienização de mãos? Caso sim, favor especificar. Em alguma dessas mudanças:
 - O trabalho passou a precisar ser feito sem equipamentos ou materiais que eram de uso habitual?
 - O trabalho passou a ter / ou continuou a ter equipamentos ou materiais de uso comum entre diferentes trabalhadores e ou equipe? Caso sim, isso se envolve equipes covid e não covid? Caso sim, favor especificar local e ou equipes.
- Foram introduzidas inovações técnicas (novos equipamentos ou materiais, adaptações em equipamentos) e ou organizacionais (mudanças em fluxos,

reorganização de equipes, mudanças em escalas, mudanças em antigos ou novos procedimentos, etc). Caso sim, favor especificar.

- Você sugeriu e ou participou no processo de criação de alguma dessas medidas? Caso sim, conte como foi sua participação.
- Como foi para você poder contribuir com inovações neste momento e participar das tomadas de decisões?
- Considerando cada uma das situações acima, você vivenciou a necessidade de aprender coisas novas (sobre a doença, sobre práticas de trabalho, sobre como se proteger, etc)? Houve ajuda ou medidas práticas do serviço que se mostraram úteis no como superar as dificuldades e ou problemas? Se sim, favor especificar.
- Você teve acesso a outros tipos de medidas de suporte que em sua opinião foram úteis na forma que você lida ou lidou com dificuldades ou problemas relacionados à pandemia? Caso sim, quais foram essas medidas? Quais as origens dessas medidas? (Por favor, responda de modo que nos permita identificar se foi busca individual, iniciativa de algum setor do hospital ou [REDACTED], organismo social externo, etc).
- Considerando sua situação e a de seus colegas de trabalho, do início da pandemia até o presente momento, por favor responda:
 - Houve alguma mudança nos cuidados e ou nas práticas adotadas - antes de começar, durante e ou depois da atividade - pensando na proteção contra a doença para você, para outra pessoa ou em outros impactos (cuidados com materiais, sociais, etc).
- Durante este período houve mudança na sua interação com outros setores, em razão da pandemia?
- Na sua atuação no serviço, você vivenciou ou teve conhecimento de ocorrências que considere especialmente marcantes ou significativas e que gostaria de contar e comentar. A que atribui o fato de considerar essas experiências como mais importantes?
- Passada a pandemia a vida há continuar e, muito provavelmente, a proteção da saúde do trabalhador da saúde (PSTS) vai ser diferente do que era até antes da covid-19. Considerando a sua experiência nesse período, o que você acha que poderia ser feito para melhorar políticas e práticas de PSTS?
- Gostaria de acrescentar algo, por favor, sinta-se à vontade.

Ao Integrante do Comitê de Respostas / Gerente de Setor Administrativo ou Assistencial envolvido em Respostas:

- Quais as principais mudanças que aconteceram no Hospital desde o começo da pandemia? Se possível, responda indicando a cronologia dessas mudanças.

Caso não tenha incluído em sua resposta, complete-a em relação aos aspectos abaixo:

- Todas elas foram decididas pelo comitê / gestão do setor ou alguma teve origem externa. Caso sim, favor especificar.
- Quando e como foi criado o Comitê? Como teve origem essa decisão?
- Como é a composição e como funciona o comitê? Nesse período, houve alguma mudança importante no funcionamento e ou estrutura do comitê?
- Quais os principais suportes e ajudas recebidas e as principais dificuldades enfrentadas desde a criação até o presente momento. Em algum momento vislumbrou a possibilidade da saturação da capacidade instalada no serviço como ameaça no horizonte próximo?
- E hoje, quais os principais desafios que ainda enxerga?
- Há documentos formais considerados mais importantes na história do comitê / gestão do serviço? Há um plano formal de respostas?
- Você gostaria de destacar algo relacionado a como o Comitê / gestão do serviço procura forçar sua implementação, atualização e avaliação? Algumas conquistas ou dificuldades que considere mais importantes.
- Considerando a natureza dinâmica da evolução da pandemia, dos conhecimentos sobre a doença, o contexto político associado e o fato da criação do comitê ser algo novo, você gostaria de destacar algo a respeito de sua participação ou da participação de outros membros do comitê / gestão do serviço nessa experiência?
- Considerando cada uma das situações acima, você vivenciou a necessidade de aprender coisas novas (sobre a doença, sobre o papel e o funcionamento do comitê, etc)? Se sim, favor especificar.
- Houve ajuda ou medidas práticas do serviço que se mostraram úteis no como superar as dificuldades e ou problemas? Se sim, favor especificar.
- Como o comitê / gestão do setor tem lidado com o desafio da proteção da saúde dos trabalhadores do hospital? Em sua opinião, quais as principais medidas adotadas com vistas a esse objetivo.
- Durante este período houve mudança na sua interação com outros setores, em razão da pandemia? O que mudou?
- Como o SESMT participou das decisões do hospital quanto ao tipo e uso de EPI e outras orientações e treinamentos para os profissionais, além das decisões quanto às mudanças de estruturas e fluxos, e como isso se deu em cada setor?
- Em relação às atividades do SESMT, o que mudou na forma de prevenção, identificação e afastamento dos trabalhadores da saúde? Houve mudança em políticas de gestão de EPI, implantação de barreiras, formação de pessoal e divisão interna? Houve mudanças nas regras do sistema, como criação de novos protocolos?

