

<https://doi.org/10.51234/aben.22.e15.c09>

GOVERNANÇA CORPORATIVA NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGARD SANTOS NO ENFRENTAMENTO DA COVID-19

Monalisa Viana Sant'Anna¹

ORCID: 0000-0003-3336-2510

Olga Maria Brito dos Santos¹

ORCID: 0000-0001-6405-2895

Iranete Almeida Sousa Silva¹

ORCID: 0000-0002-1676-7543

Maria Gabriela Santos de Souza¹

ORCID: 0000-0001-7125-6634

Erica Luzia Sales Murici de Jesus¹

ORCID: 0000-0001-6814-7103

Gilberto Tadeu Reis da Silva^{II}

ORCID: 0000-0002-0595-0780

Deybson de Almeida Borba^{III}

ORCID: 0000-0002-2311-6204

Giselle Alves da Silva Teixeira^{II}

ORCID: 0000-0001-6245-302X

Virgínia Ramos dos Santos Souza^{II}

ORCID: 0000-0003-4246-4332

Patrícia Alves Galhardo Varanda^{II}

ORCID: 0000-0001-8120-7983

Mariane Teixeira Dantas Farias^{II}

ORCID: 0000-0003-4208-4911

INTRODUÇÃO

A COVID-19 é uma doença causada por um vírus da família Coronavírus denominado Severe Acute Respiratory Syndrome 2 (SARS-CoV-2), descoberto na cidade de Wuhan na China, em dezembro de 2019⁽¹⁾. Houve uma rápida disseminação da doença pelos continentes, resultado da alta transmissibilidade viral associada ao desconhecimento da evolução clínica. A doença foi considerada Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional⁽²⁾ pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e, em seguida, uma pandemia.

No Brasil, a pandemia teve seus primeiros registros em fevereiro de 2020, sendo reconhecida como Emergência de Saúde Pública de importância nacional, pelo Ministério da Saúde (MS), por meio da Portaria GM/MS n. 188/2020⁽³⁾. Este cenário evidenciou a necessidade de resposta rápida da Rede de Atenção à Saúde (RAS), principalmente no que se refere à capacidade de identificação precoce dos casos e disponibilidade do acesso aos serviços de maior complexidade. Em 17 de março de 2021 o Brasil já ocupava o segundo lugar no mundo em incidência da doença, com 11.519.609 casos confirmados e 279.286 óbitos⁽⁴⁾.

Decorrido um ano do início da pandemia foram constatadas situações heterogêneas no Brasil. De modo geral, houve desaceleração da doença, e em seguida aumento do número de casos no segundo semestre de 2020, isto após a identificação de variantes⁽⁵⁾. Atualmente as diversas mutações são motivo de preocupação, visto que aumentam não só a transmissibilidade e gravidade dos quadros clínicos como o risco de óbito⁽⁶⁾.

Em janeiro de 2021, o país iniciou a vacinação como forma de controle da doença. Nota-se redução dos casos, nas faixas etárias mais avançadas, já vacinadas, mas aumentou o adoecimento de pessoas mais jovens, economicamente ativas, inclusive com rápida deterioração do quadro clínico e maior tempo de permanência de ocupação dos leitos hospitalares⁽⁵⁾.

¹Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos. Salvador, BA, Brasil.

^{II}Universidade Federal da Bahia. Salvador, BA, Brasil.

^{III}Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, BA, Brasil.

Autor Correspondente:

Monalisa Viana Sant'Anna
santannamonalisa7@gmail.com



Como citar:

Sant'Anna MV, Brito OMS, Silva IAS, et al. Governança Corporativa no Hospital Universitário Professor Edgard Santos no Enfrentamento da COVID-19. In: Santos JLG, Erdmann AL. (Orgs.). Gestão do cuidado de enfermagem no enfrentamento da pandemia de COVID-19 em hospitais universitários brasileiros. Brasília, DF: Editora ABEn; 2022. 76-87 pg. <https://doi.org/10.51234/aben.22.e15.c09>

Revisora: Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni
Universidade Federal de Santa Catarina.
Florianópolis, SC, Brasil



A associação desses fatores, especialmente em um cenário de saúde à beira do colapso, quando não já colapsado, amplifica os desafios habitualmente vivenciados no âmbito dos hospitais, especialmente para os universitários, que se responsabilizam por um conjunto altamente divergente e complexo de atividades. Suas ações incluem a realização de atendimentos, exames, diagnósticos e tratamentos, além de planejamento e execução de internações e intervenções cirúrgicas, práticas de ensino e pesquisa e formação de profissionais de saúde ⁽⁷⁾.

Ademais, a ausência de planejamento antecipado em situações de risco coopera para as incertezas, sendo este um fator gerador de sobrecarga para os gestores, diante da necessidade premente de suprir inúmeras deficiências.

Sendo assim, inúmeras instituições de saúde implementaram, de modo urgente, medidas para manter a capacidade de atendimento à população. E é neste contexto de estruturação de estratégias para melhor reorganização e de necessidade de redução dos indicadores de mortalidade que se desenvolve o presente estudo. Será relatada a vivência dos autores, enfermeiros, do Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos (HUPES), e a implementação das primeiras ações educativas, seguida da instituição, pela governança, do Grupo Técnico de Trabalho (GTTCOVID-19), por meio da Portaria nº 77 de 16 de março de 2020 ⁽⁸⁾, posteriormente convertido em Comitê de Crise da COVID-19 do HUPES, conforme Portaria nº 242 de 29/05/2020 ⁽⁹⁾.

