



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

LAIANE DA SILVA SANTANA

**GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM A PACIENTES COM COVID-19
NO CONTEXTO HOSPITALAR**

**SALVADOR
2022**

LAIANE DA SILVA SANTANA

**GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM A PACIENTES COM COVID-19
NO CONTEXTO HOSPITALAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito para obtenção do grau de mestra em Enfermagem e Saúde na área de concentração “Enfermagem, Cuidado e Saúde”, Linha de Pesquisa “Formação, Gestão e Trabalho em Enfermagem e Saúde”.

Orientador: Prof. Dr. Deybson Borba Almeida

**SALVADOR
2022**

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Universitário de Bibliotecas (SIBI/UFBA),
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

S232 Santana, Laiane da Silva
Gestão do cuidado em enfermagem a pacientes com Covid-19 no
contexto hospitalar/Laiane da Silva Santana. – Salvador, 2022.
82 f.: il.

Orientador: Prof. Dr. Deybson Borba de Almeida.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de
Enfermagem/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde,
2022.

Inclui referências.

1. Enfermagem - gestão. 2. Enfermagem – cuidado. I. Almeida,
Deybson Borba de. II. Universidade Federal da Bahia. III. Título.

CDU 614.4:616-083

LAIANE DA SILVA SANTANA

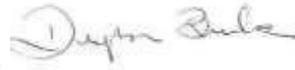
**GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM A PACIENTES COM COVID-19 NO
CONTEXTO HOSPITALAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito para obtenção do grau de mestra em Enfermagem e Saúde na área de concentração “Enfermagem, Cuidado e Saúde, Linha de Pesquisa “Formação, Gestão e Trabalho em Enfermagem e Saúde.

Aprovada em 30 de agosto de 2022

BANCA EXAMINADORA

1 DEYBSON BORBA DE ALMEIDA (Orientador)



Pós-doutor em enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina e Professor Titular da Universidade Estadual de Feira de Santana

2 GENIVAL FERNANDES DE FREITAS (Examinador)



Pós-Doutor em História e Antropologia dos Cuidados, pela Universitat D'Alacant e professor titular da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

3 GISELLE ALVES DA SILVA TEIXEIRA (Examinador)



Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia e Professora Adjunta da Universidade Federal da Bahia

4 GILBERTO TADEU REIS DA SILVA (Suplente)



Pós-Doutor em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo e Professor Titular-Livre na Universidade Federal da Bahia.

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, por sempre estarem
presentes eme apoiando em tudo.
Aos meus avós maternos, por todo
amor e compreensão.

AGRADECIMENTOS

À todos que contribuíram para que eu chegasse ao meu objetivo, não posso deixar de agradecê-los, pois sem vocês não teria chegado até aqui.

O primeiro agradecimento dirijo-me a Deus, que me deu força e persistência, para chegar até aqui.

À minha mãe Sandra que participou de todo o meu processo, desde o incentivo na seleção domestrado até a sua defesa.

Ao meu pai José Ademilton por me apoiar e me incentivar a crescer cada vez mais.

A minha vó Serafina que é meu exemplo e por sempre ser presente no meu percurso de vida. Ao meu orientador, prof. Dr. Deybson Borba de Almeida, que me conduziu a esse percurso e que esteve presente desde a minha graduação, sendo um exemplo de profissional e competência. Ao GEPASE e ao GAHE por serem núcleos de pesquisas de extrema relevância para nós enfermeiras.

Aos professores e colegas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e saúde da UFBA, em especial a Prof. Nadirlene Gomes que me acolheu e me inseriu em experiências acadêmicas maravilhosas.

Aos participantes da pesquisa, por disponibilizarem tempo e depositarem confiança em compartilhar comigo o cotidiano.

A equipe que realizou a coleta junto comigo, sem vocês o caminho seria mais difícil.

À Universidade Federal da Bahia (UFBA), por ter contribuído para meu crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional, por todo cuidado com minha formação.

E a todos os mestres, que me motivaram a investir na minha formação acadêmica.

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001". This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Finance Code 001"

RESUMO

SANTANA, Laiane da Silva. **Gestão do cuidado em enfermagem a pacientes com covid-19 no contexto hospitalar**. 2022. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2022.

Esta pesquisa tem como objetivo: analisar a gestão do cuidado de enfermagem a pacientes com covid-19 no contexto hospitalar. Trata-se de uma pesquisa qualitativa desenvolvida com enfermeiras, em um Hospital Universitário Federal. A coleta de dados ocorreu mediante entrevista semiestruturada e os dados foram processados pelo software N-vivo 11 e analisados de acordo com a análise temática de conteúdo. Foram identificadas quatro categorias de análise guiadas pelo matriz teórica do planejamento estratégico situacional, (1) A representação do momento explicativo na gestão de enfermeiras frente à pandemia por covid-19, com a subcategoria: Limitações e fragilidades nas definições dos problemas, que definem consequência e não as causas dos problemas, fragilizando assim a sua gestão do cuidado.

(2) A representação do momento normativo na gestão de enfermeiras frente à pandemia por covid-19, com as subcategorias: A definição de objetivos e atributos da gestão do cuidado em Enfermagem e a gestão do cuidado (des) centrado na integralidade, no qual repercutem sobre a definição de gestão do cuidado voltado aos aspectos tecnicistas, mais aproximados ao modelo biomédico. (3) A representação do momento estratégico na gestão de enfermeiras frente à pandemia por covid-19, com a subcategoria, Estratégias organizacionais estruturais e assistenciais como mudanças no fluxo e promoção de prevenção de agravos. Aspectos representativos da capacidade técnica gestora das enfermeiras, contudo dentro das perspectivas clássicas e tradicionais de gestão (4) Alterações organizacionais estruturais e assistenciais, pois relataram suas rotinas desde a entrada até a saída do setor, porém envolvem dificuldades de resolução dos problemas, já que o ambiente externo não é contemplado na análise de possibilidades. Com isso, conclui-se que a gestão do cuidado tem aspectos importantes que revelam limitações e potencialidades da gestão de cuidado no contexto hospitalar.

PALAVRAS CHAVES: Enfermagem; Gestão; Cuidado.

ABSTRACT

SANTANA, Laiane da Silva. **Management of nursing care for patients with covid-19 in the hospital context**. Dissertation. 2022 (Master's in Nursing and Health) – School of Nursing, Federal University of Bahia, Salvador, 2022.

This research aims to: analyze the management of nursing care for patients with covid-19 in the hospital context. This is a qualitative research developed with nurses at a Federal University Hospital. Data collection took place through semi-structured interviews and the data were processed by the N-vivo 11 software and analyzed according to thematic content analysis. Four categories of analysis guided by the theoretical matrix of situational strategic planning were identified, (1) The representation of the explanatory moment in the management of nurses in the face of the covid-19 pandemic, with the subcategory: Limitations and weaknesses in problem definitions, which define consequences and not the causes of the problems, thus weakening their care management. (2) The representation of the normative moment in the management of nurses in the face of the covid-19 pandemic, with the subcategories: The definition of objectives and attributes of nursing care management and the management of care (de)centered on integrality, in which have repercussions on the definition of care management focused on technical aspects, closer to the biomedical model. (3) The representation of the strategic moment in the management of nurses in the face of the covid-19 pandemic, with the subcategory, Structural and care organizational strategies such as changes in the flow and promotion of disease prevention. Representative aspects of the technical managerial capacity of nurses, however within the classical and traditional perspectives of management (4) Structural and care organizational changes, as they reported their routines from entering the sector to leaving the sector, but involving difficulties in solving problems, since the external environment is not considered in the analysis of possibilities. With this, it is concluded that care management has important aspects that reveal limitations and potentialities of care management in the hospital context.

KEYWORDS: Nursing; Management; Caution.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Planejamento estratégico situacional e os seus momentos.....	23
Figura 2 – Nuvem de palavras realizadas no n-vivo 11.....	34
Figura 3 – Etapas da análise de conteúdo de Bardin.....	37
Figura 4 – Medidas preconizadas para reorganização dos serviços de saúde.....	61

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Critérios utilizados para definir a saturação dos dados.....	32
Quadro 2 – Limitações e fragilidades nas definições dos problemas.....	41
Quadro 3 – A definição de objetivos e atributos da gestão do cuidado em Enfermagem.....	48
Quadro 4 – A gestão do cuidado (des) centrado na integralidade.....	50
Quadro 5 – Estratégias organizacionais estruturais e assistenciais.....	54
Quadro 6 – Alterações organizacionais estruturais e assistenciais.....	58

LISTA DE ABREVIATURAS

AT	Análise Temática
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
COVID-19	Coronavírus 19
DCNS	Diretrizes Curriculares Nacionais
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EPI'S	Equipamento de Proteção Individual
GAHE	Laboratório de Estudos e Pesquisas em Gestão, Avaliação e História em enfermagem
GEPASE	Grupo de Estudos e Pesquisa em Administração dos Serviços de Enfermagem
HUF	Hospital Universitário Federal
LEPE	Lei do Exercício Profissional Enfermagem
OMS	Organização Mundial da Saúde
PES	Plano Estadual de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
REHUF Federais	Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais
SDRA	Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo
SNC	Sistema Nervoso Central
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UTIS	Unidades de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	17
2.1 A GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM	17
2.1.1 Planejamento estratégico situacional	22
2.2 O CUIDADO DE ENFERMAGEM A PACIENTES COM COVID-19	25
3 MÉTODO	30
3.1 TIPO DE ESTUDO	30
3.2 CAMPO EMPÍRICO	30
3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	31
3.4 LEVANTAMENTO E ORGANIZAÇÃO DOS DADOS	33
3.4.1 Organização da entrevista	33
3.5 ROTEIRO DA ENTREVISTA	35
3.6 ANÁLISE DOS DADOS	37
3.7 ASPECTOS ÉTICOS	38
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	41
4.1 CATEGORIA: A REPRESENTAÇÃO DO MOMENTO EXPLICATIVO NA GESTÃO DE ENFERMEIRAS FRENTE À PANDEMIA POR COVID-19	41
4.2 CATEGORIA: A REPRESENTAÇÃO DO MOMENTO NORMATIVO NA GESTÃO DE ENFERMEIRAS FRENTE À PANDEMIA POR COVID-19	48
4.3 CATEGORIA: A REPRESENTAÇÃO DO MOMENTO ESTRATÉGICO NA GESTÃO DE ENFERMEIRAS FRENTE À PANDEMIA POR COVID-19	54
4.4 CATEGORIA: A REPRESENTAÇÃO DO MOMENTO TÁTICO OPERACIONAL NA GESTÃO DE ENFERMEIRAS FRENTE À PANDEMIA POR COVID-19	58
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
6 REFERÊNCIAS	66
APÊNDICE A - Roteiro da entrevista semiestruturada	74
APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido	76
ANEXO A - Parecer consubstanciado do CEP	78
ANEXO B - Termos de anuência do campo	84

1 INTRODUÇÃO

A gestão do cuidado pode ser compreendida relacionada à dimensão das práticas e ou articulada ao Sistema de Saúde. E nesta direção, Cecílio (2011), afirma que pode ser construída através da articulação em rede entre os serviços de saúde, compondo “linhas” de cuidado, no atendimento aos princípios finalísticos do Sistema de Saúde.

Já na dimensão que relaciona a gestão do cuidado às práticas de saúde, percebe-se que ela é marcada pela divisão técnica e social do trabalho, e evidencia novos elementos, como: o trabalho em equipe e as atividades de liderança, comando, controle, coordenação e comunicação. Com isso, assume centralidade na organização do processo de trabalho, agrega uma série de possibilidades, podendo conferir qualidade aos serviços e práticas de saúde, bem como, a elaboração de tecnologias leve, leve-dura e dura para potencializar os cuidados em saúde prestados (CECÍLIO, 2011).

Em destaque, a tecnologia leve se refere às tecnologias de relações, de produção de comunicação, de acolhimento, de vínculos e de autonomização, já a tecnologia leve-dura compreende todos os saberes bem estruturados no processo de saúde e a tecnologia dura se relaciona com equipamentos tecnológicos, normas e rotinas (SILVA, ALVIM, FIGUEIREDO, 2008).

A gestão do cuidado está diretamente relacionada ao planejamento, monitoramento e avaliação dos serviços e das práticas de saúde, podendo agregar transformação/manutenção de práticas de cuidado mais humanizadas, com menores índices de iatrogenias e com potencial de contribuir com a melhora dos indicadores de saúde.

Quando analisamos a gestão do cuidado em enfermagem observamos a indissociabilidade entre o cuidar e a gestão do cuidado, um fenômeno que se apresenta com alto grau de imbricação e que apesar de buscarmos um recorte didático é impossível, considerando a magnitude do cuidado da enfermeira separar um do outro.

Entretanto, existe a dicotomia entre a gestão e o cuidado, com uma valoração social diminuída da gestão, principalmente entre estudantes de enfermagem e enfermeiros, pois muitas vezes, é permeado pela fragilidade identitária da profissão, seus dilemas, dúvidas, conflitos, incompreensões e contradições.

Tal fato gera frustração e insatisfação em torno da identidade profissional, sobretudo, se relacionado ao saber-fazer no cuidar, visto que as ações gerenciais são

frequentemente focalizadas nas atividades administrativas e burocráticas a fim de atender às demandas institucionais (MORORÓ *et al.* 2017).

Percebe-se que mesmo sendo complementares, na prática existe uma dissociação e que muitas vezes a enfermeira recusa a realização da gestão, o que foi evidenciado em estudos, com a assertiva de que as representações sociais das enfermeiras gestoras estavam ancoradas nas raízes da supervisão tradicional e no modelo da administração científica (CORREIA; SERVO, 2013).

Por outro lado, a pandemia por COVID-19 tem colocado em discussão as práticas de cuidado em saúde e as condições precárias dos serviços de saúde, que estão mais pronunciadas face ao aumento da demanda por assistência à saúde e os altos índices de absenteísmo, tendo o profissional como segunda vítima.

Do ponto de vista clínico, a COVID-19 está trazendo impactos econômicos, sociais e psicológicos, além de sequelas que podem permanecer no indivíduo, como por exemplo: no trato respiratório, sistema cardiovascular, sistemas nervoso central e periférico, psiquiátricas e psicológicas (DUARTE *et al.*, 2020). Além disso, o índice de mortalidade está cada vez mais aumentando, sendo confirmados no Brasil no dia 12 de agosto de 2022, 681 mil óbitos (BRASIL, 2022).

Mediante ao que foi exposto, percebe-se que as pessoas acometidas pelo vírus da COVID-19, necessitam de cuidados humanizados e muitas vezes especializados, sendo que o cuidado da equipe de enfermagem ocupa lugar central na prestação dos outros cuidados promovidos pelas demais categorias profissionais do campo da saúde.

Para gestão do cuidado em enfermagem é essencial o aporte de tecnologias, teorias e instrumentos que viabilizem práticas seguras, eficientes e efetivas, podendo repercutir na produção de modelos de atenção alternativos e distanciados da lógica biomédica que se impõe como hegemônica até os dias atuais.

Para analisar a gestão do cuidado em enfermagem utilizaremos, neste estudo, o planejamento estratégico situacional proposto por Carlos Matus, dado que se apresenta como um instrumento/proposta teórica consolidada e bem difundida no Brasil (AMANTE; ROSSETTO; SCHNEIDER, 2009).

Quanto à relevância do estudo proposto, podemos afirmar a sua potencialidade na produção/disseminação de tecnologias do cuidado de enfermagem, na repercussão na qualidade do cuidado em saúde e em enfermagem e por fim na possibilidade de desenvolvimento de outros estudos nessa temática.

Em decorrência disso, esta pesquisa se faz importante e relevante para a profissão,

visto que pode impactar em reflexões para a Enfermagem e para o trabalho das enfermeiras, além de disseminar a importância da gestão do cuidado aos pacientes com COVID-19 e a centralidade para enfrentamento dos índices de morbimortalidades.

Ainda dentro da relevância científica, conforme análise do estado da arte, no qual a autora realizou uma busca na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) no dia 27 de novembro de 2020 com os descritores: enfermagem, cuidados de enfermeiras; enfermeiras e enfermeiros e a utilização do booleano and. Os critérios de inclusão utilizados foram: artigos completos em português, inglês e espanhol com corte temporal dos últimos cinco anos. Foram encontrados 1466 artigos, nos quais apenas 16 artigos remetem a temática, sendo observadas lacunas na literatura sobre a gestão do cuidado.

Já o interesse pela temática da gestão do cuidado surge na graduação, onde percebia uma dicotomia entre a gestão e o cuidado em enfermagem, sendo abordados nos campos de prática de forma separada. Essa distinção me inquietava, então após a formatura ingressei no mestrado na linha de Formação, gestão e trabalho em enfermagem e saúde e me inseri em dois grupos de pesquisa: Grupo de Estudos e Pesquisa em Administração dos Serviços de Enfermagem (GEPASE) e Laboratório de Estudos e Pesquisas em Gestão, Avaliação e História em enfermagem (GAHE), no qual abordam vários temas na perspectiva da área de gestão.

E com a pandemia da COVID-19, surgiu a oportunidade de participar de um projeto multicêntrico, intitulado: Avaliação do cuidado de enfermagem a pacientes com COVID-19 em hospitais universitários brasileiros, no qual o orientador é pesquisador colaborador. Esse projeto integra 10 Hospitais Universitários vinculados às Universidades Federais, sendo duas de cada região do Brasil e tem como objetivo: avaliar a gestão do cuidado da enfermeira a pacientes com covid-19 em hospitais universitários brasileiros.

O objeto deste estudo é a gestão do cuidado de enfermagem a pacientes com COVID-19 no contexto hospitalar. Assim, tem-se como problema de investigação: Como ocorre a gestão do cuidado de enfermagem a pacientes com COVID-19 no contexto hospitalar? O objetivo é: analisar a gestão do cuidado de enfermagem a pacientes com covid-19 no contexto hospitalar.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 A GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM

Na introdução deste projeto foram apontadas algumas características definidoras da gestão do cuidado:

- A gestão do cuidado se expressa em todas as dimensões do sistema e das práticas de saúde, sendo indissociável ao cuidado;
- A gestão do cuidado se constitui como o campo social onde os recursos, tecnologias e pessoas estão em relação constante para produção do cuidado, sustentação/ruptura de modelos assistenciais para garantia ou não de uma qualidade de cuidado e de serviços de saúde(SANTOS, 20018).
- O trabalho da enfermeira é essencial para a gestão do cuidado, independente da dimensão da qual esteja inserida, seja do sistema, dos serviços e ou da comunidade. Sendo que esta profissional produz uma gestão voltada e interessada para os serviços, para as práticas de saúde e da equipe de enfermagem em específico.

Nesse contexto, a gestão do cuidado em enfermagem é entendida como uma política de articulação e integração entre ações cuidativas e gerenciais, mediante o exercício das relações com a equipe de enfermagem, profissionais de saúde e usuários. Envolve, então, uma relação dialética entre o saber-fazer gerenciar e o saber-fazer cuidar (MORORÓ *et al*, 2020).

A gestão é representada pelo gerenciamento da equipe de enfermagem e dos processos de trabalho que faz interface nos cenários de prestação de cuidados aos pacientes e a comunidade. Desse modo, conclui-se que todas as enfermeiras são gestoras, independentemente do cargo que ocupa (MORORÓ *et al*, 2017).

Contudo, estudos trazem uma realidade diferente na prática, na qual, as enfermeiras de forma automática não relatam sobre o seu administrar no cuidado com os pacientes, sendo exposto apenas as técnicas de cuidados assistenciais, se auto excluindo da sua função de gestora. Sendo assim, percebe-se que as enfermeiras visualizam a gestão do cuidado voltado apenas para o cargo institucionalizado de gerente.

Dessa forma, identificam-se duas dimensões do cuidado, as quais são complementares e justapostas a maior parte do tempo: a dimensão gerencial, cujo objeto é a organização do trabalho e a gestão de pessoas, e a dimensão do cuidado direto com

seu objeto de intervenção voltado para as necessidades do cuidado ao indivíduo.

A dimensão gerencial do processo de trabalho da enfermeira, segundo Rabelo *et al.* (2020) está relacionada à necessidade de organização do ambiente e atendimento, com vistas a proporcionar um cuidado adequado aos indivíduos. Nesse sentido, as enfermeiras que atuam nagerência desenvolvem estratégias do cuidado, absorvem maior responsabilidade organizativa de ordenar fluxo de atendimentos, de coordenar ações em saúde dentro da rede de atenção à saúde, de identificar fragilidades e potencialidades nas práticas adotadas no cuidado (SODER *et al.*, 2020).

Já a gestão considerada como o “cuidado direto”, consiste em promover o bem estar através de práticas multidisciplinares, como utilização de técnicas e habilidades científicas para que possa manter uma qualidade de vida ao paciente, no seu aspecto biopsicossocial. Assim, compreender o valor do cuidado requer a valorização da vida, uma vez que potencializa as possibilidades do viver e as construções sociais da vida humana (SIEWERT *et al.*, 2017).

As dimensões do cuidado são dependentes, porém esta segregação fortalece cada vez mais a negação da gestão por parte das enfermeiras, o que torna conveniente aos empregadores, visto que não há reivindicação pelo pagamento de um trabalho e que é negado pelas próprias trabalhadoras. A indissociabilidade das dimensões gerencial-assistencial no trabalho da enfermeira é o que confere singularidade a esse trabalho diferenciando de outros trabalhadores da saúde (LEAL; MELO, 2018).

Apesar de serem indissociáveis, ocorre, em muitas vezes, uma segregação de conceitos no próprio processo de formação, ou seja, desde o início da sua graduação ocorre essa fragilidade, impedindo que os mesmos exerçam suas competências. A fragilidade não decorre das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), pois essas contemplam a: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente, sendo cinco destas caracterizadas como competências gerenciais (FERREIRA *et al.*, 2019).

