



## Resiliência de Sistemas de Assistência à Saúde no enfrentamento da COVID-19: relato de experiência

Resilience of Healthcare Systems in the face of COVID-19: an experience report  
Resiliencia de los Sistemas de Salud frente al COVID-19: relato de experiencia

### Como citar este artigo:

Rigotti AR, Zamarioli CM, Prado PR, Pereira FH, Gimenes FRE. Resilience of Healthcare Systems in the face of COVID-19: an experience report. Rev Esc Enferm USP. 2022;56:e20210210. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0210pt>

-  Ariane Ranzani Rigotti<sup>1</sup>
-  Cristina Mara Zamarioli<sup>1</sup>
-  Patrícia Rezende do Prado<sup>1,2</sup>
-  Flávia Helena Pereira<sup>3</sup>
-  Fernanda Raphael Escobar Gimenes<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Federal do Acre, Rio Branco, AC, Brasil.

<sup>3</sup> Instituto Federal de Educação Ciências e Tecnologia do Sul de Minas Gerais, Passos, MG, Brasil.

### ABSTRACT

**Objective:** to report the professional experience of a nurse manager facing the challenges of restructuring a hospital service in the face of the COVID-19 pandemic. **Method:** this is an experience report, based on the perspective of system resilience in a public hospital. **Results:** the challenges faced were: internal service flow reorganization to assist suspected cases of COVID-19; institution of structural changes and adaptations, from entry into the emergency room to the wards and intensive care unit; equipment and supply acquisition for patient care with a focus on their quality and functionality; staff training, with the restructuring of work processes; staff sizing, considering the time of exposure to the virus; staff's professional qualification, absenteeism, stress, physical and psychological illness, with a view to safe and quality care; nursing staff leadership to deal with conflicts generated by professionals' stress and illness. **Conclusion:** healthcare service resilience is critical for hospital restructuring in the COVID-19 pandemic; however, patient care and healthcare professionals' physical and mental health must be considered.

### DESCRIPTORS

Coronavirus Infections; Resilience, Psychological; Patient Safety; Health Systems; Health Personnel.

### Autor correspondente:

Fernanda Raphael Escobar Gimenes  
Avenida Bandeirantes, 3900, Vila Monte Alegre  
14040-902 – Ribeirão Preto, SP, Brasil  
fregimenes@eerp.usp.br

Recebido: 07/05/2021

Aprovado: 24/03/2022

## INTRODUÇÃO

Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a COVID-19 como pandemia devido ao aumento do número de casos fora da China e do número de países afetados pelo novo Coronavírus<sup>(1)</sup>. Em 03 de fevereiro de 2020, não havia registro de casos de doença confirmados e mortes no Brasil, contudo em 30 de março de 2020, a OMS registrou um aumento de 5639 casos da doença confirmados e 267 mortes no Brasil<sup>(2)</sup>.

A resiliência do sistema refere-se à capacidade de absorver distúrbios, responder a eles e recuperar-se quando exposto a ameaças externas. Os sistemas resilientes desenvolvem a capacidade de se adaptar e transformar, positivamente, suas estruturas e meios de operação para fornecer o serviço necessário<sup>(3)</sup>.

O gerenciamento de uma pandemia requer uma estrutura hospitalar robusta que demonstre tomada de decisão rápida e assertiva para o controle da disseminação do vírus<sup>(4)</sup>. Nessa perspectiva, a pandemia da COVID-19 tem desafiado os Sistemas de Assistência à Saúde (SASs) em escala global e, no Brasil, esse cenário exigiu que o Sistema Único de Saúde (SUS) também se adaptasse para enfrentar a crise<sup>(5)</sup>. No entanto, as fragilidades apresentadas pelo SUS, agravadas pela crise política e econômica e pela condução do governo federal, ficaram evidentes<sup>(6)</sup>.

Além disso, a pandemia da COVID-19 também demonstrou que os SASs são essenciais tanto na estabilização do direito à saúde como na manutenção dos serviços sociais e econômicos. Logo, países que tiveram sucesso em enfrentar a pandemia estarão mais preparados para o retorno das atividades sociais e econômicas, mesmo que essas sejam regularizadas após a vacinação da população<sup>(6)</sup>.

Equipar o SAS com capacidade de reserva administrativa, de pessoal e de estrutura em situações de pandemia exigirá abordagens criativas, incluindo o fornecimento de um “exército de provedores de saúde”, que pode ser rapidamente mobilizado, a capacidade de reserva de suprimentos, como Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e a manutenção de leitos hospitalares, que podem ser rapidamente transformados em leitos de terapia intensiva<sup>(7)</sup>.

Diante do cenário, o objetivo deste estudo foi relatar a experiência profissional de um enfermeiro gestor frente aos desafios da reestruturação de um serviço hospitalar diante da pandemia da COVID-19.

## MÉTODO

### TIPO DO ESTUDO

Este relato de experiência é baseado na perspectiva da resiliência do sistema<sup>(3)</sup>.

### LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado em um hospital universitário brasileiro de nível médio que oferece atendimento médico-cirúrgico a pacientes adultos de 19 municípios localizados no interior do Estado de São Paulo.

Antes da pandemia da COVID-19, o hospital possuía dez leitos de terapia intensiva para adultos e 156 leitos de internação,

sendo esses destinados ao SUS e atendimento suplementar. A cada ano, o hospital tratava cerca de 6.000 pacientes, com aproximadamente 450 mil consultas ambulatoriais e uma taxa média de ocupação de 76%. No Centro Cirúrgico, em média, eram realizadas 152 cirurgias de pequeno e médio porte por mês. As enfermarias de atendimento médico-cirúrgico, que posteriormente passaram a prestar assistência a pacientes com Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA), possuíam 45 leitos.

A instituição estava preparada para atender até 12 pacientes críticos, pois contava com 18 ventiladores mecânicos, excluídos os destinados à cirurgia, 30 monitores multiparâmetros e 15 cardioversores, sendo esses últimos alocados conforme os aspectos legais brasileiros<sup>(8)</sup>. O hospital contava com 228 profissionais de Enfermagem. Destes, somente 24 técnicos de Enfermagem e cinco enfermeiras estavam qualificados para atuar no cuidado ao paciente crítico, cuja assistência refere-se ao atendimento imediato clínico ou cirúrgico com suporte intensivo de equipamentos e insumos.

Os treinamentos, para o uso correto de EPI e práticas de higienização das mãos, obedeceram a um cronograma anual que foi planejado pelo Núcleo de Educação Permanente (NEP) e pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). Geralmente, esses treinamentos eram realizados uma vez por semestre e/ou de acordo com as necessidades específicas dos funcionários da instituição, unidades de internação e demais setores do hospital.

Em fevereiro de 2020, foi iniciado o planejamento das ações de combate à disseminação da COVID-19 após o Ministério da Saúde declarar Emergência em Saúde Pública de importância Nacional<sup>(9)</sup>. A partir de então, foram iniciadas transformações na estrutura e nos processos. Foram necessárias reuniões semanais com as equipes de gestão da instituição, sendo criado o comitê de crise cujos objetivos eram alinhar as decisões sobre a equipe de saúde necessária para cuidar dos pacientes com a COVID-19 e planejar o orçamento para a aquisição de novos equipamentos e suprimentos necessários para enfrentar a pandemia.

Durante a pandemia da COVID-19, a instituição passou a ser um hospital de referência e as equipes de saúde tiveram que se preparar para realizar o diagnóstico e o tratamento dos pacientes da COVID-19, de acordo com os protocolos propostos pela OMS e Ministério da Saúde.

O enfermeiro gestor, por desempenhar o papel de liderança e ser o responsável pela maior parte da equipe de saúde, que é necessária para o atendimento dos casos suspeitos e confirmados de COVID-19, pode participar ativamente das decisões junto à Comissão Gestora da instituição. Logo, o gerente de Enfermagem enfrentou vários desafios relacionados à equipe de Enfermagem, os quais serão discutidos nos resultados.

## ASPECTOS ÉTICOS

Por tratar-se de um relato de experiência, o estudo não exigiu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. No entanto, foi solicitada a autorização para a divulgação dos dados e imagens do serviço à administração da instituição.

## RESULTADOS

Por meio do relato de experiência, foram descritos os principais desafios enfrentados pelo enfermeiro gestor estabelecidos em cinco categorias: Reorganização do fluxo de serviço interno da instituição; Aquisição de equipamentos e insumos para o atendimento; Treinamentos das equipes; Dimensionamento de pessoal e Desafios no processo de liderança da equipe de Enfermagem.

### REORGANIZAÇÃO DO FLUXO DE SERVIÇO INTERNO DA INSTITUIÇÃO

A primeira mudança ocorreu no período de fevereiro a março de 2020 e teve como objetivo reorganizar o fluxo de atendimento aos pacientes com suspeita de infecção pela COVID-19. O objetivo desse movimento foi garantir um atendimento de qualidade e seguro a todos os envolvidos. A Figura 1 mostra o fluxograma interno e externo dos pacientes da instituição, antes e após a reorganização.

Foram considerados aspectos relacionados à: segurança das equipes de saúde durante a prestação de cuidados aos pacientes suspeitos e com a COVID-19; segurança de pacientes internados e ambulatoriais; segurança dos familiares e à manutenção dos cuidados prestados aos pacientes não COVID. Em seguida, foi planejada a transferência de pacientes internados em leitos destinados exclusivamente ao atendimento de casos suspeitos ou confirmados de infecção por COVID-19 para outras enfermarias.