Este Comitê tem como finalidade adaptar os serviços mediante ações voltadas para capacitação e proteção dos profissionais de saúde e usuários, de modo a evitar o colapso desta instituição neste momento de pandemia. E, como atribuições, atividades que incluem ações de vigilância em saúde, resgate das boas práticas em saúde e segurança no trabalho, revisão e elaboração de protocolos clínicos, procedimentos operacionais-padrão e promoção da educação permanente.

Os hospitais universitários, enquanto serviços públicos são cenários de práticas de ensino/aprendizagem que, habitualmente, enfrentam escassez de equipamentos, materiais para diagnósticos e assistência aos usuários; escassez de leitos hospitalares, particularmente os de terapia intensiva; condições precárias de trabalho reveladas pela falta de equipamentos de proteção individual (EPI), sobrecarga de trabalho, subdimensionamento de pessoal, entre outros. No curso da pandemia, tem ocorrido a intensificação dessas dificuldades em concomitância com o cenário mundial de despreparo dos trabalhadores para lidar com a nova patologia e, conseqüentemente, aumento do número de trabalhadores contaminados pelo SARS-CoV-2.

O HUPES da Universidade Federal da Bahia (UFBA), enquanto um hospital universitário integrante da RAS do Sistema Único de Saúde (SUS) tem adequado seus serviços para atender as demandas oriundas da pandemia, como também garantir práticas seguras aos trabalhadores, estudantes e usuários.

Vislumbra-se que os resultados aqui apresentados possibilitam uma análise das ações estratégicas em Saúde implementadas para o enfrentamento da COVID-19 neste hospital, com destaque para as práticas exitosas que se mostraram capazes de melhorar a qualidade assistencial, a segurança do paciente/profissional e a busca pela excelência dos resultados institucionais. Adicionalmente, espera-se que o relato dessas experiências possa contribuir para o manejo futuro de eventos de crise na saúde. Diante do exposto, definiu-se a seguinte questão de investigação: Como se estruturaram as ações estratégicas em Saúde do HUPES para o enfrentamento da COVID-19?

Portanto, como objetivo estabeleceu-se analisar as ações estratégicas em Saúde do HUPES para o enfrentamento da COVID-19.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo relato de experiência e transversal. Os dados que fundamentam este relato foram coletados do período de fevereiro de 2020 a fevereiro de 2021, extraídos de documentos publicados *on-line*, na intranet do hospital, dos registros das reuniões ordinárias e extraordinárias do Comitê de crise,

de documentos internos do Setor de Vigilância Saúde e Segurança do Paciente (SVSSP), e de minutas de reuniões. Esses dados foram agrupados em planilha *Excel*, categorizados e subcategorizados por aproximação temática conforme os eixos: gestão, epidemiologia e clínica.

Esse tipo de estudo se caracteriza pela descrição precisa da experiência tida como exitosa ou não e que, neste caso, pode contribuir para discussão e proposição de ideias para melhoria do cuidado em saúde durante a pandemia da COVID-19⁽¹⁰⁾. Relatos podem revelar enfrentamentos e dificuldades, ao tempo que estimulam gestores, trabalhadores e comunidade acadêmica para novos estudos, bem como sinalizar novos caminhos⁽¹⁰⁾.

O relato de experiência como narrativa assume importância na medida em que confere legitimidade à experiência enquanto fenômeno científico. É, portanto, uma ferramenta metodológica que se avizinha aos manejos e direcionamentos das ciências humanas; exprime, por meio da própria criação, uma espécie de temperatura da época, ensejando uma aspiração voltada à possibilidade de verdade⁽¹⁰⁾.

O *lôcus* deste estudo foi o HUPES/UFBA, localizado na cidade de Salvador, no Estado da Bahia. Inaugurado em 1948, classifica-se como hospital de grande porte, possui 291 leitos de internação integral ativos, 11 leitos do hospital dia, 20 de Terapia Intensiva Adulto e 08 de Terapia Intensiva Pediátrica, 17 salas de aula, 01 auditório, 01 anfiteatro, 5 laboratórios de pesquisa e 18 unidades de internação. Para as atividades ambulatoriais conta com 128 consultórios.

No HUPES são atendidos pacientes com doenças que demandam atenção especializada de média e alta complexidade. Seu corpo clínico é composto por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, psicólogos, assistente social, farmacêuticos, médicos, professores, estudantes de graduação e pós-graduação, médicos residentes e residentes multiprofissionais, além dos serviços de apoio administrativos e outros, como transporte, higienização e recepcionistas. Conta com 2.408 funcionários em regimes de trabalho diferentes, sendo 626 UFBA, 48 Ministério da Saúde, 5 Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, 4 Secretaria Municipal de Saúde, 1.593 Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebsersh) e 132 oriundos de empresas terceirizadas.

Exerce importante papel como campo de prática na formação dos estudantes de cursos técnicos, de graduação e de pós-graduação *lato sensu e stricto sensu* da UFBA, a exemplo das escolas da área de saúde que desenvolvem suas atividades práticas e teórico-práticas no HUPES. A história desta organização é marcada por conquistas e inovações nos quatro pilares de um hospital universitário, repercutindo diferenciadamente na prestação de serviços à sociedade.

No âmbito da pesquisa, são desenvolvidas investigações em grandes áreas de conhecimento em saúde: Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, entre outras. Na área médica, destacam-se pesquisas nas seguintes especializações: gastroenterologia, hepatologia, cardiologia, psiquiatria, pneumologia, onco-hematologia, ginecologia, pediatria, doenças hematológicas benignas e doenças raras.