Todavia, mesmo contemplando as diversas áreas na DCNs, as enfermeiras passam processos de qualificação em gestão frágeis, algumas vezes vistos de modo bem simplórios mais aproximados dos atos administrativos de baixa complexidade do que da gestão em si e com ações que tecnicizam, mecanizam e restringem o processo de trabalho destas trabalhadoras (FERREIRA *et al.*, 2019).

Visto as diretrizes curriculares e os cursos de enfermagem, percebe-se que em sua maioria são de mulheres, tendo pouca representatividade masculina nesse raio e devido

a esse aspecto está assentada uma identidade profissional de inferioridade no fazer manual em detrimento do processo intelectual e reflexivo, porém é esse o campo de dominação e subjugação dessas trabalhadoras.

Acrescido a isto, perpassam questões da dominação masculina, do machismo, da segregação dos homens e mulheres, com desvalor da última, acrescidos da gênese profissional. Porém, apesar de conhecer e destacar os aspectos de gênero que interferem nas identidades e acessos ou restrições sociais é necessário destacar que qualquer fenômeno que seja estudado sobre a prática e trabalho da enfermeira, estará a sua expressão gênero.

O trabalho em si tem um conceito complexo, sendo um aspecto da vida que medeia a integração social através do valor econômico e cultural intrínseco, o que explica sua importância no que concerne à saúde física e mental das pessoas (LEAL; MELO, 2018). Nesse sentido, para Marx (1983), o trabalho no modo de produção capitalista deixa de hominizar e passa a alienar, pois o produto e o próprio processo de produção se tornam estranhos ao trabalhador.

Já quando nos referimos ao processo de trabalho, segundo Sanna (2007), O processo de trabalho é algo que o ser humano faz intencionalmente com o objetivo de produzir algum produto ou serviço que tenha valor para o próprio ser humano e a enfermagem possui mais de um processo de trabalho, sendo dividido em: assistir, administrar, pesquisar, ensinar e participar politicamente.

- O **Assistir** ou cuidado direto é um termo que tem como objeto o cuidado ao indivíduo e coletividades, no qual é vista por muitos de forma errônea como a centralização da patologia e não no indivíduo como um todo e sim no corpo biológico. Mas a enfermagem é uma ciência e uma prática que se faz a partir do reconhecimento de que o ser humano demanda cuidados de natureza física, psicológica, social e espiritual durante toda a vida (SANNA, 2007).

- O **Administrar** ou gerenciamento em Enfermagem tem como objeto os agentes do cuidado e os recursos empregados no cuidado em enfermagem. Diante do que já foi mencionado acima devido à fragilidade ainda muito persistente, esse aspecto para muitas enfermeiras se torna irrelevante. Porém deve-se ressaltar que não existe o cuidado se não tiver as condições necessárias para isso (SANNA, 2007).

- O **Ensinar** em Enfermagem está envolto com a área acadêmica, no qual o seu objeto são indivíduos que querem se tornar profissionais da área da enfermagem. Os métodos empregados nesse processo são os concernentes ao ensino formal,

supervisionados pelos órgãos de classe da Enfermagem e pelos órgãos competentes da Educação a fim de formar auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem, enfermeiros, especialistas, mestres e doutores em Enfermagem (SANNA, 2007).

- O **Pesquisar** em Enfermagem tem como objeto, o saber científico e as lacunas existentes nesse saber e possui como finalidade a descoberta de novas e melhores formas de assistir, administrar, ensinar e pesquisar em enfermagem. Os produtos desse processo são novos conhecimentos, que podem ser empregados para compreender e modificar o trabalho dos profissionais de enfermagem promovendo visibilidade para profissão e para a promoção do cuidado centrado na ciência (SANNA, 2007).

- O **Participar Politicamente permeia** todos os outros processos e, muitas vezes está presente sem a percepção das enfermeiras, pois não significa filiar-se a um órgão de classe e organizações que se dedicam à defesa dos direitos civis ou a um partido político. Ao aceitar condições de trabalho desfavoráveis, como dupla ou tripla jornada ou a precarização dos contratos de trabalho, por exemplo, o profissional de enfermagem pactua com a ideologia de que os interesses do capital estão acima dos interesses da saúde e assim participa politicamente (SANNA, 2007).

Apesar do processo de trabalho das enfermeiras estar vinculado ao modelo taylorista/fordista, é importante destacar que todo e qualquer processo de trabalho só é possível pela inter-relação da estrutura, processo e resultados, como por exemplo: as tecnologias duras, leve duras e leves de articulação de profissionais e ambientes em um determinado tempo e espaço, que tenta ser o mais adequado possível às necessidades de cada indivíduo (GRABOIS, 2011).

A tecnologia leve refere-se às tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho. A leve-dura diz respeito aos saberes bem estruturados, que operam no processo de trabalho em saúde, como o cuidado a mulher, adolescente, criança, homem, idoso e toda a comunidade que os cerca. Além disso, podemos estar mencionando os modelos e teorias da enfermagem. A dura é referente ao uso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais (LIMA *et al.* 2018; MERHY, 1997).

Portanto, além das tecnologias serem ferramentas fundamentais para o processo de trabalho da enfermeira, o objeto da saúde é a produção do cuidado para que a promova uma melhor qualidade de vida. E para atingir essa finalidade, Ferreira *et al* (2019) trazem que as enfermeiras também são responsáveis por planejar e executar

procedimentos mais complexos, supervisionar os cuidados, coordenar a equipe e desempenhar atividades burocráticas e administrativas.

Além do que já foi exposto, vale ressaltar que a dimensão da supervisão é destacada como fundamental no trabalho das enfermeiras, no qual visa o bem estar, segurança e autonomia, sendo realizada em seis dimensões: individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária (MORORÓ *et al*, 2017).

- Dimensão individual é a mais central, no qual envolve o cuidar de si e a autonomia do indivíduo no seu processo de adoecimento. Esta dimensão envolve os conceitos sobre o que significa ser saudável e como o indivíduo entende como é “ser saudável” (SIEWERT *et al*, 2017). A autonomia do indivíduo é preservada a fim de que o mesmo participe do seu próprio processo de cuidar e seja um agente entendedor, facilitador e precursor da sua melhora.

- A dimensão familiar da gestão do cuidado é aquela que assume importância diferente em momentos diferentes da vida. Trata-se de uma dimensão que tem como seus atores: pessoas da família, os amigos e os vizinhos (SIEWERT *et al*, 2017). Ou seja, os familiares muitas vezes dão continuidade do que lhe é ensinado a fim de promover o bem estar aos envolvidos.

- A dimensão profissional da gestão do cuidado enfatiza a relação entre profissionais e usuários do serviço, exigindo competências técnicas dos profissionais dentro de cada núcleo de atuação, postura ética em qualquer que seja a sua especialidade e a capacidade desses profissionais de construir vínculos com os indivíduos que necessitam de seus cuidados (CECILIO, 2011).

- Dimensão organizacional do cuidado é realizada nos serviços de saúde, marcada pela divisão técnica e social do trabalho, e evidencia novos elementos, como por exemplo: o trabalho em equipe, as atividades de coordenação e comunicação, além da função gerencial, propriamente dita (CECILIO, 2011). Portanto, é através desta dimensão que ocorre a organização do processo de trabalho, os seus protocolos, regras, fluxos e toda a centralização da organização dos serviços.

- Dimensão sistêmica da gestão do cuidado é aquela que trata de construir conexões formais entre os serviços de saúde, formando “redes de apoio” ou “linhas” de cuidado, na perspectiva da construção da integralidade do cuidado. É importante, ressaltar que existe uma sequência de serviços formados através da sua complexidade, em ordem crescente, interligados entre si através de processos formais de

referência/contrarreferência, que deveriam resultar em fluxos ascendentes/ descendentes ordenados e racionalizados de usuários (CECILIO, 2011).

- Dimensão societária da gestão do cuidado em saúde, que retrata as políticas públicas no geral, principalmente, as políticas de saúde e como é pensado o papel do Estado, especialmente como formula e implementa suas estratégias para a garantia dos trabalhadores que implementarão as políticas sociais. É a dimensão mais ampla da gestão do cuidado, ou seja, é nela que se aprecia como cada sociedade produz cidadania e direito à vida (CECILIO, 2011).

Por fim, nota-se que a gestão ou gerenciamento do cuidado é compreendido como um processo central, simultâneo e complementar que constitui o processo de trabalho da enfermeira, mas que ainda necessita reconhecer o cuidado como foco a ser gerenciado dentro dos serviços de saúde.

2.1.1 Planejamento estratégico situacional

O Planejamento Estratégico Situacional (PES) é uma teoria que será utilizada para analisar o modo como as enfermeiras fazem a gestão do cuidado, como ocorrem as organizações de prioridades, como definir os objetivos de acordo com as demandas, a implementação das possíveis soluções e como avaliam a sua gestão. Diante disso, é importante ressaltar que os momentos do PES são aplicáveis durante a gestão das enfermeiras no seu processo de cuidar.

O PES foi pensado por Carlos Matus como uma ação política, pois todas as forças sociais governam, podem e devem planejar/executar/avaliar intervenções dos fatos sociais, por isso o PES refere-se à arte de governar, gestão do cuidado feito por enfermeiras em situações de poder compartilhado, nas situações da realidade da sociedade, no qual tem o objetivo de servir à gestão pública, servir a gestão do cuidado ou a quaisquer órgãos (HUERTAS, 1996).

De acordo com Cobaito (2019), o PES é uma metodologia, um modelo não prescritivo, concebido pelo economista Carlos Matus, um dos maiores estudiosos da América Latina e um dos maiores do mundo sobre o tema planejamento estratégico de governo e governabilidade, o qual advoga que o planejamento deve ser um cálculo situacional e sistemático, capaz de articular o imediato (presente) com o futuro.

Portanto, é um método de planejamento por problemas e tem mais enfoque nos mal estruturados e complexos onde não existe solução normativa ou conhecida. Esses

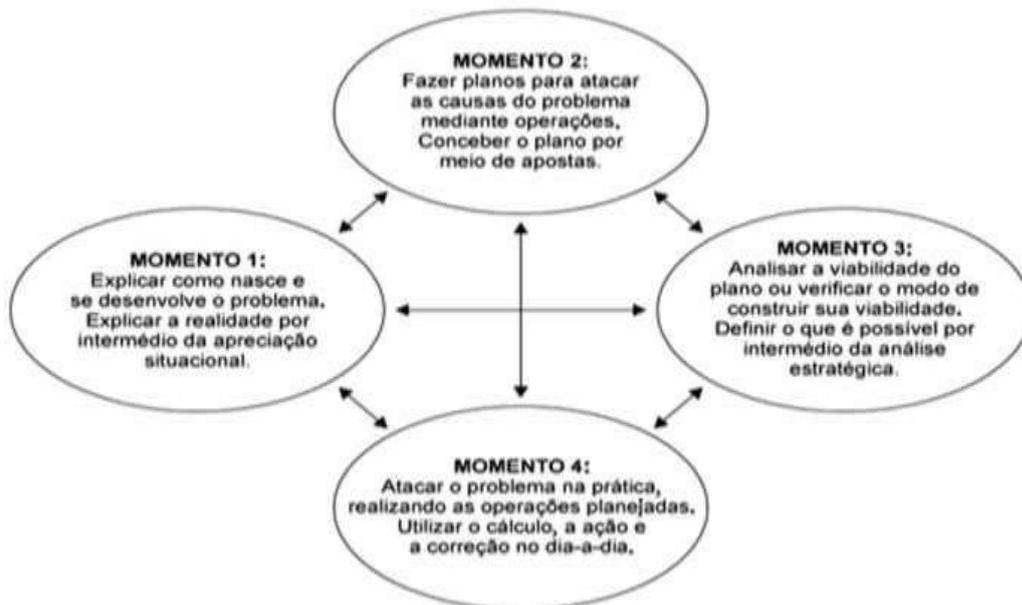
problemas são sempre abordados em suas múltiplas dimensões (política, econômica, social, cultural, etc. e em sua multissetorialidade) (ARTMANN, 2000).

É válido destacar também que é um instrumento de gestão voltado para a resolução de problemas, no qual os atores sociais participam efetivamente do processo (MELLEIRO, TRONCHIN, CIAMPONE, 2005). Além disso, é utilizado na enfermagem devido à sua função do planejamento configurando-se em uma das atividades privativas dos enfermeiros, devido à divisão sociotécnica do trabalho.

Nesse contexto, acredita-se que existe a necessidade de refletirmos sobre como é executado o planejamento das enfermeiras na sua gestão do cuidado. Para que possamos aprimorar tanto o processo como o produto, é que optamos por relatar, neste estudo, a utilização do referencial do Planejamento Estratégico Situacional (PES) no ensino do gerenciamento em enfermagem.

O PES é desenvolvido através de quatro momentos: o primeiro é o explicativo, o segundo o normativo, o terceiro o estratégico e o quarto é tático-operacional, do qual será exposto na figura abaixo (Figura 1).

Figura 1. Planejamento estratégico situacional e os seus momentos



Fonte: MATUS, 1996.

De acordo com o que já foi mencionado acima, os momentos do PES possuem características distintas e dependem muito da situação que esteja envolvida, por exemplo: o Momento Explicativo explica e definem as situações; o Momento Normativo o agente responsável toma decisões que definirão as alternativas de

soluções; o Momento Estratégico onde o objetivos e metas são analisados quanto à viabilidade, considerando as estratégias em função dos agentes frente ao comportamento e capacidade; o Momento Tático-Operacional compreende na implantação e execução do plano propriamente dito (MATUS, 1996).

Portanto, quando fazemos a análise da sua aplicabilidade, fica evidente que as enfermeiras conseguem desenvolver isso em sua prática, pois a partir de um problema encontrado no seu processo de trabalho, a mesmo vai produzir metas que viabilizem o cuidadoprestado, além do que fornecer mais qualidade para os pacientes.

Contudo, observa-se que cada momento é distinto, mas os mesmos se comunicam a fim de obter um objetivo em comum. Então, esses quatros momentos possuem aspectos do qual vamos ressaltar adiante.

O momento explicativo é o primeiro momento do PES do qual tende a explicar uma realidade ou situação-problema. Os problemas podem ser de vários tipos: Problemas bem estruturados ou problemas quase estruturados: os primeiros são problemas cujos fatores são conhecidos e aceitos por todos. Os problemas sociais e, particularmente, os problemas de saúde, são do segundo tipo; Problemas atuais ou problemas potenciais: os primeiros são manifestaçõesno presente, enquanto os segundos são tendências ou possibilidades, cujos resultados se manifestarão no futuro; Problemas terminais ou problemas intermediários: os primeiros se manifestam diretamente para a população como uma insatisfação, necessidade ou demanda; os segundos surgem no interior das instituições e dizem respeito à organização, e/ou aos processos internos às mesmas (SÁ; PEPE, 2000).

Esse momento é realizado pelo gestor e a equipe, identificando problemas, priorizando as suas dimensões, como por exemplo, na passagem do plantão, falta de fluxos, protocolos, recursos materiais, normas e rotinas.

O segundo é o normativo – um ator pode desenhar e escolher seus planos, mas não pode escolher as circunstâncias, ou o contexto, em que estes planos serão realizados, ou seja, o gestor e a equipe definem objetivos e metas, além de priorizar os pacientes, insumos, rede e avaliaçãodos outros profissionais.

O terceiro é o estratégico que consiste em buscar uma maneira de construir a viabilidade de um plano. Há quatro tipos de estratégias, que se combinam, ou apresentam variações, na prática: 1) Estratégia de autoridade/imposição (ordens, diretivas, possíveis a partir de uma determinada posição de poder que um ator ocupe, subordinando outros). 2) Estratégia de cooperação (persuasão, sedução, negociação

cooperativa). 3) Estratégia de confrontação (oposição, negociação conflitiva, arbitragem). 4) Estratégia de enfrentamento violento (guerrilha, guerra ou dissuasão armada, etc.) (SÁ; PEPE, 2000).

Com o que já foi exposto, o gestor e a equipe pensam projetos de ação, estratégias para superar as dificuldades e evidenciar/fortalecer as facilidades, além de sistematizar da assistência, o processo de enfermagem, prescrever os cuidados, relatórios, ver com a equipe possibilidades, protocolos, algoritmo, normas, escalas de cuidado, rotinas, manuais.

O quarto é o tático operacional é o principal problema no momento de execução de um plano, pois causa a defasagem entre a velocidade com que ocorrem as mudanças na situação real e a velocidade com que um ator pode alterar ou corrigir seu plano. A solução, ou a minimização, deste problema depende da capacidade de cálculo do ator, da existência de informação oportuna para subsidiar a tomada de decisão e da possibilidade de previsão da mudança situacional (SÁ; PEPE, 2000).

Através desse momento, o gestor e a equipe colocam em prática no cotidiano, no qual monitora e avalia o que foi executado, além de cuidar dos pacientes, organizar a escala diária, organizar unidade, e realizar reunião com os técnicos.

Para concluir, cabe ressaltar que a aplicação do PES não é estanque em uma organização, não se pode restringir a uma mera aplicação de técnicas e passos da metodologia, mas pressupõe uma transformação progressiva na cultura, nas mentalidades e na forma de funcionamento da organização. Somente em organizações de alta responsabilidade pode haver demanda de planejamento.

2.2 O CUIDADO DE ENFERMAGEM A PACIENTES COM COVID-19

O mundo está sendo afetado por uma pandemia, chamada do novo coronavírus (SARS-COV-2), doença conhecida popularmente como COVID-19, que apresenta um espectro clínico variando de infecções assintomáticas a quadros graves. Esta doença é potencialmente fatal e representa o mais importante problema mundial de saúde pública dos últimos 100 anos, comparado apenas com a gripe espanhola que matou cerca de 25 milhões de pessoas entre 1918 e 1920 (MEDEIROS, 2020).

Desde o final de dezembro de 2019, a COVID-19 foi relatada em Wuhan, China, e, posteriormente, afetou países em todo o mundo. Em geral, a COVID-19 é uma doença respiratória aguda, com taxa de mortalidade de 2%, que gera danos

alveolares maciços e insuficiência respiratória progressiva (XU *et al.*, 2020; WU *et al.*, 2020; ZHANG *et al.*, 2020). O primeiro caso confirmado em território nacional e na América Latina foi em 25 de fevereiro de 2020 (RODRIGUEZ-MORALES *et al.*; 2020). Até o dia 12 de agosto de 2022, o Brasil já tinha 34.001.000 de casos confirmados da COVID-19 e 681.000 óbitos, conformedados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2022). No Mundo, já são 590.000.000 de pessoas infectadas e 6.043.000 óbitos (BRASIL, 2022).

Ademais, mesmo diante da pandemia da COVID-19, pode perceber que um dos continentes com menor Produto Interno Bruto (PIB) está com a taxa de incidência inferior a outros continentes com PIB mais elevado (BRASIL, 2020). Então, a doença não está diretamente ligada à renda e sim as condições de prevenção e controle.

Segundo o Centro de Relações Internacionais em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (Cris-Fiocruz) Augusto Paulo Silva, afirma que os índices baixos na África estão relacionados a diversos fatores, como por exemplo: a capacidade de respostas a pandemias, pois devido às pandemias existentes no continente, eles já possuem planos de emergências. Além do que, suspeitam que outras doenças, podem ter gerado resistência ao organismo dos indivíduos, evitando a contaminação pela COVID-19 (BRASIL, 2020).

Outras hipóteses para isso se diz respeito à população ser mais jovem do que a média mundial e a COVID-19 tem demonstrado uma incidência maior entre pessoas mais velhas. E a última explicação é que muitos países não têm aquela intensidade de comunicação e contato com o exterior. Se for ver o número de casos nesses países, são mais elevados nos que têm maior índice de desenvolvimento, como a África do Sul, o Egito, a Argélia. O que significa que o nível de desenvolvimento permite o contato com o exterior e o contágio é feito por meio dessas ligações (BRASIL, 2020).

Partindo do pressuposto de contaminação, Bitencourt *et al.* (2020) afirmam que a transmissão ocorre de pessoa para pessoa, por meio da autoinoculação nas mucosas ou de vírus presentes em fômites, como por exemplos: objetos inanimados contaminados (BITENCOURT *et al.*, 2020). Porém é válido ressaltar que não se deve limitar a fonte de infecção; patogênese e virulência do vírus; transmissibilidade; fatores de risco; efetividade das medidas de prevenção; vigilância; diagnóstico; manejo clínico; e complicações e sequelas, pois existem inúmeras lacunas na área científica (BRASIL, 2020).

Na maioria dos casos, até o momento, desenvolvem sintomas leves (febre, tosse,

dispneia, mialgia ou artralgia, odinofagia, fadiga, diarreia e dor de cabeça), mas a menor parcela desenvolvem sintomas moderados a grave, como por exemplo: pneumonias, insuficiência respiratória, síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA), sepse e choque séptico, tromboembolismo e distúrbios de coagulação e/ou insuficiência de múltiplos órgãos, incluindo insuficiência renal aguda, insuficiência hepática entre outros (BRASIL, 2020).

Diante dos sintomas e complicações durante o curso da doença da COVID-19, as Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) estão destinadas aos cuidados dos indivíduos graves ou de risco que necessitam de cuidados ininterruptos e especializados, equipamentos específicos e com acesso a tecnologias para diagnósticos terapêuticos (PERÃO *et al.*, 2017).

Num cenário de insuficiência e distribuição de leitos de UTI para enfrentamento COVID-19 e insuficiência no volume de recursos financeiros despendidos, diversos modelos foram construídos desde o início da pandemia para estimar a necessidade estrutural para o atendimento hospitalar. Muitos deles centraram suas previsões no número de leitos de enfermagem e de UTI para atender os indivíduos mais graves (CAMPOS, CANABRAVA, 2020). O grande número de hospitais com baixo número de leitos no Brasil tem sido um problema recorrente, tanto para a sociedade, quanto para a gestão. Se para muitos brasileiros esses serviços podem ser a única oportunidade de acesso, mesmo sem necessariamente garantir padrões mínimos de qualidade e efetividade, para a gestão colocam-se os desafios da manutenção da força de trabalho (CAMPOS, CANABRAVA, 2020).