- Na sua atuação no Comitê / gestão do setor, você vivenciou ou teve conhecimento de ocorrências que considere especialmente marcantes ou significativas e que gostaria de contar e comentar. A que atribui o fato de considerar essas experiências como mais importantes?
- Como foi para você participar de decisões neste período e participar de inovações técnicas de sucesso que tenham potencial para determinar a transformação da atividade?
- Passada a pandemia a vida há continuar e, muito provavelmente, a proteção da saúde do trabalhador da saúde (PSTS) vai ser diferente do que era até antes da covid-19. Considerando a sua experiência nesse período, o que você acha que poderia ser feito para melhorar políticas e práticas de PSTS?
- Gostaria de acrescentar algo, por favor, sinta-se à vontade.

Apêndice D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar do estudo “Desafios de aprendizagem na prevenção da COVID-19 em trabalhadores da saúde em hospital universitário de médio porte” desenvolvido pela pesquisadora Letícia Rodrigues de Souza, como quesito para a elaboração da dissertação de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB), Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP), sob orientação do Prof. Dr. Ildeberto Muniz de Almeida.

O objetivo da pesquisa é compreender e relacionar aspectos da evolução do sistema de atividade do hospital em sua relação com a resposta elaborada à chegada da pandemia de Covid-19. Busca-se descrever a evolução do funcionamento da atividade de prevenção da infecção pelo SARS-CoV-2 no hospital em sua relação com a evolução histórica da pandemia de Covid-19: fase pré-pandemia, fase de casos importados, fase de disseminação comunitária e fase atual, identificar como a prevenção foi sendo incorporada nas tomadas de decisões ao longo da pandemia e identificar formas assumidas por manifestações que se constituem em desafios de aprendizagem vivenciados pelas equipes que atuam na prevenção da infecção no serviço a fim de elaborar proposta de novo sistema de atividade de prevenção melhor preparado para lidar inclusive com situações como a da Covid-19.

Sua participação neste estudo é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da nossa pesquisa. Apenas os pesquisadores do projeto, que se comprometeram com o dever de sigilo e confidencialidade terão acesso a seus dados e não farão uso destas informações para outras finalidades. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você

poderá solicitar ao pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista, sobre a evolução da pandemia em sua relação com as respostas dadas pelo sistema do [REDACTED], cujo tempo de duração é de aproximadamente uma hora. As entrevistas serão gravadas, transcritas e armazenadas em arquivos digitais, mas somente terão acesso à elas a equipe da pesquisa. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 (cinco) anos e com o fim deste prazo, será descartado.

O estudo prevê convite a algumas pessoas para participação em sessões coletivas (reuniões), presenciais ou à distância. Sua participação consistirá ainda, se selecionado, para essas sessões do ciclo de aprendizagem proposto no Laboratório de Mudanças (método de intervenção que se apoia a pesquisa) para realizar a modelagem das respostas nas diferentes etapas da evolução da doença. A participação nas sessões vai produzir dados discursivos sobre problemas e dificuldades enfrentadas e sobre as soluções produzidas. As sessões de discussão poderão ocorrer durante o desenvolvimento das respostas à pandemia, como também na fase posterior à mesma, momento este em que poderá apresentar suas reflexões com ênfase na aprendizagem desenvolvida no processo. O número de sessões a serem realizadas é estimado em no mínimo 8 (oito) e no máximo 12 (doze) sessões coletivas com duração de aproximadamente 2 (duas) horas cada.