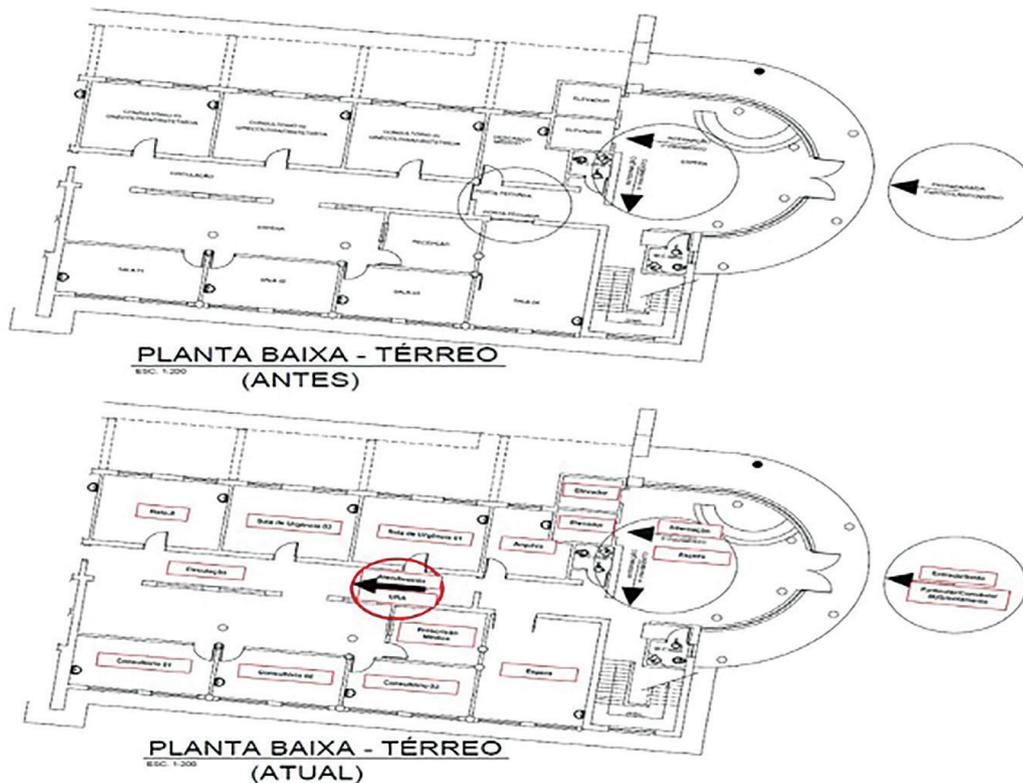
Essas mudanças exigiram adaptações estruturais e de processo, incluindo o aumento do número de leitos de UTI nas

enfermarias. Dessa forma, foram disponibilizados mais 20 leitos para o atendimento de pacientes graves e outros 22 leitos para o atendimento de pacientes classificados como não críticos, totalizando 208 leitos no hospital, conforme a Figura 2.

O atendimento ambulatorial, nesta fase, restringia-se a gestantes de alto risco, ortopedia e consultas de urgência previamente agendadas pelo município. O ambulatório de ginecologia e obstetria, por ter vínculo com os setores de atendimento a pacientes com SDR, foi reestruturado e transformado em pronto-socorro, que hoje é denominado Unidade Respiratória Aguda (URA), cujo objetivo era gerenciar a atenção primária e a triagem clínica de pacientes com sintomas de dificuldade respiratória. Logo, a URA passou a funcionar como “porta de entrada” do serviço para pacientes suspeitos e com a COVID-19. Por isso, foram incluídos, nesta nova unidade, leitos de emergência, consultórios médicos e farmácia satélite.

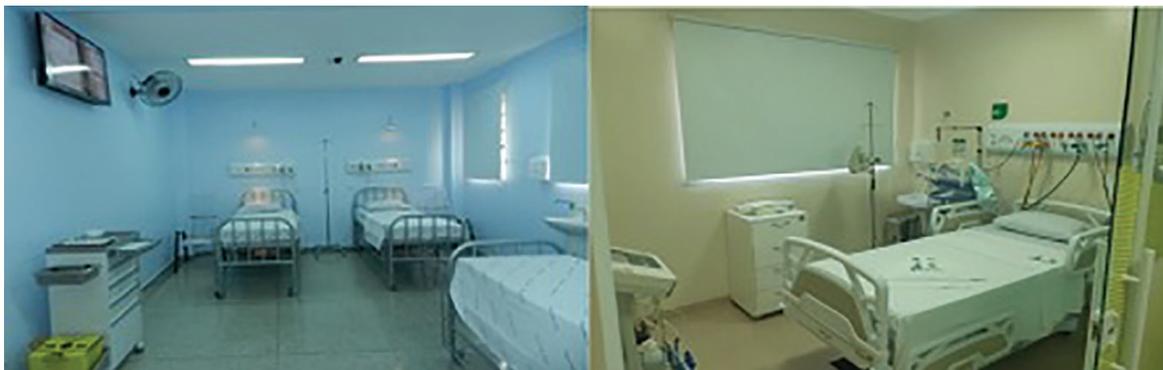
A unidade de atendimento aos pacientes com suspeita ou confirmação da COVID-19 foi isolada das demais unidades e setores do hospital por meio de barreiras físicas, paredes de gesso do tipo *drywall* por ser um material de rápida instalação e de baixo custo. Essa mudança foi essencial para tornar o novo fluxo claro e seguro para todos os interessados, indicando o fluxo de entrada e saída de pacientes por meio de setas (Figura 3).