As enfermeiras estão na linha de frente prestando os cuidados para a sobrevivência dos pacientes, porém antes mesmo da pandemia, o seu trabalho é subjugado, no qual passa por más condições de trabalho, sobrecarga, ritmo intenso, jornadas extensas, desgaste físico e psíquico, estresse ocupacional, conflitos interpessoais, baixa remuneração e a desvalorização profissional. Na vigência da pandemia, estas condições foram potencializadas e somadas a diversos outros novos fatores que exigem atenção das categorias de enfermagem sobre o exercício de suas profissões em tempos atuais, para análises prospectivas do trabalho em saúde que exercem e proteção de garantias das suas condições de trabalho e da segurança do paciente.

Após os cuidados e sua recuperação no ambiente hospitalar, os indivíduos necessitam de cuidados, pois podem ficar com graves sequelas, como: fibrose

pulmonar, lesões miocárdicas significativas, sequelas neuropsiquiátricas causando declínio cognitivo de longo prazo, como deficiências de memória, atenção, velocidade de processamento e funcionamento, juntamente com perda neuronal difusa. Portanto, será necessária uma avaliação em longo prazo das características e sinais da esclerose múltipla em pacientes com COVID-19 recuperados (BRASIL, 2020).

Além disso, pode ter complicações agudas, como, a formação de coágulos sanguíneos nos pulmões, já que estes trombos podem desempenhar um papel direto e significativo nas anormalidades das trocas gasosas e na disfunção de órgãos multissistêmicos. No cérebro e sistema nervoso central (SNC), as sequelas neurológicas podem ser devastadoras, especialmente em decorrência de infecções virais respiratórias. Com relação ao coração e sistema vascular, as complicações mais relatadas são lesão cardíaca aguda, insuficiência cardíaca, miocardite, inflamação vascular e arritmias cardíacas (SANTOS, et al. 2020).

Nesse cenário em que a história natural da doença está em constante evolução, é ainda impossível determinar todas as complicações crônicas que os sobreviventes da COVID-19 enfrentarão. Assim, não se pode descartar que tais complicações estarão relacionadas àquelas agudas relatadas anteriormente, tais como insuficiência renal, AVC, insuficiência hepática, entre outras (DANTAS, 2021).

Também foram observados vários tipos de manifestações clínicas neuropsiquiátricas, como encefalopatia aguda, alterações de humor, psicose, disfunção neuromuscular ou processos desmielinizantes, que podem acompanhar uma infecção viral aguda ou podem ocorrer após uma infecção em pacientes recuperados em semanas, meses ou potencialmente mais tempo (BRASIL, 2020).

Todavia, toda a equipe de saúde e de enfermagem precisa estar qualificada para cada sinal/sintoma que o indivíduo expressa, pois, com isso, a autoestima, a autoconfiança e o autorrespeito dos mesmos estarão intensificados. Emerge a necessidade de adotar novas estratégias para melhoria da comunicação da equipe. Essas estratégias representam um desafio que requer mudanças na cultura de segurança e nas instituições de saúde. É através da comunicação que se detecta precocemente as necessidades, ansios e conflitos do indivíduo e de seu familiar, desmistificando o próprio ambiente em que estão inseridos (PERÃO *et al.*, 2017).

Os cuidados da enfermagem são necessários para preservar a segurança da equipe, dos usuários e de todo o ambiente que os cerca. As enfermeiras que gerenciam o cuidado aos indivíduos com COVID-19, precisam de todo apoio institucional com equipamento

de proteção individual, atualizações diárias, pois é um tema novo e o conhecimento ainda é muito incipiente. Então, se faz necessário preservar a integridade física e emocional dos profissionais, bem como minimizar os sentimentos de insegurança na equipe já que os mesmos precisaram ser resilientes para se adequar ao cenário atual.

A adaptação dos profissionais assistenciais frente às drásticas mudanças em seu âmbito de trabalho pode ser vista como um dos principais desafios apresentados frente a esta pandemia. Ações como, atendimento ao indivíduo suspeito ou confirmado, carga horária de trabalho, paramentação, uso correto dos EPI e aumento da complexidade ao cuidado direto, vêm se mostrando como grandes preocupações (RODRIGUES, SILVA, 2020).

Como forma de instruir estas equipes são realizadas qualificações sobre diversos assuntos, tais como o uso de EPI, intubação, transporte adequado e higiene das mãos. Estas são realizadas por enfermeiras e a adesão da equipe a estas orientações cresce a cada dia, oportunizando colaboradores orientados quanto o cuidado adequado, garantindo também a segurança profissional (RODRIGUES, SILVA, 2020).

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, que segundo Minayo (2014), corresponde a um universo particular, no qual tem por finalidade aprofundar-se de questões que envolvem motivos, aspirações, crenças, significados e atitudes que fundamentam a construção de novos saberes e perspectivas em torno de conceitos e categorias.

Assim, a pesquisa qualitativa propõe entender o comportamento das participantes da pesquisa, suas opiniões, conhecimentos, atitudes e crenças sobre o tema. Ela busca desta forma compreender os significados que as pessoas atribuem as suas experiências do mundo e a sociedade que estão inseridas. De acordo com os autores, Hossne e Vieira (2015), as pesquisadoras desse tipo de pesquisa fazem entrevistas, organizam grupos de discussões e avaliam discursos e documentos.

A escolha do método qualitativo justificou-se por ser objeto de produto de vivência e relações sociais. Além disso, não se tem conhecimento teórico e conceitual suficiente a respeito da temática e segundo Serapioni (2000), esse método tende a facilitar novas descobertas de dimensões não conhecidas do problema e permitem também formular e comprovar novos pressupostos.

Contudo, vale ressaltar que existem fatores que podem limitar a utilização do método qualitativo, pois requer tempo e interação com os sujeitos, o que torna o trabalho de análise de dados exaustivos, no qual necessita de aprofundamento e detalhamento desde o estudo da arte até a coleta e análise dos dados com a configuração final das categorias (VIEIRA, 2013).

Estas limitações da pesquisa qualitativa não trouxeram impactos para o estudo, visto que apesar da continuidade da análise, ele se adequou aos estudos sociais através dos seus universos e significados segmentados.

3.2 CAMPO EMPÍRICO

Esta pesquisa foi realizada em um Hospital Universitário Federal (HUF). Este hospital foi construído em 1948, é uma unidade hospitalar e ambulatorial de ensino,

pública, de grande porte, referência em média e alta complexidade no Estado e integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), órgão estruturante da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e filiado à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) (EBSERH, 2018).

Após a sua criação, este hospital se destacou por ações pioneiras no estado, como a inauguração da primeira lavanderia e cozinha industrial num hospital, a realização da primeira hemodiálise do Norte e Nordeste do Brasil e a inauguração da primeira Unidade de Terapia Intensiva (UTI) da Bahia, tornando-se também uma referência de vanguarda em pesquisas e tratamento de doenças tropicais, leishmaniose, doença de Chagas, hepatites virais, entre outras (EBSERH, 2020).

Diante dos avanços mencionados e após o diagnóstico situacional, a comissão técnica propôs a reestruturação baseada nos seguintes princípios gerais: assistência centrada no paciente; ensino centrado no aluno; pesquisa integrada ao ensino e à assistência; serviços integrados; gestão profissionalizada (EBSERH, 2020). Com isso, é importante ressaltar que hoje, possuem 1.246 profissionais da enfermagem, sendo constituído por 308 enfermeiras, 719 técnicas de enfermagem e 219 auxiliares de enfermagem. Já com relação ao setor da UTI I, que foi o ambiente de estudo, apresenta 21 enfermeiras e 34 técnicas de enfermagem.

O setor da Unidade de Terapia Intensiva escolhido foi a UTI I, também conhecida com unidade de referência a COVID-19, unidade II, a geral e unidade III, a pediátrica. A UTI I possui 10 leitos com a taxa de ocupação do último trimestre de 2020 acima de 70%. Assim sendo, a ocupação em setembro foi de 90,3%, outubro 91,7% e novembro 79% de leitos ocupados, pois nesse período houve um pico de internamento devido às complicações e as sequelas do COVID-19.

Com tudo que foi exposto, a escolha do campo justificou-se pelo fato da UTI ser a unidade hospitalar que possui maior necessidade de cuidados intensivos pelos pacientes com COVID-19 e por ser o primeiro hospital da Bahia a ter uma Unidade de Terapia Intensiva.

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

As participantes da pesquisa foram enfermeiras que atuam na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do HUF do estudo.

Foram utilizados os critérios de inclusão e exclusão para as participantes do

estudo, sendo os critérios de inclusão definidos como as características-chave da população-alvo e os critérios de exclusão são formados por características dos indivíduos elegíveis (PATINO; FERREIRA, 2018).

Portanto, os critérios de inclusão adotados, foram: ser enfermeira, ser atuante na Unidade de Terapia Intensiva do HUF do estudo e ter participado do cuidado aos pacientes com COVID-19, por no mínimo 3 meses. Os critérios de exclusão foram: enfermeiras que estivessem de licença médica, licença maternidade, afastamento ou de férias.

Definido as participantes do estudo, foi delimitada a saturação dos dados que é uma técnica de combinação dos seguintes critérios: os limites empíricos dos dados com a integração destes com a teoria e a sensibilidade teórica de quem analisa os dados (FALQUETO; HOLFMANN; FARIAS, 2018). Como pode ser visto, no quadro abaixo:

Quadro 1: Critérios utilizados para definir a saturação dos dados

PASSO A PASSO	CARACTERÍSTICAS
Definir categorias de análise	Selecionar os termos que melhor representam o objetivo do estudo
Definir o roteiro de pesquisa	Definir as perguntas do roteiro, evitando formulação dúbia dos quesitos e o alto grau de variabilidade de diferenciação nas respostas.
Definir critérios para a organização da amostra	Definir critérios de ordem para os participantes do estudo. Sugere-se que os participantes da pesquisa sejam organizados, a fim de que garantam as mesmas possibilidades de participação.
Levantar elementos novos <i>versus</i> elementos confirmados em cada coleta	Levantar os elementos que são relevantes para o objeto de estudo e classificá-los conforme suas características.
Registrar em uma tabela o que foi encontrado em cada coleta	Construir uma tabela que permita a visualização dos elementos analíticos que foram levantados nas entrevistas.
Confirmar a saturação em cada categoria	Analisar o ponto de saturação, verificar nas últimas entrevistas se realmente não houve novas informações e marcar onde o ponto de saturação em cada entrevista.

Fonte: FALQUETO; HOLFMANN; FARIAS, 2018.

A coleta de dados foi finalizada com o total de 16 (dezesesseis) enfermeiras, sendo identificadas 13 (treze) do sexo feminino e 03 (três) do sexo masculino. Essa predominância com relação ao gênero feminino converge com a literatura, no qual segundo o estudo de Sales *et al.* (2018), a história da enfermagem é marcada pelo

cuidado, principalmente por pessoas do sexo feminino, e com isso gerou estereótipos e preconceitos, o que teve influência no processo de inserção do homem na enfermagem.

3.4 LEVANTAMENTO E ORGANIZAÇÃO DOS DADOS

O levantamento de análise dos dados foi realizado em apenas uma etapa: entrevista semiestruturada.

3.4.1 Organização da entrevista

Para organização dos dados, foi utilizada uma entrevista semiestruturada, sendo validada em seu primeiro momento através de um teste piloto com algumas enfermeiras selecionadas de forma aleatória e de outra unidade de cuidado, a fim de que respondessem às perguntas e relatassem se está de fácil o entendimento para dar continuidade ao projeto.

Após a validação, seguiu para a entrevista propriamente dita. As entrevistas foram pré-agendadas com cada participante sendo realizadas de forma individual e fornecidos esclarecimentos e informações sobre a pesquisa quanto aos objetivos, deixando explícita a garantia do sigilo, a minimização de riscos físicos e a inexistência de ônus para as participantes. Para evitar constrangimento, coação ou pressão, foi estabelecido um tempo para leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), a tomada de decisões quanto à sua participação, ou não, na pesquisa que foi proposta.

Destaca-se que, devido ao período pandêmico, as entrevistas foram realizadas de forma semipresencial, sendo algumas de forma remota pelo aplicativo *Google meet*, o qual é um instrumento de tele chamada que permite gravar toda a comunicação e outras entrevistas foram realizadas de forma presencial de acordo com o pico da COVID-19 no Brasil, respeitando as regras sanitárias com utilização de máscaras e distanciamento social.

Ao concordarem em participar no modo presencial, foram assinados os TCLEs em duas vias, ficando uma em posse das participantes e outra da pesquisadora, sendo assinadas duas cópias por ambas. Porém, no modo remoto o TCLE foi digital na plataforma *Google forms*, no qual informaram concordância e os seus dados, além disso, era afirmada a sua livre e espontânea vontade em participar nas gravações remotas.

Após a finalização das entrevistas, foi avaliada a sua saturação segundo Falqueto,

A figura 2 mostra que as palavras mais citadas pelas entrevistadas são as de fonte maior, provocando destaque sobre elas, então, os termos que tiveram mais ênfase, foram: paciente, cuidado, covid, pandemia e equipe e diante disso foram geradas as categorias referentes aos dados obtidos. Com essas palavras, percebe-se que as respostas estavam voltadas para o “fazer” e no ambiente interno da organização.

Diante disso, as categorias se voltam para os momentos do PES demonstrando a fragilidade no aspecto do ser enfermeira, limitando-se aos cuidados aos pacientes com COVID-19, sem a utilização dos aspectos gerenciais que embasam o seu cuidado e teorias que fortalecem a sua função.

3.5 ROTEIRO DA ENTREVISTA

A entrevista semiestruturada foi escolhida para a construção do objeto, da questão de pesquisa e do objetivo, a fim de obter informações nas respostas dos entrevistados. Segundo Castilho, Borges e Pereira (2014), a entrevista semiestruturada é elaborada pela pesquisadora através de questões abertas e fechadas, o qual terá questões de múltipla escolha e questões livres, fornecendo maior liberdade para as participantes.

O instrumento de coleta de dados das entrevistas foi composto por três partes (APÊNDICE A). A primeira parte foi destinada à coleta de informações a respeito da entrevista, como: data e número da entrevista.

A segunda parte foi composta da caracterização sociodemográfica das participantes, sendo: Iniciais do nome; sexo, se feminino ou masculino; idade em anos; nível de formação, se graduação, especialização, mestrado e doutorado; tempo de atuação na enfermagem em anos; tempo de trabalho na unidade em anos e meses (se houver); tempo de trabalho na instituição em anos e meses (se houver).

A terceira parte foi composta por questões centrais que não delimitam ou restringem as respostas, para que possamos assim entender sobre a gestão do cuidado em enfermagem a pacientes com covid-19 em hospitais universitários. Logo abaixo, estão descritas as perguntas:

1. Fale sobre sua experiência durante o enfrentamento da pandemia, como é um dia típico seu como enfermeira (o) assistencial na prestação de cuidado às pessoas com COVID-19? Observação: a partir da resposta, questionar de forma complementar sobre as: 1) dificuldades no ambiente de trabalho; 2) relação com colegas, subordinados e

chefia; 3) suporte organizacional (materiais, pessoal, logística, processos, educação permanente);

- 2. Qual é o seu entendimento sobre gestão do cuidado na prática do enfermeiro? Como você organiza o cuidado dos seus pacientes? Observação: talvez seja necessário traduzir com mais clareza o que seria gestão do cuidado, desta forma você poderia falar: como você enxerga a sua articulação com a equipe de enfermagem e de saúde, assim como, com todos os demais setores que são fundamentais para que haja garantia do cuidado ofertado por enfermeiros?;

- 3. Quais as tecnologias de cuidado/instrumentos/ferramentas e demais estratégias (escalas, processo de enfermagem, dispositivos) foram utilizadas no seu contexto assistencial? Comente sobre os aspectos positivos e negativos. Observação: Se necessário, esclarecer: tecnologias leve, leve-dura e duras, como por exemplo, escalas, processo de enfermagem, dispositivos. Para incentivar a resposta e buscar detalhamento, podem ser questões complementares como: “Comente sobre inovações ou novas estratégias desenvolvidas na sua instituição para ajudá-lo no cuidado aos pacientes com COVID 19?;

- 4. Em relação à gestão do cuidado, quais estratégias você considera que poderiam ser desenvolvidas no seu trabalho para o enfrentamento da COVID-19? Por quê?;

- 5. Considerando que o enfermeiro é um líder no gerenciamento do cuidado, o que você acredita que poderia auxiliar e fortalecer esta liderança no contexto da pandemia? O que você entende por liderança da enfermeira (o)? Observação: explorar detalhamento sobre as características e repercussões positivas ou negativas relatadas pela (o) entrevistada (o).

- 6. Em sua opinião, quais aspectos/estratégias de liderança do enfermeiro foram mais importantes para garantir a segurança do paciente e qualidade da assistência na pandemia?

- 7. Em relação à organização do cuidado realizada por você e pela equipe, o que poderia ser melhorado no seu trabalho no enfrentamento desta pandemia? Por que você acredita que essas estratégias seriam boas?

- 8. Foi através destes questionamentos que procurei entender como está sendo o trabalho do enfermeiro na linha de frente durante esta pandemia, você teria mais alguma informação adicional que me ajudaria nessa compreensão?

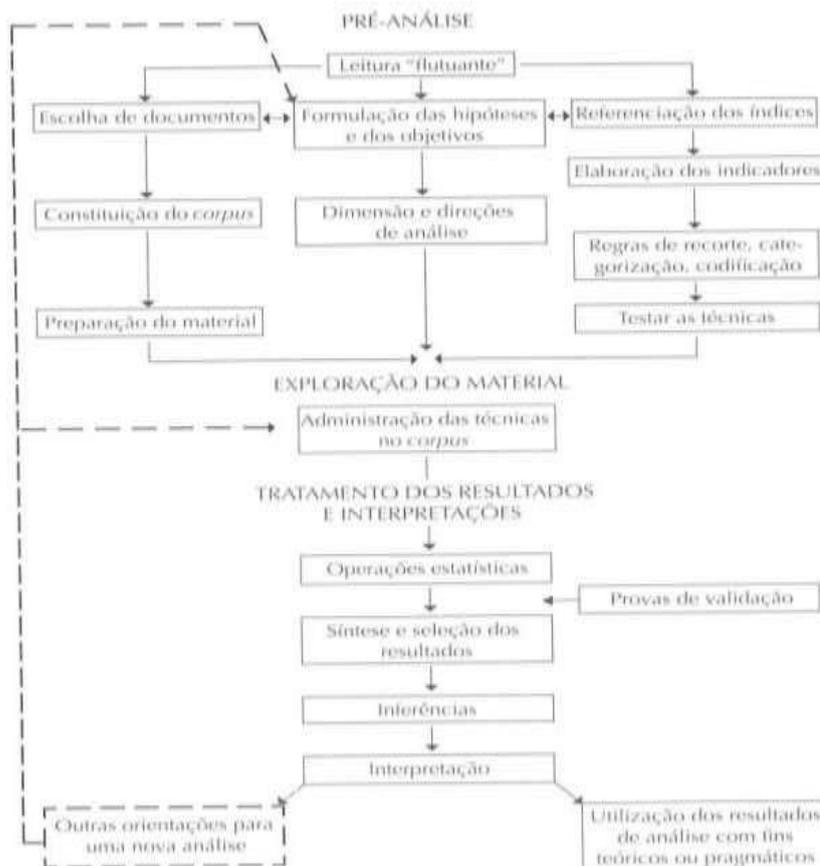
Por fim, é importante ressaltar que as perguntas estão distribuídas do número 01 (um) ao número 08 (oito), mas foi necessário explicar e estimular as respostas

direcionadas a cada temática, devido à dificuldade de entendimento das enfermeiras com relação a gestão do cuidado desde a aplicação do teste piloto.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

A análise de dados foi feita com base no método de análise de conteúdo de Bardin (2016), na técnica de Análise Temática (AT), que consiste em identificar, analisar, interpretar e relatar padrões a partir de dados qualitativos. A AT proporciona uma organização rica em detalhes, o que gera uma interpretação sobre os dados estudados (SOUZA, 2019). Conforme apresentada na Figura 3.

Figura 3: Etapas da análise de conteúdo de Bardin.



Fonte: BARDIN, 2016.

A fase da pré-análise é fase da organização propriamente dita. Envolve entrevistas gravadas e posteriormente transcritas, além de artigos científicos, no qual necessita de uma leitura inicial para adquirir conhecimentos sobre o assunto (BARDIN, 2016).

A exploração do material será a aplicação das medidas tomadas, em que as

entrevistas serão organizadas por blocos e categorias. E a última fase será o tratamento dos resultados – a inferência e a interpretação, na qual faremos a interpretação dos dados à luz da teoria (BARDIN,2016).

Diante disso, foi iniciada a coleta da entrevista semiestruturada, as quais foram transcritas e organizadas em arquivos do *Word*, sendo separadas por entrevistas, nas quais foram inseridas perguntas e respostas abertas e no documento do Excel foi organizado um quadro com todos os dados sociodemográficos junto com os dados das entrevistas. Após isso, foram realizadas algumas leituras na íntegra, no qual se obteve um entendimento mais apurado para assim, colocá-lo no *software* de pesquisa n-vivo 11.