O presente relato está organizado em três momentos: 1ª - Descrição da implantação e funcionamento do grupo de trabalho; 2ª - Caracterização do conjunto de documentação produzida pelo serviço; e 3ª - Reflexões de profissionais que compuseram o grupo deste manuscrito.

Os documentos foram categorizados por aproximação temática, e ordenados de forma decrescente de incidência, assim denominados: Gestão em Saúde; Educação na Saúde; Manejo Clínico; e Vigilância em Saúde. Com a finalidade de detalhar a análise, foram subcategorizados em: Saúde do trabalhador, Manejo clínico, Segurança do paciente e Vigilância epidemiológica.

As reflexões de profissionais que compuseram o grupo de trabalho neste estudo foram utilizadas como dados secundários, (subjetivos) oriundos da vivência, sendo, portanto, dispensável a aprovação em Comitê de Ética. Contudo, o HUPES é coparticipante do estudo multicêntrico brasileiro intitulado "Avaliação do cuidado de enfermagem a pacientes com COVID-19 em hospitais universitários brasileiros", aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HUPES, sob Parecer nº 4.562.421, o que torna factível esse relato, tal como preconizado pelas Resoluções nº 466/12⁽¹¹⁾ e nº 510/16⁽¹²⁾ do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

A COVID-19 é considerada um agravo de saúde pública de notificação compulsória. No âmbito hospitalar e, portanto, também no HUPES, é monitorada pelo Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE) vinculado gerencialmente ao SVSSP. Nesse entendimento, a governança local do HUPES, ao buscar atender à missão de prestar assistência à saúde da população; formar recursos humanos voltados para as práticas de ensino, pesquisa e assistência e produzir conhecimentos em benefício da coletividade determinou através de Portaria organizacional que a condução de todas as ações para enfrentamento da COVID-19 estaria sob o gerenciamento e responsabilidade do SVSSP da organização destacada neste estudo.

Para tanto, foi criada uma estrutura organizacional temporária, inicialmente denominada GTTCOVID-19⁽⁸⁾, posteriormente convertido em Comitê de Crise da COVID-19 do HUPES⁽⁹⁾, para apoiar a condução das ações de prevenção e controle da COVID-19 composta por representantes da Superintendência, Gerência Administrativa, Gerência de Atenção à Saúde, Gerência de Ensino Pesquisa e Extensão, SVSSP, NHE, Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), Serviço de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalhador (SOST), Setor de Regulação Assistencial, Divisão de Gestão do Cuidado, Divisão Médica, Divisão de Enfermagem, Divisão de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, Divisão de Infraestrutura e Logística Hospitalar e Serviços de Apoio: Suprimentos, Laboratório, Nutrição, Psicologia, Serviço Social, Farmácia, Almoxarifado, Engenharia Clínica, Tecnologia da Informação, Hotelaria, dentre outros.

Por conseguinte, foram constituídos subcomitês do Comitê de Crise do HUPES para discussão de temas pertinentes à condução das ações de prevenção e controle da COVID-19, reuniam-se sob demanda, convocados pelo Coordenador. Foram assim denominados: Subcomitê de Redução de Circulação, Subcomitê de Sintomáticos Respiratórios, Subcomitê de Suprimentos, Subcomitê de Proteção de Profissionais e Trabalhadores e Subcomitê de Gerenciamento de Casos. Estes são compostos por: enfermeiro, médico das especialidades (clínica médica, epidemiologia, infectologia e pneumologia), profissionais e gestores de áreas afins.

Diante do agravamento do cenário sanitário e, consequentemente, da necessidade de intervenções rápidas e eficazes, o Comitê de Crise assumiu as seguintes competências:

- Assessorar a condução das atividades relacionadas a eventos de saúde pública;
- Promover atividades técnico-científicas e ações para prevenção e controle de eventos de saúde pública;
- Apoiar a reestruturação de fluxos e processos hospitalares no atendimento de casos que envolvem eventos de saúde pública;
- Assessorar a promoção de ações de vigilância em saúde e segurança do paciente, relativas a eventos de saúde pública;
- Assegurar a construção, revisão e divulgação de protocolos, notas técnicas e procedimentos operacionais relacionados aos eventos de saúde pública;
- Estimular e coordenar a proposição de temas para capacitação e eventos voltados à prevenção, controle e manejo de eventos de saúde pública;
- Integrar as ações de prevenção, controle e manejo de eventos de saúde pública ao programa de aprimoramento profissional, estágios e de ensino, pesquisa e extensão;
- Controlar a elaboração e entrega de trabalhos técnicos quando relacionados à Vigilância em Saúde.

Como integrante da Rede EBSEERH de hospitais, o coordenador do Comitê de Crise do HUPES participa do Núcleo de Comunicação Operacional no âmbito do Centro de Operações de Emergências em Saúde da Rede EBSEERH (NuCOP-COE-EBSEERH), cujo objetivo é centralizar as demandas de informações relativas à pandemia e designar interlocutores em cada hospital da rede.

Ao longo do recorte deste estudo foram realizadas 100 reuniões com os membros do Comitê de crise, inicialmente diárias, com horário e local pré definidos e posteriormente por demanda. As reuniões eram pautadas

na avaliação do cenário local, nacional e mundial, com base nos indicadores da COVID-19 padronizados no hospital para definição de estratégias, medidas assistenciais e gerenciais, de forma que estivessem alinhadas às determinações do MS, Anvisa, OMS, *Center for Disease Control and Prevention*, além das regulamentações estaduais e municipais vigentes.