Pelas adaptações realizadas, houve redução de 70% nos procedimentos cirúrgicos, passando de 152 cirurgias eletivas para 42 cirurgias mensais nesse período e, conseqüentemente, também houve redução de 19% da taxa de ocupação hospitalar, com um total de 62% de leitos ocupados, em relação aos meses anteriores a abril de 2020.



**Figura 1** – Novo fluxograma de atendimento aos pacientes com a COVID-19 e/ou com suspeita da doença no andar térreo.

Fonte: Catanduva, SP, Brasil, 2020.



**Figura 2** – Unidades destinadas ao atendimento de pacientes não críticos (enfermaria à esquerda) e críticos (UTI à direita) suspeitos e/ou com a COVID-19.

Fonte: Catanduva, SP, Brasil, 2020.

Nota: a estratégia visou à proximidade entre os leitos de enfermaria e de UTI.



**Figura 3** – Reorganização do fluxo de atendimento interno dos pacientes com a COVID-19 e/ou com suspeita.

Fonte: Catanduva, SP, Brasil, 2020.

Nota: as setas verdes indicam a entrada dos pacientes pela URA para atendimento médico e as brancas, a saída após a alta médica.

## AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTOS E INSUMOS PARA O ATENDIMENTO

Outro desafio enfrentado foi a necessidade de estruturar os setores de atenção ao paciente com SDRA com equipamentos e suprimentos, no entanto, não havia muitas opções disponíveis no mercado. Contudo, as equipes gestoras concentraram-se na qualidade e funcionalidade de cada item e não no custo, visto que o foco era prestar uma assistência com qualidade e segurança para todos os envolvidos. Para a aquisição de equipamentos e insumos, foram investidos recursos próprios da instituição da ordem de R\$ 1.800.000,00. Os novos ventiladores mecânicos foram rapidamente adquiridos pela gerência administrativa do hospital e, por isso, não houve dificuldades para a aquisição de 14 equipamentos.

Em relação aos demais equipamentos, a instituição providenciou dois cardioversores, dois desfibriladores e 15 monitores multiparâmetros. No entanto, até 10 de junho de 2020, não havia previsão de entrega, havendo a necessidade de realocar os monitores de outras unidades, bem como de outro hospital, para atender aos primeiros casos de pacientes com a COVID-19.

A indisponibilidade de EPI no mercado nacional e internacional contribuiu para o déficit na instituição. Porém, após treinamento com as equipes sobre o uso racional, com base nas

diretrizes da OMS e Ministério da Saúde, houve redução do consumo e este desafio foi superado.

## TREINAMENTOS DAS EQUIPES

Diante das transformações que foram necessárias na estrutura, aquisição de materiais e equipamentos, os processos de trabalho também precisaram ser reorganizados, havendo a necessidade de capacitação específica das equipes de saúde para uma assistência segura e de qualidade para os pacientes e profissionais da saúde. Os treinamentos seguiram uma programação intensa e foram direcionados à prática de higiene das mãos com água e sabão e preparações com álcool 70%; segurança na colocação e retirada de aventais; uso do EPI correto em cada etapa do atendimento; descarte adequado de EPIs; atendimento ao paciente com SDRA com base nas melhores evidências disponíveis; notificação de casos suspeitos e confirmados e a gestão da informação. À medida que novos equipamentos chegavam à instituição, eram realizados treinamentos com todos os profissionais de saúde para o uso seguro e racional.

Todos os prestadores da linha de frente foram treinados, considerando-se a necessidade de futura realocação da equipe de saúde para atender os pacientes com a COVID-19 confirmada ou suspeita em uma das fases de pico da doença no país

e, principalmente, na região. A CCIH, o NEP e a coordenação de Enfermagem também realizaram treinamentos com todos os profissionais do setor de administração hospitalar e serviços de apoio, como nutrição e dietética, laboratório, farmácia, imagem, higiene e limpeza.

O treinamento teve duração de uma semana e ocorreu diariamente, com duração média de 40 minutos cada. Os treinamentos foram realizados durante o período de trabalho, não geraram horas extras e houve adesão por parte dos prestadores. O interesse e a curiosidade, por tratar-se de uma doença nova e ainda desconhecida, contribuíram para que 100% dos profissionais fossem capacitados sem dificuldades.

## DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL

Um dos maiores desafios, no processo de reestruturação da instituição em Hospital de Referência da região para o atendimento de pacientes com a COVID-19, foi o dimensionamento da equipe de Enfermagem. Por tratar-se de uma doença ainda pouco conhecida, com protocolos de manejo clínico controversos, os coordenadores de Enfermagem vivenciaram sentimentos de angústia, preocupação e medo, com tendência da equipe a desenvolver a Síndrome de *Burnout* profissional. Nesse período, observou-se um aumento no número de atestados médicos e faltas ao trabalho que impactaram o quadro diário e mensal da equipe de Enfermagem. Além disso, já era perceptível a necessidade de desenvolver novas escalas e dimensionamentos de pessoal diariamente. Assim, foi necessária cautela na seleção da equipe de Enfermagem que prestaria cuidados aos pacientes.