Nessa etapa do *software*, foi realizada uma síntese através de nós, que são recipientes que reúne materiais com ideias emergentes, sendo relacionadas com as pré-categorias já categorizadas de acordo com os momentos do Planejamento Estratégico Situacional. Posteriormente, os resultados foram se afinando e confirmando as categorias, o que depois foi gerada a nuvem de palavras, reafirmando o que já foi dito. Nesse momento, foram exportadas as categorizações para iniciar as interpretações e realizar as discussões com aspectos mais atuais da ciência.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa faz parte do projeto multicêntrico intitulado como: Avaliação do cuidado de enfermagem a pacientes com COVID-19 em hospitais universitários brasileiros. Foi aprovado na chamada MCTIC/CNPq/FNDCT/MS/SCTIE/Decit nº 07/2020 – Pesquisas para enfrentamento da COVID-19, suas consequências e outras síndromes respiratórias agudas graves (Processo nº: 402392/2020-5), coordenado pela Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann, docente da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Após a aprovação e financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), este projeto guarda-chuva foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Bahia (UFBA) para apreciação e aprovação e seguirão como referência os aspectos éticos relacionados à pesquisa com seres humanos pela resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde e a Resolução 580/2018 (BRASIL, 2012; 2018).

A presente Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades,

referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e dentre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado.

A coleta de dados da pesquisa só teve início após o projeto de pesquisa ser aprovado pelo Comitê de Ética (CEP) pela UFBA. Antes da realização da entrevista propriamente dita, a aproximação com o campo empírico se deu inicialmente com a realização de visita ao lócus da pesquisa a fim de apresentar o projeto e solicitar a anuência da instituição.

Ao ser aceito, a autora se deslocou até o lócus com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) fornecido em papel timbrado pela UFBA em duas vias, na qual uma ficou com a participante e a outra com a autora do estudo. A entrevista foi gravada e realizada de forma individual com os horários estabelecidos entre as participantes. Além disso, foi informado o objetivo da pesquisa e que ia ocorrer de maneira voluntária. Foi também assegurado às participantes o direito de recusar ou suspender a sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem que haja prejuízo para si.

Vale ressaltar que algumas entrevistas foram realizadas de forma remota pelo aplicativo *Google meet*, as quais foram gravadas com a permissão das entrevistadas e o TCLE foi assinado virtualmente através da plataforma *Google forms*, além de ser explorada nas entrevistas o seu aceite.

A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) fez um comunicado no dia 09 de maio de 2020 com relação às orientações para condução de pesquisas e atividade dos CEP durante a pandemia da COVID-19, no qual adota as medidas de prevenção a fim de garantir as ações primordiais à saúde; minimizar os prejuízos que possam ser causados pelos riscos em potenciais e garantir a promoção do cuidado e preservação da integridade ofertada pela equipe operacionalizadora da pesquisa (CONEP, 2020).

Não foram previstos riscos de natureza física aos participantes do estudo. Porém, existia a possibilidade de mobilização emocional relacionada à reflexão sobre prática profissional e/ou enfrentamento do processo de cuidar relacionado aos pacientes com a COVID-19. A autora, ao compreender esse potencial de risco, iria interromper a coleta de dados para ouvir os anseios dos participantes e retomar a coleta de dados em outro momento, se o participante desejasse, do qual não foi necessário.

Com relação aos benefícios do estudo, esta pesquisa pode contribuir com o desenvolvimento de novos conhecimentos para melhoria do cuidado em saúde e

enfermagem no enfrentamento da COVID-19. Além disso, o mapeamento da prática de cuidado de enfermagem a pacientes com COVID-19, poderá dar visibilidade aos desafios e às boas práticas de cuidado que têm sido desenvolvidas. Pretende-se também fornecer subsídios para as enfermeiras a partir do diagnóstico situacional do cuidado de enfermagem.

A pesquisa foi gravada e transcrita mantendo o sigilo das participantes com pseudônimos de acordo com as Resoluções do Conselho Nacional de Saúde 466/2012, 510/2016 e 580/2018. Esta pesquisa só será utilizada para fins científicos e os dados serão guardados por cinco anos. Para garantir a privacidade das participantes, os pseudônimos foram escolhidos de maneira aleatória, sendo alterado o número de identificação, que não significa a ordem na qual foram entrevistadas, pois foi realizado um sorteio com papéis.

Vale ressaltar que foram respeitadas as medidas de distanciamento social e todas as recomendações da Organização Mundial de Saúde sobre a prevenção da COVID-19, como: utilização de máscaras protetoras por todos os envolvidos, higienização das mãos em vários momentos e utilização de álcool em gel nas entrevistas presenciais.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Neste capítulo, abordaremos as quatro categorias desenvolvidas neste estudo, sendo: (1) A representação do momento explicativo na gestão de enfermeiras frente à pandemia por COVID-19, (2) A representação do momento normativo na gestão de enfermeiras frente à pandemia por COVID-19; (3) A representação do momento estratégico na gestão de enfermeiras frente à pandemia por COVID-19; (4) A representação do momento tático operacional na gestão de enfermeiras frente à pandemia por COVID-19.

4.1 CATEGORIA: A REPRESENTAÇÃO DO MOMENTO EXPLICATIVO NA GESTÃO DE ENFERMEIRAS FRENTE À PANDEMIA POR COVID-19

A partir dos enunciados discursivos, da categorização das falas e compreendendo o momento explicativo como etapa da identificação dos problemas para intervenção. Obtivemos os seguintes achados:

Quadro 2: Limitações e fragilidades nas definições dos problemas

Enunciado	Subcategoria
Material de EPI pra proteção foi de uso absurdamente intenso , tinha horas que faltava assim de repente e aí aquele corre, corre, vai não vai, pegar emprestado dali, pega emprestado daqui [...] (Ent.1).	Limitações e fragilidades nas definições dos problemas
Capas, luvas, N95 inicialmente, que não foi de boa qualidade, diga-se de passagem, foi ofertada a princípio e depois a gente começou a não ter esses materiais [...] por vezes trabalhamos em uso de capotes laváveis, teve momento de utilizar capas descartáveis em banho e teria que ser capa impermeável (Ent. 3).	
A gente não recebeu material , os materiais devidamente né [...] (Ent. 4).	
A maior dificuldade foi em relação do material , na época, como a gente utiliza o material que ia usar, se é o material ideal, se ia chegar a tempo , as máscaras porque a gente via que as máscaras não eram adequadas (Ent. 5).	
Houve um racionamento de máscara N95 estava faltando no mundo todo, e aqui foi bem específico porque realmente a máscara ficou bem restrita, então a gente tinha que usar uma máscara mais do que recomendado [...] então a gente ficava mais de quinze dias com a máscara, então muitos profissionais teve que comprar, com recursos próprios pra poder proteger (Ent. 6).	
O que a gente passou foi a questão de falta de material , instrumentos mesmos básicos para trabalhar que a gente não tinha, muita das coisas, a gente teve que comprar máscaras assim peças caras (Ent.7).	

<p>Às vezes o hospital, também não ofertava EPI necessário, né? Pra ter uma segurança do funcionário no hospital, faltou material, né? Faltou avental, faltou luva, coisas primordiais às vezes fora de pandemia, imagine na pandemia (Ent.8).</p>	
<p>Eu acho que era a garantia dos materiais. Isso aí foi algo que eu acredito que prejudicava o cuidado. Porque você ia fazer um curativo, faltava. Você ia fazer determinados procedimentos e aí faltava EPI... isso aí eu acho que foi o que mais impactou e aí a gente ia dando um jeito, né? (Ent. 9).</p>	
<p>Quantidade de material, não é que não tinha, mas sempre aquela preocupação pra não, não chegar a faltar material, que na verdade a gente sempre tem que ter o cuidado com o material que gasta, assim ne pra não gastar em exagero, de forma... é que me fugiu agora a palavra, mas gastar assim sem ter o cuidado ne? (Ent.10).</p>	
<p>Não foi fácil, não foi fácil foram muitas dificuldades sim foram momentos de muito medo para muitas pessoas porque a gente estava lidando realmente com o que a gente ainda não conhecia então isso tudo acaba que dificulta, né? (Ent.1).</p>	
<p>Depois de ter tido todos esses cuidados de higiene a gente ficava com medo de ter o contato, então foi um choque grande... os filhos ficaram presos em casa... foi um... foi um baque... e ao mesmo tempo eu ficava no meu dia-a-dia me colocando no lugar do outro “poxa, como é que tá aqui preso” não recebe mais visita, né? Paciente fica sem visita, depois de um tempo foi que a gente conseguiu fazer a questão do <i>tablet</i>, mas eles não tinham contato com ninguém. (Ent.3)</p>	
<p>Então, no início foi bem difícil porque a gente não tinha nenhuma experiência com a doença, e a gente tinha muito medo também, né? Não sabia direito ainda como atuar e as coisas foram se ajustando, a gente teve que criar um fluxo na unidade, diminuir o risco de exposição e contaminação (Ent.12).</p>	
<p>Muita gente deixou de fazer a higiene oral no paciente, principalmente ventilado, por que ficava com medo de fazer a higiene oral no paciente de covid, abre a boca que fazer isso com risco de sair o filtro né do tubo de repente gerar aerossol então o paciente ficava com a boca péssima, né? (Ent.14).</p>	
<p>É tanto que eu tava com o emocional tão assim preocupada, com medo e tal que eu comecei a perceber que outros colegas também estavam bem tensos mesmo, e aí a gente começou a fazer antes do plantão, uma roda de conversa rápida, depois a gente começou a fazer momentos de oração (Ent.15).</p>	
<p>Até hoje o primeiro nome que vem na minha cabeça é medo, medo do que podia acontecer com a gente, com a nossa família principalmente, porque a gente estava aqui dando tudo de nós pelos pacientes que estavam chegando, uma doença nova que a gente não conhecia direito (Ent.16).</p>	

Fonte: autoria própria, 2022.

O objeto deste trabalho é analisar a gestão do cuidado e optou-se para os momentos do PES como referencial teórico nessa pesquisa, sendo o momento explicativo (o porquê), o primeiro a ser realizado, pois ocorre a seleção de problemas relevantes frente à realidade, buscando a compreensão destes. Diante disso, percebe-se que as dificuldades encontradas nas entrevistas, levam a um cenário caótico no trabalho, interferindo no processo de intervenção, monitoramento e avaliação (COBAITO, 2019).

Nessa pesquisa, observa-se que o momento explicativo pode estar expresso no

modo como as enfermeiras identificam os problemas, ou seja, cada ator vai analisar os problemas relevantes, dentro de um contexto organizacional no sentido de atender aos objetivos da instituição de saúde. Por isso, a explicação situacional é seletiva. Diante disso, cada indivíduo identifica forças, oportunidades, facilidades e dificuldades, que serão explicados segundo sua visão de mundo, seus valores, seus conhecimentos e experiências (SÁ, PEPÉ, 2000).

No cotidiano dos serviços, as enfermeiras que fazem gestão do cuidado, elas agem muito mais sobre a consequência do que sobre as causas e por agir sobre a consequência e não sobre os problemas, estes se repetem, fazendo assim uma gestão no modo de “apagar incêndios”, exemplos: agir sobre a falta de luvas e não sobre a gestão de recursos materiais.

Ainda sobre a causa e consequência, destaca-se Luiz e Struchiner (2002), o qual define a causa como um conjunto de eventos e condições mínimos que inevitavelmente acarretam na consequência, então para que possamos evitar eventos adversos que causem danos à sociedade, devemos investigar e intervir nas causas dos problemas e não ao contrário como é identificado nesse capítulo.

Partindo para uma análise teórica e as tipologias de problemas, de acordo com Matus (1987), eles podem ser divididos entre: bem estruturados, quase-estruturados ou mal estruturados. Os bem estruturados correspondem às regras já estabelecidas, e suas causas podem ser claramente identificadas, o que possibilita, de forma óbvia, a sua solução. Já os mal estruturados não possuem uma resolubilidade muito clara, pois pode haver várias soluções com graus diferentes de eficácia ou efetividade.

Devido às complexidades dos problemas mencionados, uma opção de enfrentamento e resolução está na gestão social ou o agir comunicativo–dialógico para prover uma solução, que segundo Habermas (2012), a verdade só existe se todos os participantes admitem a sua validade através de discussão crítica e da apreciação intersubjetiva.

Por isso é importante compreender a perspectiva teórica do agir comunicativo proposto por Habermas, que tem reflexo na gestão democrata e participativa com impactos positivos na gestão do cuidado. E para Cecílio e Merhy (2003), a questão dialógica é a principal ferramenta da gestão do cuidado que vai se concretizando nas tecnologias leve, leve-dura e dura.

Durante as entrevistas, foram encontradas todas as classificações de problemas segundo Matus (1987), sendo os bem estruturados: condições precárias de trabalho,

como a falta de materiais, pois temos um arsenal de material técnico que norteia sobre a tomada de decisão para condições adequadas ao processo de trabalho. Já os mal estruturados se referem à fragilidade no conhecimento técnico e científico de questões inerentes ao processo problematizado.

Nesse sentido, a precarização do trabalho, pode ser conceituada como um fenômeno complexo e multideterminado, ou seja, é um sistema político que pode envolver a submissão dos trabalhadores à exploração afetando a todos os profissionais da equipe de enfermagem e de saúde, independente da qualificação, do tipo de trabalho e do vínculo empregatício (SANTOS,2018).

Ainda sobre esse aspecto, a precarização do trabalho das enfermeiras e equipe se caracteriza por dimensões referentes à intensidade do trabalho pela organização do seu processo, suas condições, gestão e intensidade, como por exemplo, a recorrente noticiada falta/insuficiência de equipamentos de proteção individual (EPI) e também de proteção coletiva nas organizações de saúde. Porém, vale ressaltar que essa precarização e a falta de EPIs sempre existiram, mas a intensificação dessa exposição está sendo noticiada agora devido à pandemia.

A precarização da enfermagem era sub abordada, inclusive essas dificuldades que hoje estão sendo mencionadas, sempre existiram, mas por ser um período de pandemia, onde a mídia está sinalizando as condições de trabalho da enfermagem, como: a falta de máscara n-95, luvas, aventais e etc., isso intensificou. Portanto, existe a fragilidade das próprias enfermeiras em entender os problemas e que essa escassez se dá por questões de gestão de previsão e provisão de recursos materiais que já eram necessários antes da pandemia.

Diante disso, constata-se que as situações vivenciadas por enfermeiras assistenciais e gestora estão envolvidas na precariedade da gestão de recursos materiais no contexto hospitalar, sendo que tal achado é demonstrado na literatura e também nos cenários dos serviços e agravado em tempos de crise/pandemias/epidemias.

Contudo, apesar do reconhecimento das condições de trabalho da enfermeira, nota-se que ela apesar de ser “valorizada” na mídia como ator social de enfrentamento a pandemia por COVID-19, vistas, muitas vezes, como heroínas, a normalização/banalização de condições precárias de trabalho são muito comuns nos enunciados discursivos e não reconhecem o problema, gestão de recursos materiais.

Levando em consideração, a gestão de recursos materiais como fator fundamental para a administração da enfermagem, pode defini-lo como a compra e a aquisição de

materiais, que tem seu início na identificação do fornecedor, na compra do bem, em seu recebimento, transporte interno e acondicionamento, em seu transporte durante o processo produtivo, em sua armazenagem como produto acabado e, finalmente, em sua distribuição ao consumidor final (MARTINS; ALT, 2009).

Portanto, a gestão de recursos possui fases como a previsão, provisão, organização e controle, sendo a previsão o levantamento das necessidades da unidade, fazendo um diagnóstico situacional dos materiais necessários, provisão é a reposição destes materiais para as atividades na unidade, organização é a maneira como as enfermeiras vão dispor os materiais para uso e por último o controle que cabe às enfermeiras testar o desempenho e analisar os benefícios da qualidade dos materiais para que possa gerar segurança para os profissionais e garantir melhor assistência para os pacientes (NETO, SILVA, LUIZA, 2010).

Segundo o estudo de Andrade *et al.* (2018), as enfermeiras possuem participação tímida no provimento dos materiais nas unidades o que pode prejudicar a qualidade da sua assistência, já que os mesmos não se reconhecem nesse processo, promovendo um distanciamento em sua atribuição. Além disso, percebe que existe a imposição de limites entre o cuidado e gerência de recursos.

As enfermeiras têm papel importante na gestão de recursos materiais, porém não se identificam com essas atribuições de dimensionamento de recursos, estratégias e diagnósticos situacionais, tornando o seu papel com fragilidade e com isso o uso inadequado de insumos, levando ao desperdício/falta e inadequação dos mesmos e nas entrevistas citadas não foi diferente da literatura.

Percebe-se que as enfermeiras já possuem um trabalho majoritariamente mecanizado, voltado para a área essencialmente assistencial, no qual não se percebe na gestão e devido a isso se colocam na função de encarregada de receber, pouco proativas e com um trabalho monótono, sem ter um olhar amplo para as suas atribuições como gestor da unidade.

No estudo de Gallasch *et al.*, (2020), os enfermeiros que denunciavam a falta de EPIs foram penalizados no serviço por se posicionarem contra a escassez ou precariedade no fornecimento dos recursos necessários ao trabalho/cuidado em saúde. Em um caso, uma enfermeira que denunciou os baixos suprimentos de EPI foi infectada e morreu uma semana antes da sua aposentadoria. Sendo que histórias como essas foram são recorrentes, mundialmente, nos Sistemas de Saúde.

Contudo, os relatos dos entrevistados trazem que muitos deles compravam, com

recursos próprios, EPIs para se proteger da doença, tanto pela falta ou até mesmo pela qualidade dos materiais. Diante disso, face à fragilidade política dessas trabalhadoras e de pensamento crítico, elas por meios próprios providenciam o fornecimento dos recursos necessários para o cuidado a pessoas com COVID-19, como fora revelado nos discursos.

Ainda na discussão sobre os problemas e consequências, foram encontrados aspectos de exposição dessas trabalhadoras a riscos físicos e psicológicos, sendo identificado como problema no enfrentamento da pandemia, e podemos apontar fatos e acontecimentos que repercutiram nessa situação: o desfinanciamento do Sistema Único de Saúde nos últimos seis anos, a desregulamentação do trabalho, com o desmantelamento das leis trabalhistas e a ampliação da terceirização das atividades fins e a reforma da previdência associado à pulverização de cursos de ensino superior de qualidade discutível, repercutiram, de modo fulcral no acirramento das precárias condições de trabalho tendo como produto a síndrome de Burnout.

A síndrome de Burnout é conceituada como uma resposta ao estresse laboral de maneira patológica com repercussões físicas, psíquicas e biológicas. Ou seja, existe o consumo emocional e físico exacerbado, sendo que os profissionais de enfermagem estão mais propícios a apresentar esta síndrome devido à sobrecarga de trabalho, bem como, a elevação da incidência, entre as enfermeiras na pandemia por covid-19 (DAL'BOSCO *et al*, 2020).

Para Zhang, *et al* (2020), os enfermeiros ficaram divididos entre um senso de missão profissional e o medo de serem infectados. Um segundo momento, denominado como de exaustão emocional, sentindo-se direcionados a adaptação obrigatória, a exemplo o uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI), e de sentimentos de solidão. E por último, um momento de renovação de energia, destacando a familiaridade dos enfermeiros com o ambiente e os processos de trabalho.

Apesar dessas dificuldades encontradas, vale ressaltar que a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) que foi criada pelo governo federal, em 2011, pela lei n. 12.550, é uma empresa pública com personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, vinculada ao Ministério da Educação e responsável pela gestão do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), criado em 2010 (DRUCK, 2016).

Neste sentido, essa tipologia de gestão foi criada sob o argumento de ineficiência da gestão pública, bem como, uma possibilidade de conferir qualidade, eficiência e

efetividade ao hospital público. Contudo alguns estudiosos criticam esta afirmação reforçando que, soluções gerenciais e administrativas não podem resolver um problema social de acesso e condições de vida que vão repercutir/repercutem na demanda por serviços de saúde (SODRÉ, 2013).

Neste sentido, avaliar como a EBSEH tem enfrentado a COVID-19 tem uma justificativa singular, sendo que o desenho gerencial desta empresa foi criado para conferir alta performance de gestão e de algum modo se diferenciar dos resultados apresentados pelos hospitais públicos “tradicionais”.

Ainda sobre os enunciados, podemos observar situações de medo e insegurança vivenciadas pelas enfermeiras e gestoras do serviço de enfermagem hospitalar durante a pandemia por COVID-19, bem como a fragilidade das enfermeiras em reconhecer as consequências dos problemas e não as causas. Pode-se perceber que elas relatam os sentimentos angústia e nenhum momento conseguem objetivar que isso tudo é face de um processo de precarização do trabalho, gestão de pessoas focadas no trabalho, nas técnicas e na produtividade e não efetivamente nas pessoas.

A base da precarização do trabalho se dá devido à desvalorização da força de trabalho; precariedade do ambiente de trabalho, com ausência de meios adequados para a realização do trabalho, ausência de segurança, exposição aos riscos no ambiente laborativo, exposição a microrganismos desconhecidos, etc. Em paralelo, a precariedade da organização do trabalho, onde se destacam o trabalho polivalente e as longas jornadas de trabalho (ARRUDA, 2011).

As enfermeiras são desvalorizadas e mesmo com a pandemia e com a elevada incidência da mortalidade da doença pode-se constatar que tais números não desencadearam, de modo profícuo, no investimento em medidas de proteção física e psicológica às trabalhadoras da enfermagem e às famílias, nem muito menos, constatarem-se medidas efetivas e protetivas a categoria profissional do ponto de vista legal e de valorização social.

Nesta direção, ressalta-se que a valorização da vida das enfermeiras e sua responsabilidade civil entram em conflito, podendo trazer consequências para sua saúde e segurança no desempenho de suas atividades laborais, já que sob maior pressão, estes profissionais tendem a descuidar da própria saúde mental na incansável e constante luta contra as pandemias, podendo propiciar o surgimento de transtornos relacionados ao estresse e ansiedade (RODRIGUES, SILVA, 2020).