Nas reuniões do Comitê de crise foi adotado o *debriefing* – método que se constitui de uma parada para reflexão dos acontecimentos nos setores envolvidos em processos preestabelecidos das ações já realizadas e seus resultados – como ferramenta avaliativa da situação. As discussões originaram a publicação de 135 documentos que subsidiaram o enfrentamento da COVID-19 no hospital. Concentrou o maior volume 36 (26,67%), seguido dos fluxogramas 24 (17,78%) e dos POP 15 (11,11%).

Tabela 1 – Ações estratégicas do HUPES de fevereiro de 2020 a fevereiro 2021. Salvador, BA, Brasil, 2021

Tipos de Documentos	1º Trimestre (N=47)		2º Trimestre (N=49)		3º Trimestre (N=25)		4º Trimestre (N=14)		Total (N=135)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Boletim Epidemiológico	0	0,0	10	20,4	13	52,0	13	92,9	36	26,7
Boletim Informativo	0	0,0	2	4,1	0	0,0	0	0,0	2	1,5
Campanha	1	2,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,7
Cartaz	2	4,3	3	6,1	1	4,0	0	0,0	6	4,4
Cartilha	3	6,4	5	10,2	0	0,0	0	0,0	8	5,9
Documento Orientador	1	2,1	2	4,1	0	0,0	0	0,0	3	2,2
Ficha	2	4,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,5
Fluxograma	10	21,3	11	22,5	3	12,0	0	0,0	24	17,8
Formulário	0	0,0	1	2,0	1	4,0	0	0,0	2	1,5
Informativo	3	6,4	3	6,1	0	0,0	0	0,0	6	4,4
Manual	2	4,3	4	8,2	0	0,0	0	0,0	6	4,4
Nota Técnica	4	8,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	3,0
Ofício	1	2,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,7
Orientações	0	0,0	1	2,0	1	4,0	0	0,0	2	1,5
Placa	4	8,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	3,0
Plano de Contingência	2	4,3	1	2,0	1	4,0	1	7,1	5	3,7
Procedimento Operacional Padrão-POP	6	12,8	4	8,2	5	20,0	0	0,0	15	11,1
Portaria	4	8,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	3,0
Projeto	1	2,1	1	2,0	0	0,0	0	0,0	2	1,5
Vídeo	1	2,1	1	2,0	0	0,0	0	0,0	2	1,5

Fonte: Intranet – HUPES, 2021.

Na tabela 1, estão agrupadas as publicações por trimestre. Constatou-se predomínio de documentos produzidos entre o primeiro 47 (63,45%) e segundo trimestres 49 (66,15%), períodos que correspondem à entrada e disseminação da pandemia no Brasil, respectivamente. Tal situação, aliada ao medo e ao desconhecimento, geraram uma sobrecarga de demandas administrativas para os gestores, no sentido de implementar ações que assegurassem a proteção dos trabalhadores e usuários do HUPES.

Quando comparamos o quantitativo de publicações por tipo e por período trimestral, verificamos que no primeiro trimestre prevaleceu a elaboração de fluxogramas 10 (21,28%) e de POP 06 (12,77%). No segundo trimestre, predominaram fluxogramas 11 (22,45%) e boletins epidemiológicos 10 (20,41%). Já o terceiro trimestre priorizou a atualização de boletins epidemiológicos 13 (52%) e a elaboração de POP 05 (20%).

Por fim, o quarto trimestre denota a divulgação e atualizações de boletins epidemiológicos, no total de 13 (92,86%). Vale destacar que o plano de contingência foi atualizado ao longo dos quatro trimestres, recorte temporal deste estudo.

As publicações da categoria Gestão em Saúde se apresentaram com o maior volume de documentos, no total de 34 (35,41%). Esta densidade documental pode ser consequência da ausência de um plano orientado para enfrentamento de uma crise como a pandemia da COVID-19. Conforme disposto na tabela 2, observamos que as publicações da categoria de Gestão em Saúde se concentraram na Saúde do Trabalhador 11 (32,35%) e no Manejo Clínico 11 (32,35%).

Tabela 2 – Distribuição da quantidade de documentos produzidos segundo categoria e subcategorias temáticas. Salvador, BA, Brasil, 2021

Categoria	n	%
Subcategoria		
Gestão em Saúde (N=34)		
Saúde do Trabalhador	11	32,4
Manejo clínico	11	32,4
Segurança do Paciente	2	5,9
Vigilância Epidemiológica	1	2,9
Atos Administrativos	9	26,5
Educação na Saúde (N=28)		
Saúde do Trabalhador	15	53,6
Manejo clínico	9	32,1
Segurança do Paciente	3	10,7
Vigilância Epidemiológica	1	3,6
Manejo Clínico (N=24)		
Segurança do Paciente	24	100,0
Vigilância em Saúde (N=10)		
Vigilância Epidemiológica	4	40,0
Saúde do Trabalhador	6	60,0

Fonte: Intranet – HUPES, 2021.

Assim, houve a necessidade de adaptação estrutural do HUPES, bem como de revisão dos processos de trabalho com a criação de novos fluxogramas. Este movimento de mudança no ambiente de trabalho pode ter sido impactante para todos os profissionais, pois se depararam com as demandas de uma doença desconhecida com índices elevados de transmissibilidade, criticidade e mortalidade.

As publicações da categoria Educação em Saúde foram a segunda mais prevalente, 28 (29,1). É importante destacar que as ações no campo da saúde do trabalhador e manejo clínico mostraram domínio dentro das categorias de Educação na Saúde e Gestão em Saúde.