Houve preocupação com os critérios que seriam adotados nessa seleção a fim de promover a segurança do paciente e do trabalhador. Um dos desafios para a gestão desse processo era a falta de pessoal qualificado para o atendimento de emergência aos pacientes e com preparo emocional para enfrentar a crise. A experiência anterior no atendimento aos pacientes críticos com SDRA foi um critério estabelecido no processo de seleção, além do cumprimento da Resolução COFEN, referente ao número mínimo de profissionais de Enfermagem, para a assistência em 24 horas, considerando o grau de dependência dos pacientes<sup>(10)</sup>.

Também foi considerada a dupla jornada de trabalho dos prestadores. Portanto, aqueles que trabalhavam em unidades de cuidados para pacientes com a COVID-19 em outras instituições de saúde não foram selecionados, visando à redução do risco de desenvolver a Síndrome de *Burnout*, o que poderia impactar a qualidade do atendimento e a segurança dos prestadores e dos pacientes.

Esses critérios foram suficientes para tornar o dimensionamento da equipe de Enfermagem ainda mais desafiador, visto que a instituição já apresentava, antes da pandemia, altos índices de rotatividade de profissionais de Enfermagem.

Houve a necessidade de realocação de prestadores de outro hospital para compor a equipe, considerando urgência e cuidados críticos. A dificuldade em operacionalizar o dimensionamento da equipe, de acordo com os critérios definidos para o período pandêmico, foi percebida durante o desenvolvimento da primeira escala, sendo necessário incluir prestadores que não se enquadravam no perfil pretendido. Além disso, os auxiliares de Enfermagem também foram inseridos no dimensionamento mensal dos profissionais de Enfermagem a fim de garantir a

equipe de saúde mínima indispensável ao atendimento dos pacientes com suspeita da COVID-19. Com o propósito de prepará-los para o enfrentamento da pandemia, foram criados turnos administrativos na área da COVID-19. Um supervisor da área gerencial de Enfermagem estava disponível 24 horas por dia para monitorar o fluxo de atendimento e a assistência prestada aos pacientes, bem como para apoiar a tomada de decisão.

## DESAFIOS NO PROCESSO DE LIDERANÇA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Durante o período de reestruturação física e organizacional, o serviço de saúde foi desafiado a reorganizar-se para lidar com os conflitos gerados pelo estresse e adoecimento de toda a equipe de Enfermagem. A instituição preocupou-se em adotar estratégias assistenciais específicas direcionadas para atender os colaboradores que iniciaram sintomas gripais. O protocolo, a princípio, era composto por um fluxograma para o atendimento ambulatorial com o devido agendamento para a avaliação médica e testagem rápida para a confirmação da doença. Em caso positivo, o serviço oferecia o acompanhamento médico até o profissional de Enfermagem estar apto a voltar às suas atividades no ambiente de trabalho após 15 dias do início dos primeiros sintomas.

Além do adoecimento físico, alguns profissionais de Enfermagem apresentaram fragilidade emocional diante do estresse vivenciado pelo surgimento de um novo vírus em momento de desconhecimentos dos meios de transmissão e tratamento da doença. Além disso, aqueles que já apresentavam doenças mentais tiveram essas exacerbadas durante este período.

Em contrapartida, diante deste cenário, a instituição não havia desenvolvido, dentro do plano de contingência, um atendimento direcionado ao adoecimento mental da equipe de Enfermagem. A gestão de Enfermagem, durante este período, não obteve suporte da gestão administrativa no sentido de lidar com o conflito gerado pelo adoecimento psicológico dos profissionais. Mesmo a gestão sendo direcionada a preocupar-se com o dimensionamento da equipe de Enfermagem, evitando a sobrecarga de trabalho e a exposição ao patógeno desconhecido, não houve treinamento e apoio administrativo para traçar estratégias de como lidar com o adoecimento psicológico dos profissionais e o presenteísmo, com o propósito de manter um atendimento e um ambiente seguros aos pacientes e à equipe de Enfermagem, com reflexo na qualidade da assistência. Entretanto, a gestão de Enfermagem, conhecendo o seu grupo de trabalho, pôde usar meios estratégicos, como rodas de conversas e treinamentos, com enfoque na necessidade da equipe, tendo como objetivo tornar menos densa a situação vivenciada neste período.

O papel de liderança do enfermeiro gestor, nesse momento, foi; além de esclarecer dúvidas e incertezas, motivar a equipe de Enfermagem usando ferramentas motivacionais. O enfermeiro gestor estimulou a coparticipação na equipe multiprofissional, a fim de adquirir insumos para o atendimento, construir e inovar os processos assistenciais de forma própria e única. Houve o envolvimento de sentimentos de crescimento individual e de reconhecimento profissional, referentes às atividades e à sua execução. A gestão de Enfermagem, pôde mostrar que cada profissional tem um papel importante dentro da instituição, por meio da autorrealização do indivíduo.