Em conclusão, pode-se observar que as enfermeiras possuem dificuldades na

explicação dos problemas e identificam as consequências como causas do processo de trabalho. Então, ações voltadas para a resolubilidade dos problemas resultam em um segundo plano, pois a necessidade e a falta se tornam fatores impactantes da sua gestão.

4.2 CATEGORIA: A REPRESENTAÇÃO DO MOMENTO NORMATIVO NA GESTÃO DE ENFERMEIRAS FRENTE À PANDEMIA POR COVID-19

Essa segunda categoria foi elaborada a partir dos enunciados discursivos, da categorização das falas e compreendendo o momento normativo como etapa da definição de objetivos para intervenção. Obtivemos os seguintes achados:

Quadro 3: A definição de objetivos e atributos da gestão do cuidado em Enfermagem

Enunciado	Subcategoria
A gestão do cuidado ela perpassa por vários aspectos, né? Desde o aspecto puramente assistencial até o momento de você fornecer, de você prover tudo que o paciente precisa – e aí você vai precisar de um vínculo, de um cuidado com a família pra conseguir (Ent.3).	A definição de objetivos e atributos da gestão do cuidado em Enfermagem
A liderança como definição geral, sendo que a enfermeira tem um papel crucial nesses momentos, porque ela que vai orientar a equipe de enfermagem, na questão dos processos, da assistência, do direcionamento, das prioridades , em relação ao que o paciente necessita naquele momento. (Ent. 5)	
Eu entendo que o enfermeiro pra ser líder, a gente precisa de ter conhecimento, ter autonomia, ter respeito e, acima de tudo, ter interação com a equipe (Ent.8).	
A questão do líder é saber abordar algumas pessoas, com suas características diferentes, com suas características, às vezes mais ríspidas, então acho que a enfermagem, o enfermeiro, com seu dom mesmo de liderança consegue articular (Ent. 11).	
Gestão de enfermagem é garantir pessoal, dimensionamento adequado , é garantir medicamentos pra que não falte durante os horários [...] garantir os psicotrópicos e as vasoativas necessárias em caso de intubação e procedimentos, né? Mais emergenciais e garantir material de curativo, materiais de trabalho mesmo pra gente poder tá trabalhando e principalmente materiais EPI também, garantir que vai ter EPI pra gente desenvolver o trabalho (Ent. 12).	

Fonte: **Elaboração própria, 2022.**

Após a identificação, seleção e priorização de problemas, surge o momento normativo como "deve ser" a realidade para assim, elaborar ações necessárias e suficientes para atingir as causas fundamentais dos problemas. Contudo, entende-se que existem objetivos e conceitos que superam os problemas, permitindo estabelecer mudanças da situação causal em direção à situação objetivo (SOARES, SANTOS,

LOPES, 2020).

Contudo, no planejamento normativo, essa explicação denomina-se diagnóstico, no qual as equipes de saúde, por exemplo, precisam entender a causa dos problemas para que possam planejar e manter vigente a direcionalidade do plano de ação. A situação inicial é mutável e a depender de fatores externos, sempre mudam com o tempo e os planos podem ser alterados a depender da resolubilidade do caso (MATUS, 1996).

Mediante a isso, o momento normativo constitui-se como uma meta a ser alcançada, então, Matus (1978) afirma que existe uma necessidade de fundamentar todo o contexto que está inserido, seja ele ambiente interno ou externo, a fim de buscar a melhor solução para os problemas. Estes contextos possíveis são chamados cenários, os quais podem ser explicitados em um cenário otimista, um cenário central e um cenário pessimista, onde cada um demarca as condições para o plano de ações.

Os cenários encontrados de acordo com as entrevistas perpetuam sobre as competências e condições para gestão do cuidado, sendo a sua subcategoria, a: “definição de objetivos e atributos da gestão do cuidado em Enfermagem”, que aborda o significado, o entendimento sobre gestão e como atuam.

As entrevistas com as enfermeiras assistenciais e gestora deste estudo, demonstraram que as competências e condições para a gestão do cuidado são vistos como meramente gestora, porém, quando se observa a gestão do cuidado de enfermagem adequada e de qualidade percebe-se que ela perpassa não só por ações administrativas, mas também assistenciais e traz para as enfermeiras, a responsabilidade de planejar suas ações de cuidado em conjunto com a equipe de enfermagem para que, juntos, possam executá-las de forma humanizada e eficaz aos usuários e suas famílias (AMORIM, *et al.*, 2022).

De acordo com Mororó *et al.* (2017), as pesquisas originais direcionadas a investigações sobre a gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar, majoritariamente, direcionaram-se para a forma como o enfermeiro realiza as ações da gestão e do cuidado em sua prática de forma separada. Com isso, o gerenciamento do cuidado é compreendido como um sub processo complementar que constitui o processo de trabalho das enfermeiras, mas que ainda necessita reconhecer o cuidado como foco a ser gerenciado dentro dos serviços de saúde. Por sua vez, a análise da literatura evidencia uma prática gerencial das enfermeiras voltada para as atividades administrativas burocráticas, pouco articuladas ao cuidar, porém as entrevistas de forma involuntárias também apresentaram questões relevantes relacionadas às tecnologias

leves, como: liderança, articulação, confiança e integração com a equipe, usuário e comunidade, sendo elementos importantes para a promoção e recuperação da saúde do usuário; como na Ent. 3, Ent 5 e Ent. 11; leve-duras; como no caso dos saberes bem estruturados; como na Ent. 8, que relaciona o conhecimento e a autonomia e as duras; como no caso de equipamentos tecnológicos; como as normas e estruturas organizacionais da Ent. 12.

Diante do embasamento científico, o cuidado é prestado, mas a gestão, de acordo com as falas das entrevistadas é representada pelo gerenciamento da equipe de enfermagem e dos processos de trabalhos, com interface nos cenários de prestação de cuidados. Desse modo, mesmo que o profissional não exerça um cargo formal de gestor, ele coordena todo o processo de cuidado no exercer da profissão.

Outro aspecto que vale ressaltar, se refere à dissociação entre o cuidado e a gestão, que apesar de não estar explícito nas falas, percebe-se que a gestão significa algo voltado a cargos de diretores e coordenadores, entendido como líderes, já o cuidado aos pacientes são vistos como assistencialistas.

Porém, vale ressaltar que uma assistência de enfermagem qualificada, ou seja, a busca de conhecimentos específicos da enfermagem brasileira para qualificar o cuidar através do processo de enfermagem, que é composto por 6 etapas: histórico (incluindo o exame físico); diagnóstico; plano assistencial; plano de cuidados ou prescrição; evolução de enfermagem; prognóstico. O que pode ser entendido nas falas é que as enfermeiras percebem a importância, mas devido à prática mecânica das suas atividades, as falas se tornam lematizadas.

Uma subcategoria que emergiu do processo de análise, ainda relacionada ao momento normativo, foi a gestão do cuidado (des)centrada na integralidade e obtivemos os seguintes achados:

Quadro 4: A gestão do cuidado (des) centrado na integralidade

Enunciado	Subcategoria
[...] Então você gerir o cuidado é você ampliar a visão é você ir além da doença é você, realmente vê que o paciente é um conjunto de muitas coisas e por ser terapia intensiva a gente se desvincular nesse momento um pouquinho da tecnologia e focar mais no Cuidado (Entrevistado 1).	
Na gestão do cuidado você vai precisar de um vínculo , de um cuidado com a família pra conseguir e pra fornecer informações pra essa família que tá lá fora e que não poderia visitar esse cliente internado em UTI (Entrevistado 9).	

<p>[...] Cuidado fazendo ações de enfermagem, banho leito e medicação, foi muito além, foi o cuidado de você muitas vezes ligar com seu celular para aquele familiar ver pela última vez aquele paciente, então eu acho que o cuidado da enfermagem ficou voltado muito ao cuidado holístico, meu paciente não só como matéria, mas no nível espiritual (Entrevistado 7).</p>	<p>A gestão do cuidado(des) centrado na integralidade</p>
<p>A gestão do cuidado é você saber. Tem um conhecimento da prática em primeiro lugar para você conseguir ter um planejamento bom e conseguir prestar uma boa assistência para o paciente, né? Visando a melhoria... visando a excelência mesmo no cuidado. (Entrevistado 2)</p>	
<p>Se durante a minha avaliação com meu paciente grave ou não eu já sinalizo pra minha equipe e digo quais são os cuidados através da minha prescrição de enfermagem, através das minhas orientações verbais eu estou sendo líder (Entrevistado 4).</p>	
<p>Inicialmente a gente cobria o paciente todo com proteção pra não abrir lesão, né? Porque ele ia ficar de frente pra cama, né? Aquele cuidado de colocar em posição de nadador, ficar mudando de hora em hora, né? Pra também não forçar muito as articulações. Então, acho que o trabalho tem que ser sempre em equipe né? Por questão multidisciplinar (Entrevistado 10)</p>	
<p>A gente tem que dar o melhor de nós pra gerir esse paciente, não por parte, mas como um todo, holisticamente olhar um paciente como um todo. Eu vejo muito isso, como a gente é de UTI normalmente é pra ser enfermeiro de cabeceira, de leito, então a gente gere o paciente como um todo (Entrevistado 6).</p>	

Fonte: Elaboração própria, 2022.

Já, no que se refere à gestão do cuidado (des)centrado na integralidade, no qual o indivíduo deveria ser visto de forma holisticamente, mas acaba muita das vezes sendo vistos como uma patologia e de acordo a OMS (2020), saúde não é observar apenas a doença, mas todo o seu aspecto físico, psíquico e social, pois todos os fatores o adoecem e estão interligados com o seu bem estar, inclusive os aspectos externos do ambiente do qual convivem.

De acordo com as entrevistas, a UTI é um espaço no qual atende pacientes em estado crítico e necessitam de um cuidado especializado, mesmo diante da rotina de procedimentos invasivos e complexos, as enfermeiras conseguem trazer conforto através de vínculo com familiares e observar um indivíduo de forma holística, porém está sendo visto através dos protocolos permanentes, dos quais são institucionalizados nos setores.

A enfermagem holística tem a premissa de cuidar da pessoa de forma integral, em suas duas visões: aquela na qual estuda e entende os interrelacionamentos das dimensões biopsicossocial-espirituais da pessoa e; aquela em que entende o indivíduo como um

todo integrado, interagindo com outrem através de ambientes internos e externos (NETO, PAGLIUCA, 2002).

Mesmo diante dessa visão ampla sobre o paciente, o ambiente da UTI já causa desconforto ao usuário pelo excesso de estímulo de ruídos e iluminação da maquinaria, pela falta de privacidade decorrente da necessidade de observação contínua, pelo isolamento e afastamento da família/sociedade e a constante experiência de morte presente na rotina das unidades (MONGIOVI *et al.* 2014).

Todos esses fatores desencadeiam num ambiente estressante e favorecedor de inseguranças aos usuários internados, que já se encontram vulneráveis pela sua própria condição de adoecimento. Por esta condição particular, a equipe multiprofissional da UTI deve estar apta a realizar o requerido cuidado humanizado, capaz de contemplar todas as necessidades do usuário, para além do mero aspecto teórico-técnico da assistência, ou seja, não só sua demanda fisiológica, mas também psicoemocional, social e espiritual (MONGIOVI *et al.* 2014).

Em oposição ao olhar holístico, existe o cuidado tecnicista, no qual, envolve meramente técnicas voltadas a doenças e de tecnologias duras, fato abordado por algumas enfermeiras quando foi questionado sobre o entendimento da gestão do cuidado, como podemos observar no quadro acima.

Na abordagem das entrevistadas, utiliza-se o cuidado prático em primeiro lugar, ou até mesmo, cuidados cientificamente voltados a doença, ou seja, ao modelo biomédico, deixando a ideia de uma assistência mecanizada, tecnicista e não-reflexiva, tornando o cuidado como vínculo frágil.

Os procedimentos técnicos da profissão da enfermagem não devem ser prioridades durante a assistência com os pacientes, pois a centralidade deve ser o indivíduo e sua individualidade, prestando assim um cuidado humanizado, incluindo o compromisso da liderança do serviço, a qualidade da gestão, a competência e a criatividade da equipe (OUCHI, *et al.* 2018).

Humanizar em saúde é uma via de mão dupla, pois é um processo que se produz e reproduz na relação usuário-profissional, gestor e comunidade. Contudo, não é possível esperarmos da equipe de saúde uma assistência humanizada aos usuários quando as condições de trabalho são precárias, quando há falta de pessoal, sobrecarga de trabalho e pressões no interior do mundo do trabalho que deixam as pessoas nos seus limites físicos e psíquicos (OUCHI, *et al.* 2018).

Por outro lado, segundo Ouchi *et al.* (2018), os trabalhadores de saúde, a

comunidade usuária representada, os gestores e os políticos precisam se adentrar na temática da humanização de forma mais precisa, para que possam romper com as formas cristalizadas de organização dos processos de trabalho em saúde, como por exemplo:

- ao invés de verticalização, a horizontalização da organização por meio de processos participativos, democráticos e solidários;

- construção de espaços democráticos nas relações de trabalho que facultem e estimule a livre expressão, o debate sobre a vida institucional, suas dificuldades, angústias frente ao mundo do trabalho e objetivos a serem alcançados;

- a participação dos sujeitos no processo de tomada de decisões, na definição de estratégias e na construção de projetos coletivos acerca do seu trabalho;

- estabelecimento de formas de comunicação e integração que superem o mero fluxo de informes operacionais que alimentam o sistema gerencial da organização, pois essa comunicação instrumental não dá conta da humanização. A comunicação que tem como essência a humanização é aquela que envolve os agentes como sujeitos do seu processo, que possibilita uma interpretação das situações vividas na assistência e no cotidiano do trabalho como um todo.

Entretanto, quando se observa apenas aspectos técnicos, conseqüentemente estará inviabilizando o processo de enfermagem, do qual enfrenta problemas em sua operacionalização, visto a existência de uma prática mecanizada, resultante da burocratização (UCHÔA; LEMES, 2010).

Entretanto, é importante destacar que os gestores do setor de trabalho, muitas das vezes, não proporcionam um ambiente de trabalho ético, agradável, além do fornecimento de baixos salários, fazendo com que esses profissionais necessitem de mais vínculos e com isso sobrecarregam as enfermeiras, dificultando o cuidado humanizado e holístico.

E de acordo com as entrevistas, percebe-se naturalidade ao trabalho mecânico, mas “aosinalizar para a equipe”, de acordo com um entrevistado, percebe-se que apesar de um cuidado voltado para técnicas e patologias, eles também trabalham em equipe, facilitando a abordagem com paciente.

Os modelos de saúde centrados no indivíduo, na prevenção e no aspecto de equipe multiprofissional estão se fortalecendo e com isso tende a romper com o modelo biologicista, mas para isso acontecer, deve acontecer a mudança interna, onde os próprios enfermeiros precisam se reconhecer e possuir uma valorização social.

Por fim, chega-se à conclusão que tanto as enfermeiras assistenciais quanto gestoras propriamente dito, percebem a gestão dissociada com a assistência, no qual o gerenciamento do serviço, tais como infraestrutura, administração de recursos materiais, gerenciamento de resíduos sólidos, dimensionamento, trabalho em equipe e previsão e provisão em benefício dos pacientes não está envolvida com aspectos com o cuidado aos pacientes (DANTAS, 2015).

4.3 CATEGORIA: A REPRESENTAÇÃO DO MOMENTO ESTRATÉGICO NA GESTÃO DE ENFERMEIRAS FRENTE À PANDEMIA POR COVID-19

Já na terceira categoria elaborada a partir das falas e compreendendo o momento estratégico como essencial para implementação dos processos, obtivemos os seguintes achados:

Quadro 5: Estratégias organizacionais estruturais e assistenciais

Enunciados	Subcategoria
Foi quando a equipe se reuniu para construir o fluxo de entrada [...] Essa foi a estratégia mais importante (Ent. 3).	Estratégias organizacionais estruturais e assistenciais
A gente inclusive teve a oportunidade de usar nossos próprios celulares em alguns momentos críticos para que os pacientes falassem com seus familiares (Ent.15)	
A gente conseguiu diante de tantas dificuldades criar os protocolos , a gente conseguiu definir o fluxo dentro dos leitos, a gente conseguiu criar medidas pra que não levasse mais riscos pros nossos pacientes (Ent. 4).	
A gente procurava fazer rodas de conversa com psicóloga, a gente trazia, tentava trazer as datas comemorativas uma vez por mês (Ent. 8).	
O que surgiu foram momentos do cuidado mesmo assim, da gente, do autocuidado, né? Pra se prevenir mesmo, né? Passar papel filme em tudo, no teclado do computador, do celular, coisas... higienizar ali sempre a bancada, coisas assim, coisas mais assim mesmo de cuidados de higienização pra evitar contaminação, mas uma ferramenta nova assim, não, não me recordo (Ent.11).	
Não, a única estratégia, só o que eu te falei foi em relação ao centro de permanência dentro da unidade, a gente se revezava no horário de descanso (Ent.5).	
Eu lembro até que a gente falou, vamos fazer um café no dia do amigo , vamos fazer um café e tal e aí tinha os cuidados de não ir todo mundo, da distância, esses cuidados... e aí as coisas que a gente ia pensando pra poder fazer pra melhorar o ambiente ne? A questão do nosso emocional (Ent.16).	

[...] vou perguntar a paciente se ela quer **ouvir músicas religiosas** para ela escutar enquanto eu faço o curativo, aí ela quis aí eu coloquei, então pra mim isso é importante (Ent. 16).

Fonte: Elaboração própria, 2022.

O momento estratégico é aquele período que analisam as restrições e as facilidades que interferem no momento normativo, ou seja, se relacionam com as questões de viabilidade e de obstáculos que necessitam enfrentar até chegar ao propósito final, o qual, o momento estratégico pode ser realizado de forma individual ou em grupos que possuem ideias semelhantes ou opostas, viabilizando os planos nas suas várias dimensões: política, econômica, cognitiva, organizativa (MATUS, 1996).

Ainda de acordo com Matus (1997), o termo “estratégia” é adotado como um conjunto de procedimentos práticos e teóricos fundamentais para construir a viabilidade do plano garantindo a sua realização com máxima eficácia. Dois instrumentos processuais cabem aqui: a análise de cenários e a análise criteriosa dos demais atores sociais ou agentes. Os cenários representam distintas reflexões, limitadas pela qualidade da informação disponível, sobre possíveis “arranjos” econômicos, institucionais, políticos, sociais, etc., capazes de influenciar positiva ou negativamente a execução das ações planejadas.

Com isso, podemos perceber que existe uma relação entre o passado (problemas) e o futuro (possíveis soluções), no qual se baseia de erros cometidos para assim traçar planos que no final podem ter impactos positivos ou negativos no objeto do estudo. Portanto, os conhecimentos do planejamento de gestão devem estar presentes para assim concretizar a pesquisa da qual pretende ser estudada.

O PES nos proporciona embasamento científico sobre planejamento em gestão e a partir dele, surgem as possibilidades que podem ser utilizadas para montar estratégias e planos que levem aos resultados positivos. Logo abaixo, podemos ver as estratégias que podem ser seguidas:

- A utilização de estratégias específicas que podem ser classificadas, segundo Matus (1994), em: a) Imposição → corresponde ao uso da autoridade em relação ao outro ator; b) Persuasão → compreende uma ação de convencimento, de sedução em relação ao outro ator; c) Negociação cooperativa → implica na negociação onde existem interesses distintos, quando ambos os lados deverão estar predispostos a fazer concessões; d) Negociação conflitiva → implica na negociação onde existem interesses opostos e o resultado sempre trará perda para um ator e ganho para outro; e)

Confrontação → corresponde à medição de força entre os atores envolvidos (votação, por ex.).

- A utilização das operações de consenso como "coringas", em qualquer momento da trajetória do plano, de forma inteligente, visando acumulação de forças (MATUS, 1994).

- A construção de operações tático-processuais (K) que não fazem parte do plano propriamente dito, mas cumprem o objetivo de construir a viabilidade das operações principais. Podem ser de vários tipos dependendo do efeito que produzem, como por exemplo, surpresa, distração, esclarecimento, intimidação e mobilização (MATUS, 1994).

- A elaboração das operações em forma de módulos que se adaptem às mudanças do plano e do cenário, modificando-se determinados aspectos para atingir os objetivos previstos (MATUS, 1994).

- A trajetória ou ordenação temporal das operações. A melhor trajetória é a que respeita a precedência de determinadas operações e permite uma acumulação progressiva de poder que ajude na viabilização do plano. Pode ser empregado mais de um tipo de estratégia, como por exemplo, a de autoridade conjugada com uma estratégia de persuasão. Sempre que possível, é preferível evitar a confrontação direta e o conflito aberto pelo alto desgaste que pode significar (MATUS, 1994).

De acordo com as entrevistas, percebe-se a subcategoria de análise: alterações organizacionais estruturais e assistenciais, as quais podem ser percebidas através de falas de religiosidade/espiritualidade, rodas de conversas com os profissionais de saúde como estratégias de relaxamento; e produção de fluxos e protocolos para organizar o setor de trabalho.

Segundo Rossato, Ribeiro, Scorsolini-Comin (2022) a religiosidade/ espiritualidade tem sido evidenciada nas últimas décadas como uma dimensão que interfere nas condições de saúde da população, principalmente durante o enfrentamento da COVID-19, no qual pacientes e profissionais de saúde estão se sentindo fragilizados e na solidão.

Dados encontrados na literatura científica indicam aspectos positivos da religiosidade, pois alguns pacientes estão apresentando progressos em sua saúde física e mental, através da fé e da esperança e conseqüentemente diminuindo sentimentos de medo, tristeza e preocupação (LUCCHETTI *et al.*, 2021).