No recorte do presente estudo, o HUPES alcançou o total de 1488 funcionários e estudantes treinados em diversas temáticas, tais como uso correto e racional dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI), atendimento ao paciente crítico com sintomas respiratórios, uso do ventilador mecânico e intubação no adulto e na criança acometidos ou suspeitos da COVID-19, manejo e preparo do corpo suspeito ou contaminado por COVID-19.

A premissa para elaboração de documentos com mudanças no processo de cuidado teve como foco tanto o manejo clínico, principalmente àqueles pacientes em situações críticas, como a proteção da saúde dos trabalhadores. Para tanto, o Comitê, contou com apoio dos profissionais da Comissão de Educação Permanente

em Enfermagem, SCIH, SOST, Unidade de Desenvolvimento de Pessoas (UDP), Unidade Referência de Agudos, Unidade de Tratamento Intensivo, Unidade de Anestesiologia, Serviço de Psicologia além de ter utilizado a estrutura disponível no hospital. Foi um processo pautado em metodologias ativas e simulação realística, além de terem sido seguidos os protocolos de segurança instituídos.

Contudo, os altos índices de absenteísmo e de contaminação dos profissionais de saúde traduzem, de algum modo, a necessidade de investimento na dimensão estrutural dos serviços de saúde e de um entendimento mais técnico, humanitário e ético do trabalho em saúde.

As notificações de casos da COVID-19 no HUPES de paciente, trabalhador, residentes e internos, até a data de 25 de fevereiro de 2021, totalizaram 1774. Destas, 599 foram relativas a pacientes, sendo 428 internados e 171 ambulatoriais. Destes pacientes, 426 foram descartados, 23 foram considerados suspeitos e 150 confirmados (117 internados e 33 ambulatoriais). Dos 150 confirmados, ocorreram 26 óbitos no HUPES, todos na Unidade de Terapia Intensiva.

No contexto da vigilância em Saúde, o HUPES promoveu ações que contemplaram a divulgação de medidas de proteção aos trabalhadores da unidade, grupo de maior vulnerabilidade na contaminação por COVID-19. Tal decisão considerou a exposição, pela natureza do trabalho de médicos, profissionais de enfermagem, fisioterapeutas, recepcionistas, funcionários da higienização, bem como as condições estruturais deficitárias, especialmente nos serviços públicos (tabela 02).

Nesse sentido, destaca-se a criação de uma Central de distribuição de EPI em forma de Kits, estrategicamente localizada. Esta central segue em operação de segunda à sexta-feira, das 7h às 17h e para os demais horários as enfermeiras fazem a provisão antecipadamente. Vale ressaltar a participação de um técnico de segurança do trabalho e duas recepcionistas que entregam o EPI e reforçam as orientações e medidas de biossegurança.

DISCUSSÃO

A pandemia da COVID-19 levou a um aumento da produção de conhecimento e ao aprimoramento de práticas de organização do processo de trabalho e saúde, além de ter gerado uma demanda significativa de processos decisórios, necessidade de tomadas de decisões rápidas e construção de parâmetros para elas. Contudo, torna-se importante destacar a capacidade dos profissionais na sobreposição de atividades ao assumirem a condução técnica e gerencial deste processo.

Em uma perspectiva teórica, para aplicação dos processos de melhoria, é preciso aliar o conhecimento acumulado sobre gestão ao cotidiano dos serviços e utilizá-lo de acordo com as especificidades de cada cenário. Para tanto, são essenciais práticas de planejamento, monitoramento e avaliação dos serviços em saúde, considerando a fragilidade de processos decisórios tomados por demandas do cotidiano, numa direção de resposta momentânea ao problema ⁽¹³⁾.

Por outro lado, a pandemia acentuou a particularidade do processo de trabalho em saúde. Esta intensificou as relações, produto difícil de ser mensurado, agravado ainda pela necessidade de atender as modificações e exigências técnicas da atenção à pessoa com COVID-19 ⁽¹⁵⁾. Além do que, com a pandemia a dimensão interprofissional do trabalho, ficou mais evidente nas organizações de saúde ⁽¹⁵⁾.

Ademais, o alto volume de produção de boletins epidemiológicos, POP e fluxogramas indicaram a necessidade de reorganização das práticas da equipe de saúde, bem como a fragilidade de espaços dialógicos de produção do conhecimento e tomada de decisões, que foram resgatadas durante a pandemia da COVID-19. Tal afirmativa é fortalecida pelo modelo utilizado, uma vez que os documentos foram elaborados em um processo de diálogo e construção coletiva pela equipe multiprofissional.

Outro aspecto a ser destacado é a gravidade dos impactos causados pela pandemia na saúde pública, por ser um vírus de fácil e rápida propagação na população, que levou a uma mudança abrupta nas rotinas dos serviços de saúde. Observa-se um cenário sobrecarregado de internações hospitalares decorrentes de complicações respiratórias de difícil manejo clínico, além de alto índice de contaminação entre os profissionais de saúde.

Nesse sentido, a pandemia, além de exigir resposta rápida do sistema de saúde, pode ter evidenciado a dificuldade das organizações em criar espaços de diálogos entre a gestão, usuários e trabalhadores. A necessidade premente de produzir e disseminar conhecimento acerca de uma patologia recém-instalada, bem como de implementar rapidamente medidas de proteção aos profissionais, prover equipamentos de proteção individual e instituir protocolos de manejo clínico, favoreceu o envolvimento dos profissionais como sujeitos do processo em saúde na tomada de decisões no hospital. Este aspecto é confirmado pela adoção do uso da ferramenta de avaliação *debriefing* nas reuniões diárias pelo Comitê de crise do HUPES.