## DISCUSSÃO

Os desafios da reestruturação do hospital envolveram mudanças nas estruturas e processos e mobilização da equipe de saúde direta e indiretamente ligados ao atendimento ao paciente com a COVID-19. Quatro estratégias foram recomendadas, pela OMS, para conter a pandemia da COVID-19: preparar e estar pronto; detectar, prevenir e tratar; reduzir e suprimir e inovar e melhorar<sup>(11)</sup>. Assim, o hospital reorganizou o fluxo de atendimento aos pacientes com suspeita de infecção pela COVID-19 e propôs um novo fluxograma interno e externo aos pacientes da instituição. Dessa forma, foram disponibilizados 20 leitos extras para atendimento de pacientes graves e outros 22 leitos para atendimento de pacientes classificados como não críticos. Mudanças semelhantes foram observadas na China<sup>(12)</sup>.

Em fevereiro de 2020, os chineses já sabiam que cerca de 15% dos pacientes com a COVID-19 desenvolveriam pneumonia grave e que 6% necessitariam de cuidados intensivos com suporte ventilatório. No entanto, apenas 600 leitos estavam disponíveis na cidade de Wuhan. Assim, houve a necessidade de adequar a estrutura hospitalar, sendo criados 70 novos leitos de UTI, e três hospitais gerais foram rapidamente convertidos em hospitais de terapia intensiva com cerca de 2.500 leitos especializados para o atendimento de pacientes com pneumonias graves devido à COVID-19. Essas mudanças refletem a resiliência do SAS chinês e seu planejamento estratégico para atender os pacientes mais graves<sup>(10)</sup>. Os chineses compartilharam, com o mundo, os principais desafios enfrentados no período pandêmico. As informações auxiliam outros países na tomada de decisões e contribuem para a resiliência e o desempenho do SAS na mudança de estruturas e processos.

A reorganização dos fluxos assistenciais também contribuiu para a redução da taxa de ocupação de leitos no hospital de 76% para 62%. Estudo anterior mostrou a relação entre altas taxas de ocupação do leito e piores resultados dos pacientes<sup>(13)</sup>. Portanto, reduzir essa taxa é importante no cenário atual de pandemia, pois, à medida que o número de pessoas infectadas com a COVID-19 aumenta, também aumenta a necessidade de hospitalização e de cuidados intensivos.

Em relação aos desafios enfrentados para a aquisição de equipamentos e insumos, destacam-se os investimentos realizados pelo hospital para atendimento a pacientes críticos e EPIs adequados a cada etapa do atendimento. Ressalta-se a importância do EPI em quantidade suficiente para atender os pacientes com a COVID-19, visto que, na Itália, foram registradas altas taxas de infecção e óbito entre os profissionais de saúde devido à falta de EPI<sup>(14)</sup>.

A escassez de pessoal qualificado para atender pacientes graves e o dimensionamento da equipe de Enfermagem para atuar na unidade COVID-19 e demais setores do hospital foram outros desafios a serem superados. A pandemia da COVID-19 tem colocado uma enorme carga no SAS, que dependerá de um número suficiente de enfermeiros com recursos adequados para enfrentar este e os desafios futuros decorrentes desta crise<sup>(15)</sup>. Os enfermeiros e outros membros da equipe de Enfermagem estão na linha de frente no combate à pandemia e no epicentro da crise da doença. Por esses motivos, níveis sem precedentes de sobrecarga de trabalho estão sendo testemunhados pelas equipes

de Enfermagem, bem como por enfermeiros gestores e outros profissionais diretamente envolvidos na resposta a essa pandemia. Profissionais de Enfermagem, em todo o mundo, relatam redução do tempo de descanso e falta de apoio e de assistência à saúde mental, o que reflete diretamente no bem-estar dos profissionais da linha de frente da pandemia da COVID-19<sup>(16)</sup>.

A carga de trabalho de Enfermagem continua sendo um problema nos ambientes de saúde, especialmente durante a pandemia da COVID-19. Foi demonstrado que pessoal e recursos adequados, suporte administrativo e colaboração no trabalho em equipe melhoram a segurança do paciente<sup>(15)</sup>. No entanto, o enfermeiro terá que demonstrar um novo nível de liderança e ter capacidade para adaptar-se à dinâmica em constante evolução do Centro de Saúde<sup>(16)</sup>.

Diante da escassez de evidências científicas que apoiem os gestores hospitalares nas tomadas de decisões diante da pandemia, destaca-se a importância da articulação de competências profissionais, sendo da área assistencial, técnica e administrativa, com o propósito de produzir soluções para a superação dos desafios da gestão de hospitais no cenário da pandemia da COVID-19. Esse desafio contribuiu com o enfrentamento da pandemia em busca da recuperação dos indivíduos acometidos pela doença, além de minimizar os impactos negativos desse cenário.