Quando a Ent. 16 relata a utilização de músicas religiosas para a realização da assistência ao paciente, isso quer dizer que existe um embasamento científico e provavelmente devido a sua vivência e a sua própria fé. Pois, para Koenig (2020), a fé e a prática religiosa podem ajudar as pessoas a permanecerem livres da COVID-19 no sentido de moderar os sintomas da doença, caso ocorra. O envolvimento com as práticas religiosas pode ser um mecanismo que oferece algum controle sobre a situação, ajuda a torná-la compreensível, além de dar esperança (KOWALCZYK *et al.*, 2020).

Outro aspecto importante que foi relatado, são rodas de conversas, sendo um elemento positivo nas interações com a equipe, além de promover o momento de relaxamento, a fim de eliminar sentimentos negativos, como: estresse, medo e ansiedade e promovendo sensibilização com o outro e empatia com os membros das equipes.

As rodas de conversa são pautadas essencialmente no diálogo entre os participantes e permitem a criação de um espaço aberto de troca de narrativas, informações, vivências e experiências tanto durante a fala quanto durante a escuta atenta. Além disso, as rodas de conversa proporcionam a valoração dialógica de cada indivíduo e a divisão de autoridade, uma vez que todos são elementos construtores do saber e formuladores de questões (MARQUEZ *et al.*, 2022).

Acredita-se que, além de ser um momento para relaxar, essas rodas possam despertar a sensibilidade entre as equipes e pacientes, fazendo com que o vínculo se fortaleça e que haja a realização de troca de conhecimentos e que os mesmos se expressem diante das dificuldades, sendo um momento de reflexão, autoconhecimento e terapia.

Em consonância com as rodas de conversas, surgem os cafés comemorativos como forma de promover um vínculo maior com a equipe, já que as paralizações, muitas das vezes dificultam o reconhecimento e a comunicação entre eles. Viabilizando essa situação, a Ent. 16 promoveu esse momento com poucas pessoas, a fim de melhorar o emocional dos profissionais e dos usuários do serviço.

Outra estratégia foi a promoção de vínculos entre pacientes internados na UTI com os seus familiares, a fim de evitar sentimentos de solidão. De acordo com o Ministério da Saúde (2021), videochamadas diminuem dor e sofrimentos de pacientes internados com COVID-19, sendo definida como intervenção terapêutica que visa aproximar o paciente hospitalizado de sua rede de apoio, mantendo assim o vínculo afetivo entre ambos e funcionando ainda como recurso auxiliar para o paciente e familiares durante o período da internação.

Ainda de acordo com a OMS (2021), a videochamada ajuda a reduzir o estresse tanto do paciente quanto de seus familiares, auxilia na resolução de questões práticas do dia a dia questão interrompidas diante da hospitalização, além de auxiliar na elaboração emocional dos sentimentos inerentes ao processo de adoecimento e internação principalmente no contexto de isolamento necessário pelo COVID-19.

Outro ponto a ser destacado são as alterações de fluxos, protocolos e rotinas, no qual, segundo os Ent. 3; 4; 11 e 15, auxiliaram na prevenção de contaminação pelo vírus pelos profissionais de saúde e entre eles e os usuários. Protocolos esses que alteravam a entrada na unidade, até o tempo que um determinado profissional prestava assistência a aquele paciente, até a utilização de tecnologias duras.

Os hospitais, devido às demandas assistenciais, tiveram que realizar mudanças em suas rotinas de cuidados e prestação de socorro. Diante disso, os moldes assistencialistas nas instituições hospitalares precisavam de maior rigidez no atendimento aos pacientes, organização das demandas primárias e suporte às demais necessidades decorrentes dos pontos de inflexão que porventura despontem na rotina diária (SANTOS *et al.*, 2020).

Por fim, percebe-se que houve inúmeras estratégias de enfrentamento pelos profissionais de saúde e couberam a eles se adaptarem as mudanças, aplicando ferramentas que podem possibilitar a integração das ações em redes, contribuindo para nortear os gestores e profissionais de saúde para enfrentar uma pandemia, organizar os serviços e a prestação do cuidado.

4.4 CATEGORIA: A REPRESENTAÇÃO DO MOMENTO TÁTICO OPERACIONAL NA GESTÃO DE ENFERMEIRAS FRENTE À PANDEMIA POR COVID-19

Esta última categoria foi elaborada a partir dos enunciados discursivos, da categorização das falas e compreendendo o tático-operacional como etapa da implementação das ações. Obtivemos os seguintes achados:

Quadro 6: Alterações organizacionais estruturais e assistenciais

Enunciados	Subcategoria
[...] você traça todo um perfil de cuidado, a gente faz as nossas prescrições, você examina o paciente, você traça toda uma rotina que você vai ter no cuidado daquele paciente [...] então tudo é organizado em rotina (Ent.3).	Alterações organizacionais estruturais e assistenciais
A gente conseguiu definir o fluxo dentro dos leitos, a gente conseguiu criar medidas pra que não levasse mais riscos pros nossos pacientes (Ent. 4).	

<p>Lá na UTI geral a gente tem uma equipe de três enfermeiros normalmente, cada Grupo com 5 técnicos então cada um de nós é responsável, tem uma escala como normalmente tem em qualquer outro lugar em que a gente é responsabilizado de alguns pacientes especificamente (Ent.15).</p>	
<p>A gente sempre iniciava os trabalhos por aquele que é suspeito pra depois, tanto de medicação, curativo, tudo em geral, a gente tem que fazer primeiro suspeitos, pra depois ir pro confirmado. E aí dentro da dinâmica do serviço a gente se organizava para distribuir as atividades (Ent.5).</p>	
<p>Eu chego no setor, eu olho meu paciente como um todo, como estão os sinais vitais dele, que droga ele está usando, o que é que vou poder fazer, se eu vou poder manipular esse paciente ou não, vejo o técnico que está comigo, já dou as orientações, o que a gente vai poder fazer com esse paciente (Ent.6).</p>	
<p>Eu chego no plantão, vejo as demandas e tento resolver algo que seja essencial, o que não for, eu vou vendo as prioridades, né? (Ent.7).</p>	
<p>Eu começo a prestar minha assistência pelos mais graves e por último os que possuem menor necessidade. Então eu organizo dessa forma, eu realizo a visita eu faço uma visita aos pacientes, faço as medicações [...] Vejo se tem alguma pendência no plantão passado. Na minha visita eu já faço exame físico, depois do exame físico, eu faço a prescrição de enfermagem e evolução de enfermagem se teve demanda de curativo eu faço também os curativos. (Ent.1)</p>	
<p>A gente tentava fazer escala de revezamento lá dentro pra eles não ficarem seis horas fechadas o tempo inteiro. Então a gente fazia uma escala de no mínimo quatro enfermeiros, pra ficar dois lá dentro, dois aqui fora, depois eles revezavam por conta da paramentação mesmo (Ent. 8).</p>	
<p>Receber o plantão, verificar se tudo que eu preciso pra prestar essa assistência tá disponível – caso não esteja, providenciar; avaliar esses pacientes, medicar, fazer as trocas de curativos; caso haja alguma admissão, avaliar o risco desse paciente que chega (Ent. 9).</p>	
<p>No COVID a gente tenta fazer algumas coisas, otimizar as entradas no paciente. Então se aquele paciente precisa ser avaliado, tem medicação, alguma avaliação pra ser feita ou algum... algo que precise ser trocado, equipamento lá dentro, então a gente tenta juntar tudo pra entrar e fazer de uma vez. Diminuir essas entradas a gente acredita que assim a gente diminui exposição (Ent. 12)</p>	
<p>A gente já chegava se paramentava toda antes de entrar, recebia o plantão, praticamente a gente teve que mudar a forma de passar o plantão então uns enfermeiros ficavam lá dentro (dois enfermeiros digamos assim) uma saía já ficava adiantando a passagem dele enquanto os outros depois entravam, aí iam trocando, entendeu? [...] A gente tinha que ter cuidados em relação a não produzir aerossóis, oxigenação em cateter, a gente não utilizava com líquido, então muitos pacientes iam para máscara não inalante (Ent.13).</p>	
<p>A gente não trouxe o fluxo só para o ambiente hospitalar, a gente faz um novo fluxo de casa. E aí para os outros o fluxo foi de como chegar, mas para mim o fluxo foi de como abraçar meus filhos (Ent.14).</p>	
<p>A gente teve que mudar a nossa forma, até o nosso chegar na UTI até a nossa saída. A gente vai entrar aqui, o material tá aqui, quando entrar, entra todo mundo paramentado e quando for desparamentar é... aí a gente teve que desativar a nossa copa, aí a nossa copa foi para outro lugar, uma salinha de aula que tem lá perto da UTI aí na hora de desparamentar a gente saía entrava por um lugar, eu entrava pela porta da frente, mas não saio por ela, saio por outra porta, que era a porta que a gente saía pelo expurgo, lá eu me desparamentava aí fazia a higiene da face shield, se eu tivesse usando, do óculos, lavava o</p>	

material. O local que era minha copa virou local de lavar material. (Ent. 16).
--

Fonte: Elaboração própria, 2022.

O momento tático-operacional é "o fazer", propriamente dito, ou seja, é o momento decisivo do planejamento situacional. Portanto, o planejamento é concebido diante da ação e de acordo com as possibilidades do processo de planejamento, decorrente dos outros momentos do PES. É ainda nesse período que ocorre a tomada de decisão, controle e avaliação (MATUS, 1996).

Portanto, é no tático-operacional que se afirma quais foram os impactos do plano. Além do que, o PES só é finalizado após todas as fases de execução, no qual se conhece o problema, realiza o planejamento e o executa para se avaliar os planos de ação. Neste momento, ocorre a gestão do plano porque, na visão do PES, planejamento e gestão são inseparáveis, o plano não é o desenho no papel, mas um compromisso de ação que visa resultados, impacto nos problemas selecionados, que se traduzem em novas situações mais favoráveis do que a situação inicial (SANTANA, TAHARA, 2008).

Diante disso, neste capítulo iremos abordar as falas das entrevistadas que se referem às Alterações organizacionais estruturais e assistenciais e ao sistema de gestão, como os debates sobre as formas organizativas, a cultura organizacional do serviço do qual teve que reestruturar e o *modus operandi* da organização de modo a garantir a execução do plano.

Diante da pandemia da COVID-19, os hospitais tiveram que enfrentar um grande desafio com a reorganização da estrutura e fluxo das unidades, reorganizando leitos de terapia intensiva, leitos de isolamento, provimento de respiradores, equipamento de proteção individual, aquisição de testes para detecção, confirmação do diagnóstico e fluxo de atendimento, protocolos de manejo aos pacientes suspeitos ou confirmados com COVID e o fluxo dos profissionais frente a estes pacientes (SILVA, MOROÇO, CARNEIRO, 2018).

Segundo o relato das enfermeiras deste estudo, o fluxo organizacional foi alterado, no qual tiveram que se adaptar, transformando uma sala que antes era a copa para a sala de desparamentação, mudando assim todo o circuito desde a entrada até a saída da UTI. Além disso, foi alterado o fluxo nos atendimentos e nos protocolos institucionalizados, no qual deixavam as medicações e procedimentos reservados para ser realizados na mesma hora, evitando assim, o contato com esses pacientes por muitas horas e até

mesmo por questões de recursos materiais.

De acordo com o estudo de Rodrigues, Silva (2020), os hospitais nesse período pandêmico, tiveram que disponibilizar uma área exclusiva para o atendimento destes casos, prestando o atendimento separadamente dos demais pacientes que não apresentem síndromes gripais e os protocolos institucionais tiveram que sofrer mudanças constantes para melhorar a qualidade da assistência.

As mudanças nos hospitais ocorreram de forma planejada, onde existiram parâmetros para que todos eles se adaptassem, como por exemplo: os planos de contingência que cada hospital de acordo com sua realidade tiveram que fazer, se organizar e planejar para cumprir todos os protocolos determinados pelo Ministério da Saúde. Diante disso, a imagem abaixo mostra quais medidas precisaram se reorganizar nos serviços de saúde para contemplar a melhor assistência aos pacientes.

Figura 4 – Medidas preconizadas para reorganização dos serviços de saúde

Eixo	Medidas preconizadas
Proteção aos profissionais da saúde	<p>Remanejamento de profissionais mais vulneráveis (em razão da idade ou de gestação) para funções de apoio</p> <p>Redução do contingente de profissionais, com a implementação de atendimento por chamada interna, <i>backup</i> e cobertura de casos</p> <p>Alterações nas escalas de trabalho para minimizar o risco de transmissão e permitir que os profissionais mantenham períodos de quarentena</p> <p>Avaliação, segundo situação epidemiológica da pandemia, da necessidade de limitar a internação de pacientes aos casos de urgência e emergência</p>
Relação com pacientes	<p>Triagem e acompanhamento do quadro clínico dos pacientes com uso de telefones e telemedicina</p> <p>Cancelamento ou adiamento de consultas, cirurgias e procedimentos nos casos de pacientes clinicamente estáveis</p> <p>Orientação aos usuários sobre procedimentos de higiene pessoal, assim como disponibilização de produtos para esses procedimentos</p> <p>Suspensão das atividades em grupos de pacientes ou familiares, assim como de reuniões presenciais, e de visitas, nos casos de internação</p> <p>Uso de uma sala de videoconferência a fim de reduzir o contato físico com os pacientes</p>
Reorganização do espaço físico	<p>Entrada monitorada nos serviços de saúde, com a implementação da higienização das mãos, da aferição da temperatura, do distanciamento físico, do uso de máscaras e da etiqueta respiratória</p> <p>Os serviços devem dispor de espaços distintos para pacientes sem confirmação diagnóstica, mas com sintomatologia, e para pacientes com diagnóstico positivo para Covid-19</p> <p>Garantia de boa ventilação em todos os ambientes</p>
Cuidados com os pacientes cirúrgicos	<p>Testagem pré-operatória</p> <p>Área para cirurgia de pacientes com Covid-19 separada</p> <p>Circulação mínima dos pacientes e profissionais</p> <p>Planejamento cuidadoso do procedimento anestésico</p>

Fonte: Caldas, Reis, 2022.

Na imagem acima, percebe que existiram várias mudanças para reorganizar os serviços de saúde frente à pandemia e neste capítulo vamos destacar a proteção dos profissionais de saúde e a reorganização do espaço físico, dos quais foram os únicos aspectos mencionados nas entrevistas que competem ao momento tático operacional do PES.

Todas essas medidas e outras voltadas para a segurança do paciente e dos trabalhadores da saúde são importantes e contribuem para a reorganização dos serviços de saúde e minimização dos riscos de transmissão do Sars-CoV-2 no ambiente hospitalar. No entanto, precisam ser implementadas corretamente e ter seus efeitos monitorados para a adoção de medidas corretivas, que considerem inclusive o quadro da pandemia no município e na região (CALDAS, REIS, 2022).

O primeiro aspecto a se destacar nas falas é a questão da diminuição do contato com o paciente, que tem como ponto positivo a minimização do risco de contaminação da COVID-19 e traz impactos negativos, do qual diminuí o vínculo com o paciente, sentimentos de solidão para com o mesmo e até mesmo ineficiência da assistência, que pode se tornar prejudicada devido ao risco/medo dos profissionais ao entrar em contato e se contaminarem.

Devido a atual problematização de saúde pública no mundo, destaca-se a necessidade da atuação de uma equipe multiprofissional que possa promover uma assistência holística e humanizada. É notório como a enfermagem e demais profissionais da assistência multi vêm enfrentando dificuldades para prestar uma assistência de qualidade e assertiva, visto que a Covid-19 ainda é uma doença cheia de variáveis que necessita de estudos para melhor compreensão (FERREIRA, *et al.* 2021).

De modo geral, a enfermagem garante uma assistência qualificada, resolutiva e humanizada, atuando com as prescrições de enfermagem, desenvolvendo a prescrição do cuidado pautado pela Lei do Exercício Profissional Enfermagem, Lei 7.498/86 (LEPE) e pelo Decreto Regulamentador nº. 94.406/87 preveem que é de competência privativa do Enfermeiro a consulta de enfermagem, a prescrição da assistência de enfermagem, como foi relatada por algumas enfermeiras entrevistadas (FERREIRA *et al.* 2021).

Ghaferi e colaboradores (2016) argumentam que o trabalho para a melhoria da segurança do paciente não se restringe a aprimorar técnicas (primeira onda) e padronizar procedimentos (segunda onda) para reduzir complicações, mas também abrange os modos como as equipes de saúde organizam seu trabalho para que possam reconhecer

problemas a tempo e adaptar sua conduta para salvar o paciente.

Já com relação ao aspecto físico, o HUF do estudo não estava preparado para essa pandemia e com isso teve que fazer trocas de setores incluindo especificar a UTI 1 como coorte para COVID-19, se adequando às normas do Ministério da Saúde e da Anvisa, realizando improvisos e com isso só fortalecendo a ideia de fragilidade de sustentação da decisão, pois são esses momentos que ficam expostos a estrutura do hospital.

Esse aumento de demanda em curto tempo, em serviços de saúde com fragilidades em sua estrutura, em especial pelo reduzido quadro de profissionais da saúde, gerou sobrecarga de trabalho e desorganização de processos. Rotinas, fluxos e protocolos precisaram ser rapidamente revistos. Novos leitos foram abertos e nem sempre foi possível que todos os elementos da cadeia de suprimento de materiais e de equipamentos médicos fossem providenciados, seja por indisponibilidade no mercado, seja por falta de planejamento para sua provisão.

Isso acontece, devido ao olhar amplamente interno, pois em instituições, principalmente de saúde, não devem ter um ponto centralizado, e sim deve observar tanto o ambiente interno quanto o externo. Além disso, não se fortalecem com os demais setores da saúde, como por exemplo, a rede de atenção primária à saúde, explorando assim, todas as experiências possíveis. Por fim, percebe que a pandemia afetou todos os aspectos inerentes à saúde, seja estrutural ou funcional, porém a readaptação e a resiliência foram fundamentais para construir uma realidade baseada em aspectos científicos, tanto teóricos e práticos, para assim, buscar as melhores validações e resoluções dos problemas enfrentados.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo analisar a gestão do cuidado de enfermagem a pacientes com COVID-19 no contexto hospitalar. O modelo teórico proposto como referencial foi o planejamento estratégico situacional, e a categorização e análise de dados foi norteadada pelos momentos propostos neste modelo, compreendendo-os, na prática, como um contínuo que se entrelaçam.

Destarte que através da utilização dos 4 momentos do PES: explicativo, normativo, estratégico e tático operacional, se fundamentou as categorias de análise, realizando o embasamento da teoria com as falas das entrevistadas, no qual através desse confronto, percebeu-se que as suas semelhanças estão voltadas à fragilidade da gestão das enfermeiras, no qual não se veem como gestora, independente do cargo em que ocupa.

Em sua primeira categoria, no momento explicativo, percebe-se que as enfermeiras estão voltadas para as consequências e não para as causas, ou seja, sua atenção está voltada para a falta/insuficiência dos materiais e não sobre a gestão dos materiais, como: previsão, provisão, organização e controle dos mesmos. Além disso, mostra que existem fragilidades de entender quais são os problemas para que assim, possam realizar planos de ações para solucionar as dificuldades enfrentadas.

A segunda categoria, no momento normativo ocorre duas subcategorias: A definição de objetivos e atributos da gestão do cuidado em Enfermagem e a gestão do cuidado (des) centrada na integralidade, no qual repercute sobre a definição de gestão do cuidado voltado aos aspectos tecnicistas capturados pelo modelo biomédico, ou seja, voltado para o cuidado a partir das questões biologicistas e da prescrição médica. A inexistência do uso de teorias e do processo de enfermagem como tecnologia do cuidado. Diante disso surge os conflitos de identidade que repercute no processo de trabalho das enfermeiras, bem como, na qualidade das organizações de saúde

Na terceira categoria percebe-se que existem inúmeras estratégias de enfrentamento durante a pandemia da COVID-19 e sua subcategoria é destacada como: Estratégias organizacionais estruturais e assistenciais como mudanças no fluxo, momentos de relaxamento entre os membros da equipe, como rodas de conversas, cafés da manhã e também momentos de relaxamento com os próprios pacientes, como a utilização de videochamada entre usuário e familiar e a musicoterapia sobre religião. E isto aponta para capacidade técnica e gestora das enfermeiras.

Na quarta categoria, a atuação das enfermeiras ficou mais evidente com a subcategoria: alterações organizacionais estruturais e assistenciais pois relataram suas rotinas desde a entrada até a saída do setor, além disso, construíram uma realidade baseada em aspectos científicos, dosquais estudavam e juntamente com o serviço, dava as suas contribuições de melhorias, porém estava envolvidas apenas com o ambiente interno o que dificulta a resolução do problemas, já que o ambiente externo também influencia. Também indicando a centralidade do trabalho das enfermeiras para a implementação do processo de trabalho de outras categorias profissionais, bem como, da própria equipe.

Por fim, entende-se que a gestão do cuidado está atrelada a múltiplos fatores, desde funcional e organizacional até político, econômico e social já que corroboram com o que vem acontecendo na prática nos serviços de saúde e com isso fragilizando o cuidado prestado aos pacientes e cabe a nós, gestores, profissionais de saúde nos adaptar às mudanças, a fim de promover um ambiente mais adequado para trabalhar, seja ele no aspecto interno quanto externo, além de prezar pela melhor assistência aos pacientes.

REFERÊNCIAS

AMANTE, L. N; ROSSETTO, A. P; SCHNEIDER, D. G. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva sustentada pela Teoria de Wanda Horta. **Rev. esc.enferm.** USP. v. 43, n.1, 2009. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/4XFyrTzr7HJX9byqYvBVDVh/abstract/?lang=pt>> Acesso em 05 de julho de 2022.

AMORIM, T. C; et al. Gestão do cuidado de Enfermagem para a qualidade da assistência pré-natalna Atenção Primária à Saúde. PESQUISA. **Revista. Esc. Anna. Nery**, v.26, 2022. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/ean/a/HGs3P75mn7qwvnB8WCH6rVL/?lang=pt>> Acesso em 29 de jul.2022.