O benefício da sua colaboração nesta pesquisa é a possibilidade de refletirmos sobre a sua atividade de trabalho dentro do sistema do [REDACTED] e a relação dela com seus desafios de aprendizagem durante as respostas dadas à Pandemia de Covid-19. O risco da sua colaboração nesta pesquisa refere-se a situações de constrangimento e identificação na sua participação. Entretanto, a equipe de pesquisa garantirá como já foi explicitado anteriormente, que a identificação não acontecerá, e estaremos atentos para evitar situações que possam constrangê-lo(a).

Os resultados serão apresentados: (1) aos participantes em reunião a ser agendada ao final da pesquisa e (2) à comunidade acadêmica através da elaboração da dissertação de Mestrado da pesquisadora.

Este termo possui duas vias, uma destinada ao participante e outra para a equipe de pesquisa. Todas as páginas deverão ser rubricadas pelo participante e pelo pesquisador responsável.

A equipe de pesquisa é composta por pesquisadores vinculados à Universidade Estadual Paulista (UNESP). Em caso de dúvidas sobre o estudo ou se quiser mais informações, entre em contato através dos responsáveis: Letícia Rodrigues de Souza, cel. [REDACTED], e-mail: [REDACTED]; Ildeberto Muniz de Almeida, cel. [REDACTED], e-mail [REDACTED].

Caso ainda tenha alguma dúvida quanto à condução ética do estudo, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da FMB/UNESP Botucatu: telefone:(14) 3880-1608 ou 3880-1609 (funcionamento: de 2ª a 6ª feira das 8:00 às 12.00 e das 13.30 às 17 horas, localizado na Chácara Butignolli s/nº em Rubião Júnior – Botucatu/ São Paulo), e-mail: cep@fmb.unesp.br. O comitê é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Botucatu, _____ de _____ de 20_____

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa proposta e que CONCORDO em participar de forma voluntária deste estudo.

Nome e Assinatura do participante

Nome e Assinatura do pesquisador



UNESP - FACULDADE DE
MEDICINA DE BOTUCATU



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Desafios de aprendizagem na prevenção da COVID-19 em trabalhadores da saúde em hospital universitário de médio porte

Pesquisador: LETICIA RODRIGUES DE SOUZA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 39436320.3.0000.5411

Instituição Proponente: Departamento de Saúde Pública

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.400.510

Apresentação do Projeto:

O projeto é justificado pelos autores diante das preocupações com sistemas de saúde e com os profissionais de saúde na situação de pandemia pelo COVID 19; descrevem que há necessidade de respostas rápidas visando conter a transmissão e proporcionar assistência à saúde dos infectados, mas também redução de contaminação dos profissionais da saúde que cuidam desses pacientes.

O foco deste estudo é a prevenção da infecção dos trabalhadores da saúde de um hospital terciário com ênfase em desafios de aprendizagem vivenciados no enfrentamento da pandemia.

Os autores visam descrever como o sistema de um hospital universitário respondeu à situação de pandemia pelo SARS Cov2 para a prevenção de impactos da Covid-19 na saúde do trabalhador da saúde, e como se deu o aprendizado desses profissionais diante dos desafios da pandemia.

Descrevem ainda que os serviços internos dos hospitais no Brasil têm realizado mudanças necessárias para responder à pandemia de Covid-19, de forma a garantir a segurança dos profissionais ao lidar com pacientes infectados, minimizando os riscos de impactos na saúde do trabalhador da saúde. Mudanças que podem se referir a estrutura hospitalar, fluxo de atendimentos, disponibilidade de materiais e descontaminação de objetos, além de orientações e equipamentos aos trabalhadores.