Vale salientar que, com a criação de um comitê de crise entre os gestores, a instituição pode desenvolver planos de ação e compartilhamento de ideias, bem como alinhar as condutas dentro da instituição. Os gestores usaram a ferramenta: trabalho em equipe como uma das ações resilientes diante do cenário como sendo primordial para o planejamento e a organização do serviço. Os gestores em saúde foram desafiados a gerenciar os processos institucionais dentro de uma crise mundial. Mesmo diante do medo pessoal, presenciando equipes adoecendo, ainda precisavam exercer o papel de liderança, tentando motivar a equipe, apontar caminhos e fazer com que cada profissional percebesse o quanto o seu papel é importante na assistência segura.

Assim, é fundamental oferecer atenção direcionada aos enfermeiros que trabalham na linha de frente durante a pandemia da COVID-19 e que estão com uma carga de trabalho maior e mais estressante do que a habitual, necessitando de suporte institucional, monitoramento do estresse, intervalos para a refeição e o descanso para manter a sua atividade profissional<sup>(17-18)</sup>.

Novos fluxos de trabalho estabelecidos, nos quais fiquem estabelecidos processos de admissão e assistência dos usuários suspeitos ou diagnosticados com a COVID-19, assim como processos de comunicação interna e externa, medidas de prevenção e controle de riscos, ações estratégicas relacionadas à logística hospitalar, administração e gerenciamento de suprimentos, compras e terceirização só estão sendo possíveis por meio do uso de ferramentas de gestão, como o mapeamento de processos e o desenvolvimento de protocolos institucionais. Assim, a elaboração e a implementação desses novos fluxos de trabalho em diferentes níveis de assistência podem ser facilitadas, contribuindo na organização e otimização das atividades de enfrentamento à pandemia<sup>(19)</sup>.

Diante disso, a equipe gestora, embasada na literatura quanto as experiências mundiais e por comportamento resiliente,

pode ser assertiva nas ações adotadas para o enfrentamento a pandemia da COVID-19. Foram adotadas novas estratégias para o treinamento da equipe de saúde, dimensionamento da equipe de enfermagem, aquisição de insumos para o atendimento e novos fluxos internos da instituição.

A rapidez com que a COVID-19 se alastrou mundialmente trouxe consigo os desafios de se superar uma crise com efeitos presentes e futuros. Portanto, a crise da falta da equipe de saúde e financeiros gerados pela pandemia é muito preocupante, pois já era um grande desafio mesmo antes do início da pandemia da COVID-19. Diante disso, sabe-se que, nos próximos cinco anos, o movimento global de segurança do paciente terá que aprender com os efeitos negativos e positivos resultantes da pandemia, sendo o momento para construir e consolidar sistemas de saúde mais seguros e que minimizem os danos aos pacientes e aos profissionais de saúde<sup>(20)</sup>.

### LIMITAÇÃO DO ESTUDO

Por tratar-se de um relato de experiência, as situações apresentadas neste artigo podem não refletir a realidade de outros serviços.

### CONTRIBUIÇÕES PARA ÁREA DA SAÚDE

A adoção da resiliência na assistência à saúde pela instituição foi uma experiência positiva no desenvolvimento da capacidade de adaptação e transformação de suas estruturas e meios de operação para fornecer o serviço necessário com segurança e qualidade. Com isso, fica evidente que os serviços de saúde podem ser rapidamente mobilizados e transformados para atender à necessidade da saúde.

### RESUMO

**Objetivo:** relatar a experiência profissional de um enfermeiro gestor frente aos desafios da reestruturação de um serviço hospitalar diante da pandemia da COVID-19. **Método:** relato de experiência, baseado na perspectiva da resiliência do sistema em um hospital público. **Resultados:** os desafios enfrentados foram: reorganização do fluxo de serviço interno para atender os casos suspeitos de COVID-19; instituição de mudanças e adaptações estruturais, desde a entrada na urgência e emergência, até nas enfermarias e unidade de terapia intensiva; aquisição de equipamentos e insumos para o atendimento dos pacientes com foco na qualidade e funcionalidade destes; treinamento das equipes, com a reestruturação dos processos de trabalho; dimensionamento de pessoal, considerando o tempo de exposição ao vírus; qualificação profissional, absenteísmo, estresse, adoecimento físico e psicológico da equipe, com vistas à uma assistência segura e de qualidade; liderança da equipe de Enfermagem para lidar com os conflitos gerados pelo estresse e adoecimento dos profissionais. **Conclusão:** a resiliência do serviço de saúde é fundamental para a reestruturação hospitalar na pandemia da COVID-19, no entanto, devem-se considerar o cuidado dos pacientes e a saúde física e mental dos profissionais de saúde.

### DESCRITORES

Infecções por Coronavírus; Resiliência Psicológica; Segurança do Paciente; Sistemas de Saúde; Pessoal de Saúde.