Entende-se o processo de tomada de decisões em sistemas de saúde como um conjunto de passos estruturados que inclui a busca pelo consenso entre as partes envolvidas e incorpora o uso de informações coletadas nos níveis locais para lidar com situações complexas. Esse processo deve levar em consideração as especificidades do contexto a fim de permitir o desenvolvimento e a avaliação de soluções inovadoras⁽¹⁴⁾.

Nessa direção, destaca-se a elaboração do Boletim epidemiológico semanal ao longo de um ano como ação que comprova o monitoramento de dados sobre COVID-19 no âmbito local. Tal monitoramento fundamentou-se na avaliação de 12 indicadores específicos para acompanhamento dos pacientes suspeitos e confirmados da doença, o que conferiu mais solidez às tomadas de decisões.

No âmbito da gestão em saúde, a maior demanda foi por medidas relacionadas à saúde do trabalhador, e isto pode ser reflexo da precarização do trabalho em saúde. Diante da excessiva carga de trabalho já existente, agora acrescida das demandas específicas geradas pela COVID-19, os trabalhadores do hospital sofreram impactos ainda maiores.

Esses profissionais, frequentemente submetidos a precárias condições de trabalho, têm sua saúde continuamente exposta a riscos. Mais recentemente, tem sido discutida a possibilidade de mudança na regulamentação do trabalho, que pode ser interpretada como uma tentativa de oficializar o quadro de precarização laboral já instalado e que vem apenas se agravando no âmbito da saúde⁽¹⁶⁾.

Um dos exemplos desta precarização é a aprovação, em dezembro de 2012, do Conselho Universitário da Universidade Federal da Bahia para que o hospital aderisse à Ebserh, criada pela Medida Provisória nº 520 de 31 de dezembro de 2010, com a finalidade de administrar os Hospitais Universitários Federais⁽¹⁷⁾. Tal medida foi justificada como uma ampla defesa de eficiência gerencial que, na visão dos atores de governo à época, o setor público não dispunha.

Contudo, os altos índices de absenteísmo e de contaminação dos profissionais de saúde traduzem, de algum modo, a necessidade de investimento na dimensão estrutural dos serviços de saúde e de um entendimento mais técnico, humanitário e ético do trabalho em saúde.

Estudo realizado em 2019 evidencia um quadro de precarização geral das condições de trabalho e emprego das categorias terceirizadas, bem como tendência de piora das condições de trabalho evidenciada por perdas salariais e de direitos. Os resultados também sinalizam aumento da intensidade do trabalho e riscos à saúde do trabalhador, aumento de acidentes de trabalho e dificuldades dos sindicatos para unificar as lutas coletivas⁽¹⁷⁾.

O quantitativo de atividades educativas aponta, por um lado, para a imediaticidade da qualificação da equipe para o enfrentamento da pandemia e a sensibilidade dos gestores. Inicialmente, o Comitê de Crise do HUPES identificou setores com maior urgência de capacitação, para que ações educativas fossem orientadas e organizadas mediante um termo de referência, sob a orientação da UDP com o apoio de uma pedagoga. Os instrutores eram profissionais com expertises por área, que atuavam nos diferentes turnos de trabalho, sendo notória não só a disponibilidade como o engajamento do grupo. Isto facilitou sobremaneira a execução de práticas educativas para qualificação profissional.

Válido ressaltar que o processo de educação permanente deve ser construído e fortalecido cotidianamente, pois permite o encontro entre a formação e o trabalho, além de qualificar e promover diálogos e reflexões sobre a atividade laboral a fim de transformar as práticas de saúde. Acresce-se que a Educação Permanente

favorece o cuidado em saúde, na medida em que permite maior efetividade e resolutividade na oferta deste cuidado, alinhada à realidade de cada trabalhador ⁽¹⁸⁾.

Práticas educativas demandam planejamento estratégico estruturado, que se fundamente em sólidos indicadores e metas, a fim de aferir, com fidedignidade, a efetividade, eficiência e eficácia deste plano. Caso contrário, serão apenas atividades esporádicas, com alto grau de repetição e produção, dispersas de saber organizacional.

Para construção do conhecimento específico, equipes envolvidas na gestão do hospital subsidiaram suas condutas e decisões em protocolos fundamentados no conhecimento científico disponível. Além disso, investiram na atualização constante e utilizaram a experiência prática, o conhecimento empírico dos colaboradores para aprimorar a gestão de seus processos de trabalho.

Como ponto positivo as estratégias de qualificação profissional foram direcionadas a todas as categorias profissionais, destacando-se a relevância do processo educativo e prático interprofissional. Tais estratégias proporcionaram a integração entre equipes, aumentaram a resolutividade dos serviços e a qualidade de atenção à saúde, além de terem melhorado a comunicação entre profissionais, o que foi fundamental para as equipes de cuidados intensivos ⁽¹⁸⁾.

Todavia, apesar dessas medidas, a contaminação e o adoecimento dos profissionais de saúde envolvidos no atendimento aos pacientes foram inevitáveis. No hospital investigado, foram registrados 1.043 casos envolvendo trabalhadores da saúde, sendo 434 confirmados para COVID-19, 21 suspeitos e 588 descartados.