ANDRADE, S. R et al. Análise documental nas teses de enfermagem: técnica de coleta de dados e método de pesquisa. **Cogitare Enferm.** V. 23, n. 1, 2018. Disponível em:< <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/05/883505/53598-222653-1-pb.pdf>> Acesso em 25nov. 2020.

ARTMANN, Elizabeth. O planejamento estratégico situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multissetorial. In: **OFICINA SOCIAL Nº 3: DESENVOLVIMENTO SOCIAL.** : COPPE/UFRJ, 25p., 2000.

ARRUDA, K. M. As transformações no mundo do trabalho e suas repercussões no Brasilatual. *Revista de Informação Legislativa*, Brasília, v.48, n. 191, p. 61-70, 2011

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Tradução Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.

BITENCOURT, J.V.O.V, et al. Protagonismo do enfermeiro na estruturação e gestão de umaunidade específica para covid-19. **Texto contexto - enferm.** Florianópolis. V.29, 2020.

Disponível em: < https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072020000100207&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em 22 nov. 2020

BRASIL. **Ministério da Saúde do Brasil**, 2020. Disponível em:

<<https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46568-ministerio-da-saude-declara-transmissao-comunitaria-nacional>>. Acesso em 20 nov. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Boletim Ética em Pesquisa.Edição Especial 48, 2020.**

Disponível em:< <http://conselho.saude.gov.br/publicacoes-conep>>. Acesso em 23 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 580, de 22 demarço de 2018.** Brasília, 2018. Disponível em:

<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso580.pdf> Acesso em 20 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466. 2012.** Brasília. DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://b>

vsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 20 out.2020.

CALDAS, B. N; REIS, L. G. C. **Qualidade do cuidado e segurança do paciente: desafios e contribuições diante da pandemia de covid-19.** Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz, Editora Fiocruz, 2022.

CAMPOS, F. C. C; CANABRAVA, C. M. **O Brasil na UTI: atenção hospitalar em tempos de pandemia.** 2020.

CASTILHO, A.P; BORGES, N.R. M; PEREIRA, V.T. **Manual de metodologia científica.** Itumbiara- GO. ILES, ULBRA, 2014.

CECÍLIO L.C.O. Apontamentos teórico conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface Comunic Saúde Educ.** V.15, n. 37, p. 589-99, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/icse/v15n37/a21v15n37.pdf>>. Acesso em 18 nov. 2020

CECÍLIO, L. C. O; MERHY, E. E. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar.** Campinas, 2003. Disponível em:><http://www.hmdcc.com.br/wp-content/uploads/2018/04/Cecilio-A-INTEGRALIDADE-DO-CUIDADO-COMO-EIXO-DA-GEST%C3%83O-HOSPITALAR.pdf>>. Acesso em: 9 fev. 2021

COBAITO, F. C. Planejamento Estratégico Situacional: Um Estudo Bibliométrico em Bases de Dados Nacionais entre 2013 e 2018. **Revista interdisciplinar de gestão social.** v.8 n.1, 2019. Disponível em:<<https://periodicos.ufba.br/index.php/rigs/article/view/25567/18179>> Acesso em 23 jul. 2022.

CORREIA, V.S; SERVO, M.L.S. Processo de supervisão social em enfermagem: possibilidade de transformação do modelo assistencial. **Rev. Saúde. Com.** v.9, n.3, p. 207-219, 2013.

DANTAS, E. S. O. Saúde mental dos profissionais de saúde no Brasil no contexto da pandemia por Covid-19. **Interface.** V. 25, 2021. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/icse/a/rCWq43y7mydk8Hjq5fZLpXg/>> Acesso em 1 jul. 2022

DANTAS, J.C. A. **A importância do controle de estoque: estudo realizado em um supermercado na cidade de Caicó/RN.** Caicó: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2015.

DAL'BOSCO, E. B et al. Mental health of nursing in coping with COVID-19 at a regional university hospital. **Rev Bras Enferm.** 2020;73. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/reben/a/ck98YrXKhsh6mhZ3RdB8ZVx/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 2 jan. 2022

DRUCK, G. A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho. **Trab. Educ. Saúde,** Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 15-43, 2016.

<https://www.scielo.br/j/tes/a/ZzrBrfcK75czCSqYzjjhRgk/?format=pdf&lang=pt>

DUARTE, M. C et al. COVID-19 e os impactos na saúde mental: uma amostra do Rio Grandedo Sul, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**. V. 25, n.9, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232020000903401&script=sci_arttext Acesso em 25 dez. 2020.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). **Sobre os Hospitais Universitários Federais**. 2020. Disponível em: <<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/aceso-a-informacao/hospitais-universitarios-federais/sobre-os-hospitais-universitarios-federais>> Acesso em 20 nov. 2020

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). **Sobre os Hospitais Universitários Federais**. 2018. Disponível em: <<http://www2.ebserh.gov.br/web/hupes-ufba/institucional/apresentacao>> Acesso em 20 nov.2020.

FALQUETO, J. M. Z; HOFFMANN, V. E; FARIAS, J. S. Saturação Teórica em Pesquisas Qualitativas: Relato de uma Experiência de Aplicação em Estudo na Área de Administração. **Revista de Ciências da Administração**. V. 20, n. 52, p. 40-53, Dezembro. 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/adm/article/view/2175-8077.2018V20n52p40/pdf>> Acesso em 25 nov. 2020.

FERREIRA, J. S et al. Diagnóstico e cuidados de enfermagem ao covid-19: enfermeiro comolinha de frente, uma revisão integrativa. **Revista Multidebates**, v.5, n.2, 2021.

FERREIRA, V. H.S, et al. Contribuições e desafios do gerenciamento de enfermagem hospitalar: evidências científicas. **Rev Gaúcha Enferm**. V. 40, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v40/1983-1447-rgenf-40-e20180291.pdf>>. Acesso em 24nov. 2020.

GALLASCH, C. H, et al. Prevenção relacionada à exposição ocupacional do profissional desaúde o cenário de COVID-19. **Rev. enferm. UERJ**; V. 28, jan.-dez. 2020.

Ghaferi a Dimick. Br J Surg. **Author manuscript**; available in PMC 2017 January 01. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4715639/pdf/nihms-726631.pdf>

GRABOIS, V. Gestão do Cuidado. In: Roberta Gondim, Victor Grabois e Walter Mendes. (Org.). Gestão do Cuidado. 2 ed. Rio de Janeiro: **EAD Ensp Fiocruz**, v. 1, p. 153-191, 2011.

HABERMAS, Jürgen. Teoria do Agir Comunicativo 1: **Racionalidade da ação e racionalização social**. Tradução: Paulo Astor Soethe. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2012

HOSSNE, W. S; VIEIRA, S. **Metodologia científica para área da saúde**. 2º edição. Rio de Janeiro. Editora Elsevier. 2015.

- HUERTAS, Franco. **O método PES: entrevista com Matus**. Trad. Giselda Barroso Sauveur. São Paulo: FUNDAP, 1996.
- KOENIG, H. G. Maintaining health and well-being by putting faith into action during the COVID-19 pandemic. **Journal of Religion and Health**, 1-10, 2020.
- KOWALCZYK, O, et al. Religion and faith perception in a pandemic of COVID-19. **Journal of Religion and Health**. V. 59, n. 6, 2020.
- LEAL, J. A. L; MELO, C. M. M. Processo de trabalho da enfermeira em diferentes países: uma revisão integrativa. **Rev Bras Enferm**. V. 71, n. 2, p. 441-52, 2018. Disponível em: < https://www.scielo.br/pdf/reben/v71n2/pt_0034-7167-reben-71-02-0413.pdf> Acesso em 10dez. 2020.
- LIMA, A. C. M. A. C. C, et al. Tecnologias e práticas educativas para prevenção da transmissão vertical do HIV. **Rev. Bras. Enferm**. Brasília. V.71, n.4, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672018001001759&script=sci_arttext&tlng=pt> Acesso em 18 jan. 2021.
- LUCCHETTI, G, et al. Spirituality, religiosity and the mental health consequences of social isolation during Covid-19 pandemic. **Int J Soc Psychiatry**. V. 67, n.6, 2021. Disponível: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33135559/> Acesso em 10 jul. 2022
- LUIZ, R. R; STRUCHINER, C. J. **Inferência causal em epidemiologia: o modelo de respostas potenciais** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 112 p.
- MARQUEZ, L.V, et al. Rodas de conversa remotas: ensino-aprendizagem e vivência da promoção da saúde na pandemia da Covid-19. **Revista Brasileira de Educação Médica**. V.46, n.1, 2022. Disponível: < <https://www.scielo.br/j/rbem/a/TnJZDM3BhNDvhpjQKSLjtb/?format=pdf&lang=pt>> Acesso 20 jun. 2022.
- MARTINS, P. G; ALT, P. R. C. **Administração de materiais e recursos patrimoniais**. São Paulo: Saraiva, 2009.
- MARX, Karl. **O Capital**, Livro I Tomo 1. São Paulo: Abril Cultural, 1983 (Coleção "Os Economistas").
- Matus, C., 1987. **Adiós Sr. Presidente**. Caracas: Pomaire Ensayos.
- Matus, C., 1994b . **Guia de Análisis Teórico**. Curso de Governo e Planificação. Caracas: Fundación Altadir.
- MATUS, Carlos. **Adeus, senhor Presidente**. Governantes governados. São Paulo: Edições Fundap, 1996.
- MEDEIROS E.A.S. Desafios para o enfrentamento da pandemia covid-19 em hospitais universitários. **Rev. Paul. Pediatr**. V. 38, 2020. Disponível em:<

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822020000100101&tlng=en> Acesso em 20 nov. 2020.

MELLEIRO, M. M; TRONCHIN, D. M. R; CIAMPONE, M. H. T. **O planejamento estratégico situacional no ensino do gerenciamento em enfermagem.** Acta Paul Enferm.V.18, n. 2, 2005. Disponível em:<https://www.scielo.br/j/ape/a/TyLNnDhQbJT5gqjvVCwq3k/?format=pdf&lang=pt> Acesso em 12 abr. 2022.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In:Merhy, E. E.; Onocko, R. (Org.). **Agir em saúde:** um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

MINAYO, M.C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. SãoPaulo: HUCITEC, Rio de Janeiro: ABRASCO, 2014.

MONGIOVI, V. G. et al. Reflexões conceituais sobre humanização da saúde: concepção de enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva. **Rev Bras Enferm.** V. 67, n. 2, 2014. Disponível:< <https://www.scielo.br/j/reben/a/sbcLDjgByW9g3BRpgYKkyCy/?lang=pt>> Acessoem 10 jul. 2021.

MORORÓ, D. D. S, et al. Enfermeiro como integrador na gestão do cuidado à criança com condição crônica. **Rev Bras Enferm.** V. 73, n.3, 2020. Disponível em: < https://www.scielo.br/pdf/reben/v73n3/pt_0034-7167-reben-73-03-e20180453.pdf> Acessoem 1 jan. 2021.

MORORÓ, D.D.S, et al. Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. **Acta Paul Enferm.** V. 30, n. 3, p.323-32, 2017. Disponível em: < <https://www.scielo.br/pdf/ape/v30n3/1982-0194-ape-30-03-0323.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2020.

NETO, D. L; PAGLIUCA, L. M. F. Abordagem holística do termo pessoa em um estudo empírico: uma análise crítica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** V.10, n. 6, 2002. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/rlae/a/mLRX6CzRxWgJjHqhKhnZytL/?lang=pt>> Acesso em 10dez. 2021

NETO, F. P. B. A; SILVA, W. L. M; LUIZA, V. L. **Gestão logística em saúde.** Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília] : CAPES :UAB, 2010.

OUCHI, J. D, et al. O papel do enfermeiro na unidade de terapia intensiva diante de novas tecnologias em saúde. **Revista Saúde em Foco** – Edição nº 10 – Ano: 2018. Disponível em:<https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/07/054_O_PAPEL_DO_ENFERMEIRO_NA_UNID_ADE_DE_TERAPIA_INTENSIVA.pdf> Acesso em 12 fev. 2022.

PATINO, C. M; FERREIRA, J. C. Critérios de inclusão e exclusão em estudos de pesquisa: definições e por que eles importam. **J. bras. pneumol.** V. 44, n.2, 2018.

Disponível em: < https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-37132018000200084&script=sci_arttext&tlng=pt> Acesso em 22 jan. 2021.

PERÃO, O. F, et al. Segurança do paciente em unidade de terapia intensiva de acordo com a teoria de Wanda Horta. **Cogitare Enferm.** V. 22, n. 3, 2017. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45657/pdf> Acesso em 20 jan. 2022.

RABELO, S. K, et al. Processo de trabalho do enfermeiro em um serviço hospitalar de emergência. **Rev. Bras. Enferm.** V. 73 n.5 Brasília, 2020. Disponível em: < https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672020000500168&script=sci_arttext&tlng=pt> Acesso em 10 jun. 2022

RODRIGUES N. H, SILVA L. G. A. Gestão da pandemia Coronavírus em um hospital: relato de experiência profissional. **J. nurs. health.** V. 10, 2020. Disponível em: <<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/18530/11238>> Acesso em 3 jul. 2022

RODRIGUEZ-MORALES A.J, et al. COVID-19 in Latin America: The implications of the first confirmed case in Brazil. **Travel Med Infect Dis.** V. 29, 2020.

ROSSATO, L; RIBEIRO, B. M. S. S; SCORSOLINI-COMIN, F. Religiosidade/espiritualidade e saúde na pandemia de COVID-19. **Revista do NUFEN: Phenomenology and Interdisciplinarity** V. 14, n. 2, 2022.

SÁ, M. C; PEPE, V. L. E. Planejamento estratégico. In: ROZENFELD, S., org. **Fundamentos da Vigilância Sanitária** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. Disponível em: < <https://books.scielo.org/id/d63fk/pdf/rozenfeld-9788575413258-12.pdf>> Acesso em 22 jul. 2021

SALES, O. P. et al. Gênero masculino na enfermagem: estudo de revisão integrativa. **Revista Humanidades e Inovação** v.5, n. 11, 2018

SANNA, M. C. Os processos de trabalho em enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília. V. 60, n. 2, 2007. Disponível em: < <https://www.scielo.br/pdf/reben/v60n2/a17v60n2.pdf>> Acesso em 26 dez. 2020.

SANTANA, R.M, TAHARA, Â.T.S. **Planejamento em Enfermagem: aplicação do processo de enfermagem na prática administrativa** [online]. Ilhéus: Editus, 2008, 111 p. ISBN: 978-85-7455-529- 4. Disponível: <https://books.scielo.org/id/vgr7y/pdf/santana-9788574555294.pdf>

SANTOS, J. L.G et al. Como os hospitais universitários estão enfrentando a pandemia de COVID-19 no Brasil? **Acta Paul Enferm.** V. 33, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ape/a/fr9jQffksDfd64CtjwR63YP/>>. Acesso em 10 jul. 2022.

SANTOS, T. A. **Precarização do trabalho em enfermagem em hospitais públicos da Bahia: 2015-2017** / Tatiane Araújo dos Santos. -- Salvador, 2018. 200 f. Orientador: Cristina Maria Meira de Melo. Tese (Doutorado - Enfermagem) -- Universidade Federal

da Bahia, Escola de Enfermagem, 2018. Disponível em:<<https://blog.ufba.br/grupogerirenfermagem/files/2017/05/TATIANE-ARA%C3%9AJOS-DOS-SANTOS-PRECARIZA%C3%87%C3%83O-DO-TRABALHO-EM-ENFERMAGEM-EM-HOSPITAIS-P%C3%9ABLICOS-DA-BAHIA-2015-2017.pdf>> Acesso em 20 de abr. 2022

Scorsolini-Comin F, Rossato L, Cunha V. F, et al. A religiosidade/espiritualidade como recurso no enfrentamento da covid-19. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**. V. 10. 2020. Disponível: <<http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/3723/2459>> Acesso em 12

SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciência & Saúde Coletiva**. V. 5, n. 1, p.187-192, 2000. Disponível em:< <https://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7089.pdf>> Acesso em 25 nov. 2020. SIEWERT, J.S, et al. Gestão do cuidado integral em enfermagem: reflexões sob a perspectiva do pensamento complexo. **Revista Mineira de enfermagem**. V, 21, 2017. Disponível em:<<http://reme.org.br/artigo/detalhes/1185>> Acesso em 20 nov. 2020.

SILVA, D. C; ALVIM, N. A. T; FIGUEIREDO, P. A. Tecnologias leves em saúde e sua relação com o cuidado de enfermagem hospitalar. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. V.12, n. 2, p.291 – 8, 2008. Disponível em: < <https://www.scielo.br/pdf/ean/v12n2/v12n2a14>>. Acesso em 25 jan. 2021.

SILVA, N. C. A, MOROÇO, D. M, CARNEIRO, P. S. O impacto da pandemia de COVID-19 no atendimento eletivo: experiência de um hospital de nível terciário e centro de referência para a doença. **Revista Qualidade HC**. FMRP USP. Ribeirão Preto, 2021. Disponível:< <https://www.hcrp.usp.br/revistaqualidadehc/uploads/Artigos/447/447.pdf>> Acesso em 10 abr.2022.

SOARES, D. M. M; SANTOS, J. D. A; LOPES, R. V. N. COVID-19 E A EDUCAÇÃO NOS SISTEMAS DE ENSINO: Mapeamento normativo e a garantia da equidade em tempos de pandemia . **Revista Observatório** , v. 6, n. 3, 2020.

SODER, R. M, et al. Práticas de enfermeiros na gestão do cuidado na atenção. **Revista cubana de enfermeira**. V. 36, n. 1, 2020. Disponível em: < https://www.researchgate.net/publication/340066774_Praticas_de_enfermeiros_na_gestao_do_cuidado_na_atencao_basica> Acesso em 20 dez. 2020.

SODRÉ, F et al. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: um novo modelo de gestão? **Comunicação de Pesquisa**. Serv. Soc. Soc. (114), 2013 <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/m9mFrqzgRhYCmgDkmyNhhtd/?lang=pt>

SOUZA, L. K. Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a Análise Temática. **Arq. bras. psicol**. V.71 n.2, 2019. Disponível em:< http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672019000200005>. Acesso em 10 jan. 2021.

UCHÔA, Maria das Graças; LEMES, Maria Madalena Del Duqui. A Visão dos

Enfermeiros que Trabalham em Unidade Hospitalar Pública sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem, 2010.

VIEIRA F. G. D. Perspectivas e limites da pesquisa qualitativa na produção de conhecimento em Marketing. **Revista de Negócios**. v.18, n.1, p.10_24, 2013. Disponível em: <<https://bu.furb.br/ojs/index.php/rn/article/viewFile/3613/2222>> Acesso em 06 dez. 2020.

VILELA, R. B; RIBEIRO, A; Batista, N. A. **Nuvem de palavras como ferramenta de análise de conteúdo**: Uma aplicação aos desafios do mestrado profissional em ensino na saúde. *Millenium*. V. 2, n.11, 2020.

WU D, Shu T, et al. Plasma metabolomic and lipidomic alterations associated with COVID-19. **medRxiv** 2020. Disponível em: <http://medrxiv.org/lookup/doi/10.1101/2020.04.05.20053819> Acesso em 10 fev 2022.

XU, Z, et al. Pathological findings of COVID-19 associated with acute respiratory distress syndrome. **Lancet Respir Med**. V.18, 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS2213-2600\(20\)30076-X/fulltext#%20](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS2213-2600(20)30076-X/fulltext#%20)> Acesso em 20 nov. 2020.

ZHANG, Yan, et al. The Psychological Change Process of Frontline Nurses Caring for Patients with COVID-19 during Its Outbreak. **Issues Ment Health Nurs**. V. 41, n. 6, 2020.

APÊNDICE A – Roteiro da entrevista semiestruturada

 Universidade Estadual de Feira de Santana Departamento de Saúde		
I. Caracterização da Entrevista		
Data: ___/___/___	Código da entrevista:	Iniciais do nome do (a) profissional:
Sexo: () F () M	Idade [em anos]:	
II. Informações profissionais		
Nível de formação: () graduação () especialização () mestrado () doutorado		
Tempo de atuação como enfermeiro (a) [*Com menos de um ano, registrar em meses. Acima de um ano, registrar o tempo em anos]:		
Tempo de trabalho o HUPES*: _____	Possui outros vínculos: () SIM () NÃO Se sim, qual a sua carga horária semanal totalsomando todos os vínculos?	
Unidade em que atua no HUPES: _____		
Carga Horária de Trabalho no Setor: _____		
Tempo de trabalho com pacientes COVID -19*:		
III. Entrevista Semiestruturada (Questões Centrais de Análise)		
<p>1. Fale sobre sua experiência durante o enfrentamento da pandemia, como é um dia típico seu como enfermeira (o) assistencial na prestação de cuidado às pessoas com COVID-19?</p> <p><i>Observação: a partir da resposta, questionar de forma complementar sobre as: 1) dificuldades no ambiente de trabalho; 2) relação com colegas, subordinados e chefia; 3) suporte organizacional (materiais, pessoal, logística, processos, educação permanente).</i></p>		
<p>2. Qual é o seu entendimento sobre gestão do cuidado na prática do enfermeiro? Como você organiza o cuidado dos seus pacientes?</p> <p><i>Observação: talvez seja necessário traduzir com mais clareza o que seria gestão do cuidado, desta forma você poderia falar: como você enxerga a sua articulação com a equipe de enfermagem e de saúde, assim como, com todos os demais setores que são fundamentais para que haja garantia do cuidado ofertado por enfermeiros?</i></p>		
<p>3. Quais as tecnologias de cuidado/instrumentos/ferramentas e demais estratégias (escalas, processo de enfermagem, dispositivos) foram utilizadas no seu contexto assistencial? Comente sobre os aspectos positivos e negativos.</p> <p><i>Observação: Se necessário, esclarecer: tecnologias leve, leve-dura e duras, como por</i></p>		

exemplo, escalas, processo de enfermagem, dispositivos. Para incentivar a resposta e buscar detalhamento pode ser questões complementares como: “Comente sobre inovações ou novas estratégias desenvolvidas na sua instituição para ajudá-lo no cuidado aos pacientes com COVID 19?”