O criou comitê de respostas à Covid-19 encarregado de acompanhar a evolução da pandemia e responder à organização dos cuidados aos pacientes com o mínimo de impactos sobre

Endereço: Chácara Bagatelli, s/n

Bairro: Ruteiro Junior

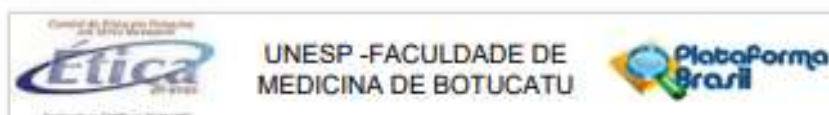
CEP: 13.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3863-1629

E-mail: cep@fmb.unesp.br



Contribuição do Pesquisador: 4.400,510

a saúde e o funcionamento do serviço.

É uma pesquisa participativa caracterizada como estudo qualitativo, apoiada na Teoria Histórico Cultural da Atividade e no Laboratório de Mudança (LM).

Na metodologia os autores descrevem que será empregada uma ferramenta denominada Laboratório de Mudança, aplicada em estudos de intervenção que explicam dificuldades e problemas em contextos de crise e busca soluções de problemas vivenciados, explora variedade de mudanças surgidas no serviço como respostas à pandemia com foco em quem são ou foram os sujeitos de aprendizagem no processo de enfrentamento prático da situação.

O objetivo será então compreender a evolução do sistema de atividade do hospital em sua relação com a resposta elaborada à chegada da pandemia de Covid-19.

Sujeitos da pesquisa serão integrantes do Serviço especializado em engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho, do Grupo

representantes de serviços

envolvidos em respostas de inovação técnica e organizacional à pandemia (infraestrutura de leitos e equipamentos, laboratório, comunicação, educação e treinamento, medidas de controle de infecção incluindo EPI, trabalhadores da saúde da linha de frente da assistência e outros identificados como importantes no curso da intervenção com e sem histórico de contaminação durante a pandemia).

Serão realizadas 2 fases, sendo a 1ª de diagnóstico etnográfico e descreverá a trajetória da evolução da pandemia (passado e presente) por meio de coleta de materiais e documentos e entrevistas; a 2ª fase será composta de análise coletiva em sessões do Laboratório de Mudança.

As principais perguntas descritas para o estudo são:

1. Na resposta do serviço à pandemia quais as principais mudanças e ações praticadas e como foi incluída a preocupação com a proteção do trabalhador nas tomadas de decisões e implementação da prevenção? Como evoluiu a atividade de prevenção ao longo da pandemia? Houve mudanças nos apoios de envolvimento da atividade de prevenção em respostas à evolução da pandemia?
 2. Quais são os desafios de aprendizagem nesse processo? Quais as formas assumidas por diferentes situações que se revelam como desafios para a atividade de prevenção?
 3. O que pode ser feito para que o sistema esteja melhor preparado para lidar com pandemias como a COVID-19?
 4. Quais os meios de aprendizagem necessários para que sejam propostas e implementadas mudanças?
- Na 1ª fase cerca de 40 participantes serão entrevistados com perguntas norteadoras (ex se houve

Endereço: Chácara Sulgost, s/n

Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1800

E-mail: cxi@fmb.unesp.br



UNESP - FACULDADE DE
MEDICINA DE BOTUCATU



Continuação do Protocolo: 4.480.010

mudança no espaço de trabalho, ou uso EPI, se houve uso de novos equipamentos, se houve participação nas mudanças implantadas). Questões diferenciadas serão direcionadas na entrevista a gestores do Comitê COVID ou do setor administrativo (questões sobre a estrutura do Comitê, sobre desafios, etc) para coleta de observações sobre a situação de trabalho.

As entrevistas serão gravadas e destruídas ao final de um período de 5 anos.

Na segunda fase cerca de 15 participantes serão convidados a participar do Laboratório de Mudança por meio de análise coletiva realizada em reuniões (8 a 12 com duração de 2 horas) presenciais ou virtuais para produção de dados discursivos.

São descritas as formas de avaliação dos dados e propõem-se como parte dos objetivos específicos elaborar propostas de sistema de prevenção em situações de crise como pandemias.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário:

Compreender e relacionar aspectos da evolução do sistema de atividade do hospital em sua relação com a resposta elaborada à chegada da pandemia de Covid-19.