Proteger a saúde dos profissionais de saúde é fundamental para evitar a transmissão da COVID-19 nos estabelecimentos de saúde e nos domicílios destes profissionais. Para tanto, é preciso adotar protocolos de controle de infecções (padrão, contato, via aérea) e disponibilizar EPI, incluindo máscaras N95, avental, óculos, protetores faciais e luvas, em quantidade suficiente para todos. Necessário também proteger a saúde mental destes profissionais e trabalhadores de saúde, reconhecendo o estresse diário e intenso a que estão submetidos nesse contexto ⁽¹⁸⁾.

Essas ações são indispensáveis ao enfrentamento da pandemia. Nesse sentido, nota-se avanço, pois, apesar de déficits na capacidade instalada, da nem sempre adequada disponibilidade de recursos financeiros e da precariedade estrutural do cotidiano dos serviços de saúde, a implementação dessas medidas denota interesse dos trabalhadores e dos gestores operacionais neste enfrentamento. Isso demonstra, principalmente, um ato humanitário em um cenário tão caótico.

Essa preocupação, além de evidente nas medidas implementadas, pôde ser observada, na prática, por relato de alguns dos autores deste estudo, conforme destacado nos fragmentos a seguir:

Nesse momento pensei na importância do meu papel como gestora de um grupo essencial em linha de frente que estava tão vulnerável com sentimentos de medo, insegurança pelo desconhecido, ansiosos, muitos em pânico, pois, além de trabalhadores de saúde, são homens, mulheres, mãe, pai, irmão e filhos. (O.M.B.S.)

A responsabilidade e a necessidade de desempenhar uma assistência de qualidade e o cenário de contínua exposição e insegurança, se foi contaminado ou não, levam a um estado permanente de alerta e medo. Isso leva a um sofrimento com aumento nos transtornos de saúde mental, o que muito me preocupou devido a dano para o trabalhador em sua vida, tempo de afastamento prolongado, podendo levar à realocação para outras atividades não assistenciais. (O.M.B.S.)

Ao tempo que eu tinha a responsabilidade de proporcionar segurança para esses trabalhadores com uma gestão proativa, compartilhada e horizontal, percebi o quanto foi importante compartilhar meus sentimentos e vulnerabilidade com eles e dizer: Estou aqui vocês não estão sozinhos. (O.M.B.S.)

São relatos de quem vivenciou intensamente essa experiência desafiadora e que apontam para o uso de tecnologias leves, leves-duras e o quanto elas são essenciais para o enfrentamento de uma crise sanitária desta

dimensão. A escuta e a corresponsabilização para a produção de uma dimensão comunicativa no processo de gestão dos serviços de saúde são imprescindíveis, pois, certamente, em um cenário de precariedade e déficit de pessoal, um modelo autocrático de gestão teria impactos sociais, econômicos e na saúde do trabalhador.

Em contrapartida, os trabalhadores também demonstraram medo, necessidade de adequação aos novos protocolos e sentimento de corresponsabilização pela equipe de enfermagem como elementos importantes para esse enfrentamento, conforme evidenciam outros relatos dos autores deste estudo.

Em meio a uma das maiores pandemias mundiais, conviver com emoções foi e continua sendo um grande desafio. É difícil liderar a equipe, na medida em que o grupo tem expectativa de que a liderança tenha serenidade, calma, sensatez, discernimento e comando.

Na realidade o que nos acomete com esta doença é o medo do desconhecido. Como profissionais de saúde podemos ser acometidos a qualquer momento, além disso, o risco de contaminar nossos familiares mais vulneráveis. Este é um medo real!!!

Quando atendemos o primeiro usuário com COVID-19, a equipe experimentou ansiedade intensa e impotência. Gerou também um clima de expectativa de que deveríamos sair ilesos. E, evidentemente, sempre havia dúvidas: Será que sairíamos ilesos?!?!; que assistência devemos desenvolver e como atingir a qualidade dos cuidados?!?!;

Presenciei muitos colegas contaminados, os noticiários retratavam um cenário assustador e manter o equilíbrio emocional foi difícil e árduo, além de que precisávamos ficar serenos para atender nossos familiares.

Vivenciei a escassez de equipamentos de proteção individual (EPI), um elevado absenteísmo dos profissionais, excesso de trabalho e, por vezes, turnos que excediam 24 horas, ou ainda, problemas que envolviam nosso cotidiano em mais de um serviço hospitalar.

Nesse turbilhão pandêmico, em meio a tantas inseguranças, percebi que como profissional encontrei forças para transmitir tranquilidade e segurança à equipe de trabalho. Contudo, o que tive maior dificuldade foi ter que afastar-me daqueles que amo, foi sem dúvida o mais entristecedor. Ainda temos momentos de tristeza e choro junto à equipe (...) entretanto cultivamos a esperança e a crença em um futuro promissor. (Relato de ELSMDJ)

Tais sentimentos e percepções evidenciam a vulnerabilidade psicológica da equipe de enfermagem e, também, um sentimento humanitário de responsabilização com o outro que é muito comum diante de grandes catástrofes humanas. Temos uma pandemia que está em curso e que já matou mais de 300 mil brasileiros e brasileiras. Neste contexto, fica evidente que um dos grandes impactos dessa pandemia será no campo da saúde mental, com reflexos a médio e longo prazo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando os objetivos deste relato, buscamos analisar as ações estratégicas em Saúde do HUPES para o enfrentamento da COVID-19. A pandemia trouxe à luz as potencialidades do SUS, conseqüentemente de sua RAS instalada, ao mesmo tempo em que evidenciou carências historicamente instituídas. Neste contexto, medidas precisaram ser rapidamente implementadas diante das demandas ocasionadas pelo cenário de crise e das especificidades da doença. No caso do HUPES, considera-se que a governança deliberou oportunamente a constituição do Comitê de Crise de enfrentamento ao COVID-19 do HUPES para condução das ações estratégicas para o enfrentamento da crise.