4. Em relação a gestão do cuidado, quais estratégias você considera que poderiam ser desenvolvidas no seu trabalho para o enfrentamento da COVID-19? Por quê?”

5. Considerando que o enfermeiro é um líder no gerenciamento do cuidado, o que você acredita que poderia auxiliar e fortalecer esta liderança no contexto da pandemia? O que você entende por liderança da enfermeira (o)?

Observação: explorar detalhamento sobre as características e repercussões positivas ou negativas relatadas pela (o) entrevistada (o).

4. Na sua opinião, quais aspectos/estratégias de liderança do enfermeiro foram mais importantes para garantir a segurança do paciente e qualidade da assistência na pandemia?

5. Em relação à organização do cuidado realizada por você e pela equipe, o que poderia ser melhorado no seu trabalho no enfrentamento desta pandemia? Por que você acredita que essas estratégias seriam boas?

6. Foi através destes questionamentos que procurei entender como está sendo o trabalho do enfermeiro na linha de frente durante esta pandemia, você teria mais alguma informação adicional que me ajudaria nessa compreensão?

APÊNDICE B- Termo de consentimento livre e esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

TÍTULO DO PROJETO: GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM A PACIENTES
COM COVID-19 NO CONTEXTO HOSPITALAR

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada(o) a participar de uma pesquisa intitulada: Gestão do cuidado em enfermagem a pacientes com covid-19 no contexto hospitalar, cujo seu objeto de estudo é estudo é a gestão do cuidado de enfermagem em paciente com covid-19 no contexto hospitalar. O objetivo dessa pesquisa, é: analisar a gestão do cuidado em enfermagem a pacientes com covid-19. Portanto, convido-o a participar como voluntário deste estudo. A pesquisa possui natureza qualitativa, descritiva e exploratória e justifica-se por ser um tema ser imperioso, no qual os estudos científicos não retratam o gerenciamento do cuidado da enfermagem e o seu real papel na profissão, principalmente quando relaciona a COVID-19 com o cuidado da enfermeira. Contudo, se faz importante e relevante para a profissão, visto que impacta em um leque de reflexões para a Enfermagem, além de disseminar a importância do gerenciamento do cuidado aos paciente, principalmente no momento do qual estamos vivendo da pandemia da COVID-19. Além de dar maior visibilidade as enfermeiras, fornecer mais autonomia, reconhecimento, e permite a centralização do saber fora do seu domínio, o que denota a importância de se reconhecer enquanto profissional e se autofirmar no contexto que vive. Os benefícios esperados estão relacionados a melhorias na manutenção da saúde e segurança de médicos e profissionais da enfermagem, já que serão identificadas dificuldades e estratégias para utilização das medidas de segurança durante a pandemia de COVID-19. Os riscos oferecidos pela pesquisa são mínimos, visto que os procedimentos de coleta de dados não irão gerar conflitos ou exposição social dos participantes. Contudo, caso você em algum momento se sentir cansado ou não apresentar condições físicas ou mentais para prosseguir, você poderá suspender momentaneamente/definitivamente ou pelo tempo que você achar necessário, podendo terminar de preencher o questionário online em um outro horário a ser definido. Se você achar que não está em condições de continuar inserido no estudo, será retirado/excluído do estudo sem qualquer tipo de prejuízo. Vale ressaltar que será respeitado as medidas de distanciamento social e

todas as recomendações da Organização Mundial de Saúde sobre a prevenção da COVID-19, como: utilização de máscaras protetoras, higienização das mãos em vários momentos e utilização de álcool em gel. Além disso, durante todo o período da pesquisa você terá a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento. Para isso entre em contato **com a pesquisada ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Em caso de algum desconforto psicológico relacionado à pesquisa, você poderá ser encaminhado para acompanhamento gratuito junto ao serviço de psicologia da instituição.**

As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão ser divulgadas apenas em eventos ou publicações, sem a identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis do estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação. Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores. Fica também garantida indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa. Qualquer dúvida ou problema que venha a ocorrer durante a pesquisa, poderá entrar em contato com as pesquisadoras responsáveis pela pesquisa através do Programa de Pós Graduação em enfermagem (PGENF) pelo telefone: (71) 3263-7631 ou através de informações adquiridas no Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFBA pelo telefone: (71) 3283-7615. Ciente e de acordo com o que foi exposto, declaro ter a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas e estou suficientemente informado. Fica claro que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade, bem como de esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto, expresso minha concordância em participar desta pesquisa.

Data: _____

Nome do participante: _____

Documento de identificação: _____

Assinatura: _____

Pesquisador:

Nome: Laiane da Silva Santana

Assinatura: _____

ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP

UFBA - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO PROF.
EDGARD SANTOS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA ¿ HUPES/UFBA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação do cuidado de enfermagem a pacientes com COVID-19 em hospitais universitários brasileiros

Pesquisador: GILBERTO TADEU REIS DA SILVA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 38912820.3.2011.0049

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.562.421

Apresentação do Projeto:

As informações contidas seções Apresentação do projeto, Objetivo da pesquisa e Avaliação dos riscos e benefícios foram retiradas do documento PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1696756 (1).pdf. No Brasil, os hospitais universitários são centros de referência de média e alta complexidade para o Sistema Único de Saúde (SUS) no atendimento a pacientes com COVID-19. Nesses cenários, destaca-se a atuação da enfermagem, pois é a categoria responsável pela maioria dos cuidados recebidos pelos pacientes durante a hospitalização, podendo influenciar diretamente na qualidade assistencial, segurança do paciente/profissional e busca pela excelência dos resultados institucionais. Assim, este estudo tem como objetivo geral avaliar o cuidado de enfermagem a pacientes com COVID-19 em hospitais universitários brasileiros, sob a perspectiva dos profissionais e pacientes. Trata-se de uma proposta multicêntrica nacional, que reúne 10 instituições de ensino federais, sendo duas de cada região do Brasil: (1) Sul: Universidade Federal de Santa Catarina (proponente) e Universidade Federal de Santa Maria; (2) Sudeste: Universidade Federal de São Paulo e Universidade Federal do Rio de Janeiro; (3) Nordeste: Universidade Federal do Rio Grande do Norte e Universidade Federal da Bahia; (4) Norte: Universidade Federal do Pará e Universidade Federal do Amazonas; e, (5) Centro-oeste: Universidade Federal do Mato Grosso e

Endereço: Rua Augusto Viana, s/nº - 1º Andar

Bairro: Canela

CEP: 40.110-060

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-8043

Fax: (71)3283-8140

E-mail: cep.hupes@ebserh.gov.br

UFBA - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO PROF.
EDGARD SANTOS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA ; HUPES/UFBA



Continuação do Parecer: 4.562.421

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. A metodologia será desenvolvida em três etapas, com distintas estratégias de pesquisa quantitativas e qualitativas, considerando os focos avaliados: (1) Gestão hospitalar, com análise dos planos de contingência para enfrentamento da COVID-19 e entrevistas com gestores hospitalares; (2) Liderança, gestão do cuidado e ambiente de prática profissional, com foco na equipe de enfermagem a partir da aplicação de instrumentos para caracterização pessoal e condições laborais, Avaliação do Produto do Cuidar em Enfermagem (APROCENF) e Practice Environment Scale (PES), além de entrevistas qualitativas; (3) Continuidade do cuidado e experiência do paciente, em que serão aplicados instrumentos aos pacientes recuperados da COVID-19

após a alta hospitalar: Patient Measure of Safety (PMOS), Readiness for Hospital Discharge Scale - Adult Form (RHDS) e Care Transitions Measure - CTM-15. Também serão entrevistados os enfermeiros para descrever as estratégias de enfermeiros para a continuidade dos cuidados de pacientes recuperados da COVID-19 após a alta hospitalar. Em cada etapa, serão utilizadas técnicas específicas de coleta e análise de dados quantitativas e qualitativas, conforme o foco estudado. A partir da pesquisa, pretende-se contribuir com a produção de novos conhecimentos para melhoria do cuidado em saúde/enfermagem no SUS no combate a COVID-19. Além disso, busca-se ampliar a massa crítica em termos de profissionais da saúde, estudantes e pesquisadores acerca da qualidade do cuidado para lidar com pandemias e de possíveis estratégias para o desenvolvimento de padrões/boas práticas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar o cuidado de enfermagem a pacientes com COVID-19 em hospitais universitários brasileiros.

Objetivo Secundário:

- Caracterizar os Hospitais Universitários brasileiros no atendimento de pacientes com COVID-19;- Avaliar os planos de contingência para enfrentamento da COVID-19 nos hospitais universitários brasileiros;
- Analisar o processo de elaboração/implementação/avaliação dos planos de contingência para enfrentamento da COVID-19 nos hospitais universitários brasileiros;
- Caracterizar o perfil e as condições laborais dos profissionais de enfermagem no atendimento a pacientes com COVID-19;

Endereço: Rua Augusto Viana, s/nº - 1º Andar
Bairro: Canela CEP: 40.110-060
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-8043 Fax: (71)3283-8140 E-mail: cep.hupes@ebserh.gov.br

UFBA - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO PROF.
EDGARD SANTOS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA - HUPES/UFBA



Continuação do Parecer: 4.562.421

- Avaliar a experiência de enfermeiros na gestão do cuidado e liderança à pacientes com COVID em hospitais universitários;
- Avaliar o ambiente de prática profissional da equipe de enfermagem;
- Desvelar a experiência do paciente com o cuidado de enfermagem na internação hospitalar;
- Analisar fatores relacionados à segurança do paciente sob sua perspectiva;
- Descrever as estratégias de enfermeiros para a continuidade dos cuidados de pacientes recuperados da COVID-19 após a alta hospitalar; e,
- Desenvolver estratégias para translação/tradução do conhecimento e das evidências produzidas aos participantes do estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não são previstos riscos de natureza física aos participantes do estudo. Porém, há a possibilidade de mobilização emocional relacionada à reflexão sobre prática profissional e/ou o enfrentamento da doença. Os pesquisadores, compreendendo esse potencial risco, irão interromper a coleta de dados, estarão dispostos a ouvir os participantes e retornar a coleta de dados em outro momento, se o participante assim desejar.

Benefícios:

Com relação aos benefícios do estudo, esta pesquisa poderá contribuir com o desenvolvimento de novos conhecimentos para melhoria do cuidado em saúde e enfermagem no enfrentamento da COVID-19. Além disso, o mapeamento da prática de cuidado de enfermagem a pacientes com COVID-19 em hospitais universitários, poderá dar visibilidade aos desafios e às boas práticas de cuidado que têm sido desenvolvidas. Pretende-se também fornecer subsídios para gestores e profissionais a partir do diagnóstico situacional do cuidado de enfermagem nos hospitais universitários brasileiros.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações

Endereço: Rua Augusto Viana, s/nº - 1º Andar
Bairro: Canela CEP: 40.110-060
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-8043 Fax: (71)3283-8140 E-mail: cep.hupes@ebserh.gov.br

UFBA - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO PROF.
EDGARD SANTOS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA - HUPES/UFBA



Continuação do Parecer: 4.582.421

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações

Recomendações:

Vide Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise do projeto de pesquisa, documentos e termo de apresentação obrigatórios, com base na resolução CNS nº 466/2012, não foram encontrados impedimentos éticos, estando o projeto aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 466/12) e deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, completamente assinado.

O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente em ____/____/____ e ao término do estudo.

Endereço: Rua Augusto Viana, s/nº - 1º Andar
Bairro: Canela **CEP:** 40.110-060
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-8043 **Fax:** (71)3283-8140 **E-mail:** cep.hupes@ebserh.gov.br

UFBA - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO PROF.
EDGARD SANTOS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA - HUPES/UFBA



Continuação do Parecer: 4.582.421

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1696756.pdf	12/02/2021 23:09:42		Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRostoassinada.pdf	12/02/2021 23:08:25	GILBERTO TADEU REIS DA SILVA	Aceito
Outros	TermodeResponsabilidadePesquisadores emvinculoinstitutionalcomhupes.pdf	08/02/2021 23:18:59	GILBERTO TADEU REIS DA SILVA	Aceito
Outros	TermodeConsentimentoLivreeEsclarecidoTCLE.pdf	08/02/2021 23:18:00	GILBERTO TADEU REIS DA SILVA	Aceito
Outros	TermodeCompromissoUtilizaçãodeDado semProntuario.pdf	08/02/2021 23:17:30	GILBERTO TADEU REIS DA SILVA	Aceito
Outros	SUMARIO.pdf	08/02/2021 23:16:01	GILBERTO TADEU REIS DA SILVA	Aceito
Outros	equipedetalhada.pdf	08/02/2021 23:15:07	GILBERTO TADEU REIS DA SILVA	Aceito
Outros	DECLARACAOAPLICACAOOSIMILAREPROTOCOLOEMESTUDOMULTICENTRICO.pdf	08/02/2021 23:14:20	GILBERTO TADEU REIS DA SILVA	Aceito
Outros	CartaAnuencia.pdf	08/02/2021 23:12:23	GILBERTO TADEU REIS DA SILVA	Aceito
Outros	ModelodeCartadeEncaminhamentodeProjetoaoCEP.pdf	08/02/2021 16:14:39	GILBERTO TADEU REIS DA SILVA	Aceito
Cronograma	CronogramaOrcamentoDetalhado.pdf	08/02/2021 16:10:51	GILBERTO TADEU REIS DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_GESTORES_PROFISSIONAIS.pdf	05/10/2020 22:31:12	Alacoque Lorenzini Erdmann	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PROFISSIONAIS_PACIENTES_online.pdf	05/10/2020 22:31:05	Alacoque Lorenzini Erdmann	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_final_CEP.pdf	05/10/2020 22:30:57	Alacoque Lorenzini Erdmann	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Augusto Viana, s/nº - 1º Andar
Bairro: Canela CEP: 40.110-060
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-8043 Fax: (71)3283-8140 E-mail: cep.hupes@ebserh.gov.br

UFBA - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO PROF.
EDGARD SANTOS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA - HUPES/UFBA



Continuação do Parecer: 4.562.421

SALVADOR, 26 de Fevereiro de 2021

Assinado por:
Pablo de Moura Santos
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Augusto Viana, s/nº - 1º Andar
Bairro: Canela **CEP:** 40.110-060
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-8043 **Fax:** (71)3283-8140 **E-mail:** cep.hupes@ebserh.gov.br

ANEXO B – Termos de anuência do campo

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
COMPLEXO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGARD SANTOS**

Salvador, 13 de Novembro de 2020.

Ilm^º Dr. Pablo De Moura Santos
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
Complexo Hospitalar Prof. Edgard Santos- UFBA

Assunto: Carta de anuência do serviço

Prezado(a),

Pela presente, informo que estou de acordo com a coleta de dados a ser realizada no setor de Enfermagem, sediado no **Complexo Hospitalar Prof. Edgard Santos**, em que o setor tem plenas condições para a realização do procedimento, logo após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo- HUPES. Projeto de pesquisa intitulado “Avaliação do cuidado de enfermagem a pacientes com COVID-19 em hospitais universitários brasileiros”, pesquisadores responsáveis Prof. Pós-Doutor Gilberto Tadeu Reis da Silva e Prof. Dr. Devyson Borba de Almeida, equipe: Prof^ª Dr^ª Virginia Ramos dos Santos Souza, Prof^ª Dr^ª Giselle Alves da Silva Teixeira, Doutoranda Patricia Alves Galhardo Varanda, Mestranda Laiane da Silva Santana, Mestranda Josse Maria Melo Lima, Enf^ª. MsC. Olga Maria Brito dos Santos, Enf^ª. Monalisa Viana Sant’Anna, Mariana Sousa Santos Macedo, Licia Isaura Silva Rezende, Ariadne Ferreira Rangel, Fabricia Cristine Santos Leite, Carolina Calixto de Souza Andrade, Carolina Pedra Branca Valetim Silva, Daniele Vieira Oliveira, Enilson Carmo Barbosa, Erica Luiza S. Murici de Jesus, Gracia Barbosa Silva Freitas, Jamile de Araújo Meirelles, Leonardo Correia Santana Decânio, Livia Gomes da Silva Magalhães, Mara Regina Nascimento

Rua Augusto Viana s/nº, Canela CEP - 40110-060
Salvador/BA - www.hupes.ebserh.gov.br

Barbosa dos Santos, Marisa Reis do Espírito Santo, Taiane Cerqueira Borba Monção, Tâmara Angélica da Rocha, Valdeir Almeida da Silva, Vanessa Borges Ribeiro, Viviane Maria de Oliveira, Ana Karina Lima Cerdeira, Geisa de Oliveira Brasil, Taisi Soares Assis Amaral, Miria Vanessa Ferreira Santos, Maria Gabriela Santos de Souza, Iranete Almeida Sousa Silva, Adriana Almeida dos Santos, Alessandra Rabelo Gonçalves Fernandes, Andréia Santos Mendes, Barbara Sueli Gomes Moreira, Luciana Boa Morte de Santana, Elisa Auxiliadora da França Ribeiro.

Etapas Operacionais:

"Trata-se de uma proposta multicêntrica, que será desenvolvida por meio um estudo transversal, descritivo e analítico, com articulação entre abordagem quantitativas e qualitativas de pesquisa.

Os cenários do estudo serão os 10 Hospitais Universitários vinculados às Universidades Federais que integram o estudo, sendo duas de cada região do Brasil: (1) Sul: Federal de Santa Catarina (proponente) e Federal de Santa Maria; (2) Sudeste: Federal de São Paulo e Federal do Rio de Janeiro; (3) Nordeste: Federal do Rio Grande do Norte e Federal da Bahia; (4) Norte: Federal do Pará e Federal do Amazonas; e, (5) Centro-oeste: Federal do Mato Grosso e Federal de Mato Grosso do Sul. A pesquisa será desenvolvida em três etapas, considerando cada um dos focos avaliados no trabalho: 1) Gestão hospitalar; 2) Liderança, gestão do cuidado e ambiente de prática profissional e 3) Continuidade do cuidado e experiência do paciente. **ETAPA 1 – GESTÃO HOSPITALAR**

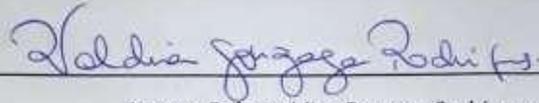
Consistirá na análise dos planos de contingência para enfrentamento da COVID-19, relatórios institucionais e entrevistas com gestores hospitalares **ETAPA 2 – LIDERANÇA, GESTÃO DO CUIDADO E AMBIENTE DE PRÁTICA PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM**
Abordagem quantitativa: Serão aplicados três instrumentos:

1) Caracterização pessoal e condições laborais; 2) Avaliação do produto do cuidar em enfermagem (APROCENF) e 3) Practice Environment Scale (PES). Abordagem qualitativa: Os participantes serão abordados visando explorar suas experiências sobre gestão do cuidado, liderança e ambiente de prática profissional a partir de um roteiro semiestruturado. Para a coleta dos dados qualitativos, os participantes serão

Rua Augusto Viana s/nº, Canela CEP - 40110-060
Salvador/BA - www.hupes.ebserh.gov.br

convidados a fazer parte da pesquisa por e-mail, fornecido pela instituição, sendo nesse momento, apresentados aos objetivos da pesquisa, abordagem metodológica e ética. Etapa 3 – CONTINUIDADE DO CUIDADO E EXPERIÊNCIA DO PACIENTE. Abordagem Quantitativa: A população e amostra será composta por pacientes que tiveram alta da unidade de internação hospitalar destinada a pacientes com COVID-19. A primeira parte do questionário para coleta de dados conterá variáveis relacionadas à caracterização dos participantes, como: Iniciais do Nome; Data de nascimento; Sexo; Cor/raça; Escolaridade; Tempo de internação; Hospital; Entrevistador - data/hora. Na sequência, serão utilizados os seguintes instrumentos: (1) Patient Measure of Safety (PMOS); (2) Readiness for Hospital Discharge Scale- Adult Form (RHDS) e (3) Care Transitions Measure - CTM-15. Abordagem Qualitativa: Os participantes desta etapa serão pacientes recuperados da COVID-19 e enfermeiros dos hospitais em que o estudo será desenvolvido. A coleta de dados com os pacientes será realizada por meio de entrevista com roteiro semiestruturado, por telefone, contendo questões essenciais que instiguem a abrangência das informações esperadas, planejadas com base na Técnica de Incidente Crítico. Também serão entrevistados os enfermeiros para descrever as estratégias de enfermeiros para a continuidade dos cuidados de pacientes recuperados da COVID-19 após a alta hospitalar. SESSÃO INTEGRADORA FINAL DE TRANSLAÇÃO DO CONHECIMENTO. Serão aplicadas estratégias de Integrated Knowledge Translation, com abordagem colaborativa para pesquisar, o que exige integração dos pesquisadores com usuários do conhecimento, tais como tomadores de decisão, profissionais de saúde, pacientes e formuladores de políticas para garantir aplicabilidade na prática, do conhecimento que será produzido (LORENZINI et al., 2020). Ainda, há possibilidade da elaboração de infográficos, ou outras estratégias de mídia que se mostrarem adequadas para maior alcance dos resultados no público-alvo.

De acordo,



Nome: Enfa. Valdira Gonzaga Rodrigues

Cargo: Gerente de Atenção à Saúde

Local: Complexo Hospitalar Prof. Edgard Santos- Enfermagem

Assinatura Responsável da Área/Serviço/Local onde será realizada a pesquisa

Rua Augusto Viana s/nº, Canela CFP - 40110-060
Salvador/BA - www.hupes.ebserh.gov.br