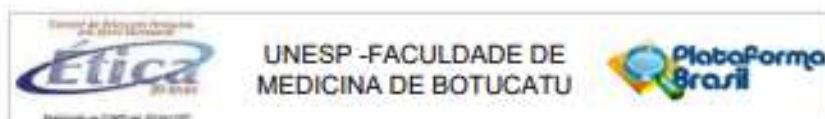
Objetivos Secundários:

•Descrever a evolução do funcionamento da atividade de prevenção da infecção pelo SARS-CoV-2 no hospital em sua relação com a evolução histórica da pandemia de Covid-19: fase pré-pandemia, fase de casos importados, fase de disseminação comunitária e fase atual. E identificar como a prevenção foi sendo incorporada nas tomadas de decisões ao longo da pandemia.

•Identificar formas assumidas por manifestações que se constituem em desafios de aprendizagem vivenciados pelas equipes que atuam na prevenção da infecção no serviço.

•Elaborar proposta de novo sistema de atividade de prevenção melhor preparado para lidar inclusive com situações de pandemias como a da Covid-19.

Endereço: Chácara Batignoll, s/n
Bairro: Rubião Junior
UF: SP Município: BOTUCATU
Telefone: (14)3885-1600 CEP: 16.019-670
E-mail: cap@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 4.450.010

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os pesquisadores responsáveis descrevem que os riscos estão associados a possível constrangimento ao participante ao responder o tema abordado, e pode ser incluído ainda o desconforto devido ao tempo necessário para entrevista e para as discussões previstas para alguns participantes. Os benefícios diretos descritos estão associados à oportunidade de reflexão das atividades dos participantes em refletir sobre atividades diante da Pandemia; e benefícios diretos e indiretos associados à elaboração de proposta de novo sistema de atividade de prevenção melhor preparado para lidar inclusive com situações como a da Pandemia de Covid-19.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa exploratória de caráter participativo a ser desenvolvida como dissertação de mestrado de Leticia Rodrigues de Souza, orientado pelo Prof. Dr. Ildeberto Muniz de Almeida, e coorientado pelo Prof. Dr. Marco Antonio Pereira Querol, no programa PG em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde Pública da FMB. Será realizada com financiamento próprio, apresenta cronograma compatível com início em 5 de novembro, posterior a análise deste CEP.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

São apresentados Folha de Rosto, Anuências Institucionais da _____ devidamente assinadas. TCLE é apresentado na forma de convite, garante sigilo e a confidencialidade dos dados; apresenta objetivos da pesquisa, seus riscos e benefícios; descreve os procedimentos a serem realizados e tempo exigido para participação e a possibilidade de desistência sem prejuízos aos participantes da pesquisa. Está redigido de forma em linguagem acessível e apresenta as informações que esclarecem como ocorrerá a sua participação e contém dados dos pesquisadores e CEP local.

Recomendações:

apresentar relatório final de atividades após encerramento da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

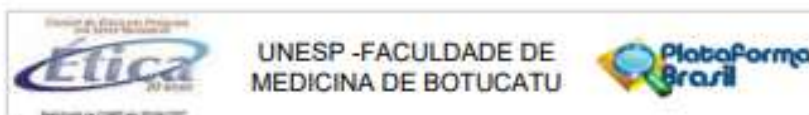
O CEP-FMB manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa apresentado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P	21/10/2020		Aceito

Endereço: Chácara Bagagnoli, s/n
 Bairro: Rubião Junior
 UF: SP Município: BOTUCATU CEP: 16.018-070
 Telefone: (14)3880-1609 E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 4.493.013

Básicas do Projeto	ETO_16428291.pdf	15:25:58		Aceito
Outros	Anuência...pdf	21/10/2020 15:17:53	LETICIA RODRIGUES DE	Aceito
Outros	TermoDeAnuenciainstitucional.pdf	21/10/2020 15:15:51	LETICIA RODRIGUES DE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEProjetoPesquisaLeticia.pdf	21/10/2020 15:13:08	LETICIA RODRIGUES DE SOUZA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoPesquisaLeticia.pdf	21/10/2020 15:11:31	LETICIA RODRIGUES DE SOUZA	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRostoAssinada.pdf	21/10/2020 15:08:17	LETICIA RODRIGUES DE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BOTUCATU, 16 de Novembro de 2020.

Assinado por:
SILVANA ANDREA MOLINA LIMA
(Coordenador(a))

Endereço: Chácara Bagdadi, s/n.
Bairro: Rubião Junior. CEP: 13.015-970
UF: SP Município: BOTUCATU
Telefone: (14)3895-1600 E-mail: cep@fmb.unesp.br