Durante a análise da proposta e estruturação do grupo de trabalho ficou evidente que a liderança demonstrou habilidade administrativa na condução das ações, ao aliar expertises e saberes de profissionais técnicos da saúde e administrativos, dentro da organização, e promover o envolvimento de setores estratégicos.

Neste processo, foi possível observar envolvimento, comprometimento e disponibilidade do grupo em participar das reuniões e, como elemento democrático destacamos a participação da comunidade na tomada de decisões. A formação dos subcomitês facilitou e ordenou o trabalho, o que permitiu melhorar o resultado e priorizar a resolução de problemas mais específicos.

Entende-se que este relato é uma tentativa de aproximação com a realidade vivenciada e, portanto, não esgotou as possibilidades de conhecimento sobre o tema. Dessa forma, é recomendável que outras pesquisas deem continuidade a este estudo, de modo a ampliar o conhecimento sobre as medidas implementadas por diversas organizações de saúde do SUS para combate da COVID-19.

REFERÊNCIAS

1. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med.* 2020;382:727-33. <http://doi.org/10.1056/NEJMoa2001017>
2. World Health Organization (WHO). Statement on the second meeting of the international health regulations (2005) emergency committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV) [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2020 Apr 7]. Available from: [https://www.who.int/news/item/23-01-2020-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news/item/23-01-2020-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS n. 188 (03 de fevereiro de 2020) - Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV) [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília-DF. Publicado em 04/02/2020 [cited 2020 Apr 7]. Available from: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>
4. Organização Mundial de Saúde (OMS). Doença do Coronavírus (COVID-19) [Internet]. 2021 [cited 2021 Mar 17]. Available from: <https://covid19.who.int/>
5. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Comunicado de Alerta SESAB/SUVISA/CIEVS n. 04 de 04 de março de 2021 [Internet]. Available from: <http://www.saude.ba.gov.br/temasdesaude/coronavirus/planos-estaduais-e-comunicados-covid-19/>
6. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020 – 25/02/2021 Orientações para Serviços de Saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) [Internet]. 2021 [cited 2021 Mar 10]. Available from: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-recem-nascido/covid-19-orientacoes-da-anvisa-para-servicos-de-saude/>
7. Marinho A. Hospitais Universitários: indicadores de utilização e análise de eficiência [Internet]. Rio de Janeiro: IPEA; 2001 [cited 2021 Apr 03]. Available from: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=4396
8. Hospital Universitário Professor Edgard Santos. Portaria 077. Boletim de Serviço. Nº268, março. 2020. [cited 2021 Mar 10]. Available from: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hupes-ufba/ acesso-a-informacao/boletim-de-servico/2020/boletim-de-servico-no-268-16-03-2020.pdf/view>
9. Hospital Universitário Professor Edgard Santos. Portaria 242. Boletim de Serviço. Nº293, junho. 2020. [cited 2021 Mar 10]. Available from: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hupes-ufba/ acesso-a-informacao/boletim-de-servico/2020/boletim-de-servico-no-293-01-06-2020.pdf/view>
10. Daltro MR, Faria AA. Relato de experiência: Uma narrativa científica na pós-modernidade. *Estud Pesqui Psicol* [Internet]. 2019 [cited 2021 Nov 03];19(1):223-37. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812019000100013
11. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Resolução no 466 de 12 de dezembro de 2012/CNS/MS/CONEP [Internet]. 2012 [cited 2021 Mar 30]. Available from: https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html
12. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Resolução no 510 de 07 de abril de 2016/CNS/MS/CONEP [Internet]. 2016 [cited 2021 Mar 30]. Available from: <http://conselho.saude.gov.br/normativas-conep?view=default>
13. Langley G, Moen RD, Nolan KM, Nolan TW, Norman CL, Provost LP. Modelo de Melhoria: uma abordagem prática para melhorar o desempenho organizacional. Campinas: EDTI; 2011.

14. Machado MH, Oliveira ES, Moyses NMN. Tendências do Mercado de Trabalho em Saúde no Brasil. In: Pierantoni C, Dal Poz M, França T. O Trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas. Rio de Janeiro, RJ: CEPESC/UERJ; 2011. p. 103-116.
15. Flexa R. Processo decisório em sistemas de saúde: uma revisão de literatura. Saúde Soc 2018;27(3):729-39. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170509>
16. Câmara dos Deputados (BR). Medida Provisória n. 520 de 31 de Dezembro de 2010 [Internet]. 2010 [cited 2021 Mar 30]. Available from: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/medpro/2010/medidaprovisoria-520-31-dezembro-2010-609913-publicacaooriginal-131245-pe.html>
17. Silva LAT, Goulart Júnior E, Camargo ML. Terceirização é Prejudicial à saúde: um estudo bibliográfico nacional sobre a precarização do trabalho. Labor. 2019;1(21):76-7. <https://doi.org/10.29148/labor.v1i21.40801>
18. Zingra KN, Silva ACR, Fernandes AJM, Branco Junior AG, Batista MG. Educação permanente para profissionais da área da saúde como estratégia de combate ao enfrentamento da pandemia de COVID-19 na região norte: relato de experiência. REAS. 2020;12(12):e5745. <https://doi.org/10.25248/reas.e5745.2020>