### RESUMEN

**Objetivo:** relatar la experiencia profesional de una enfermera gestora frente a los desafíos de la reestructuración de un servicio hospitalario frente a la pandemia de la COVID-19. **Método:** relato de experiencia, basado en la perspectiva de resiliencia del sistema en un hospital público. **Resultados:** los desafíos enfrentados fueron: reorganización del flujo interno de atención para la atención de casos sospechosos de COVID-19; institución de cambios y adaptaciones estructurales, desde el ingreso al departamento de urgencias y emergencias hasta las salas y unidad de cuidados intensivos; adquisición de equipos e insumos para la atención de pacientes con enfoque en su calidad y funcionalidad; formación de equipos con la reestructuración de los procesos de trabajo; dimensionamiento del personal, considerando el tiempo de exposición al virus, cualificación profesional, ausentismo, estrés, enfermedad física y psíquica del equipo, con miras a un cuidado seguro y de calidad y liderazgo del equipo de enfermería para el enfrentamiento de los conflictos generados por el estrés y la enfermedad de los profesionales. **Conclusión:** la resiliencia del servicio de salud es fundamental para la reestructuración hospitalaria en la pandemia del COVID-19, sin embargo, se debe considerar la atención al paciente y la salud física y mental de los profesionales de la salud.

### DESCRIPTORES

Infecciones por Coronavirus; Resiliencia Psicológica; Seguridad del Paciente; Sistemas de Salud; Personal de Salud.

## CONCLUSÃO

Neste relato de experiência, foram apresentados os principais desafios enfrentados por um enfermeiro gestor frente à reestruturação de um serviço hospitalar diante da pandemia da COVID-19. A reorganização dos fluxos de serviços internos da instituição exigiu adaptações estruturais e de processo, incluindo o aumento do número de leitos de UTI e de enfermarias. A aquisição de equipamentos e insumos para o atendimento aos pacientes só foi possível pelo comportamento resiliente dos gestores envolvidos no processo por meio da alocação de recursos institucionais extraordinários que, além de garantir a ampliação de infraestrutura assistencial e da operação de serviços durante o período de crise, possibilitou o abastecimento de equipamentos e insumos estratégicos para a instituição.

As adversidades enfrentadas no trabalho em saúde durante a pandemia da COVID-19, tornaram a capacidade de resiliência do enfermeiro gestor, uma característica indispensável para a manutenção de sua saúde emocional, e de todos os envolvidos, e para a segurança do paciente e dos profissionais da saúde.

Um dos maiores desafios que a instituição ainda enfrenta é o dimensionamento de pessoal na linha de frente, pois cobra da equipe gestora um equilíbrio entre o bem-estar dos profissionais de Enfermagem e os recursos disponíveis pela instituição, tanto financeiros como humanos. Assim, a resiliência do serviço de saúde é fundamental para a reestruturação hospitalar na pandemia da COVID-19, no entanto, deve considerar o cuidado dos pacientes e a saúde física e mental dos profissionais de saúde.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19. Geneva: WHO; 2020 [citado 2020 Abr 13]. Disponível em: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
2. World Health Organization [internet]. WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard Data last updated. Geneva: WHO; 2020 [citado 2020 Abr 20]. Disponível em: <https://covid19.who.int/>
3. Kruk ME, Myers M, Varpilah ST, Dahn BT. What is a resilient health system? Lessons from Ebola. *Lancet*. 2015;385(9980):1910-12. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60755-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60755-3)
4. Liu Y, Li J, Feng Y. Critical care response to a hospital outbreak of the 2019-nCoV infection in Shenzhen, China. *Crit Care*. 2020;24(1):56. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s13054-020-2786-x>
5. Legido-Quigley H, Asgari N, Teo YY, Leung GM, Oshitani H, Fukuda K, et al. Are high-performing health systems resilient against the COVID-19 epidemic? *Lancet*. 2020;395(10227):848-50. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30551-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30551-1)
6. Massuda A, Malik AM, Vecina Neto G, Tasca R, Ferreira Junior WC. La resiliencia del Sistema Único de Salud frente a la COVID-19. *Cadernos EBAP.BR*. 2021 [citado 2021 Abr 24];19(spe). DOI: <https://doi.org/10.1590/1679-395120200185>
7. Colombo F. Resilient health systems: what are we learning from the COVID-19 crisis. Paris: OECD; 2020 [citado 2020 May 04]. Available from: <https://www.oecd-forum.org/posts/64973-resilient-health-systems-what-we-are-learning-from-the-covid-19-crisis>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências [Internet]. 2017 [citado 2021 Jul 24]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007\\_24\\_02\\_2010.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html)
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 188, de 3 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: Ministério da Saúde; 2020 [citado 2020 Maio 04]. Available from: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>
10. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 543, de 18 de abril de 2017. Atualiza estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem [Internet]. Brasília: Conselho Federal de Enfermagem; 2017 [citado 2021 Jun 30]. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017\\_51440.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html)
11. World Health Organization. WHO Director-General's opening remarks at the mission briefing on COVID-19. Geneva: WHO; 2020 [citado 2020 Maio 04]. Disponível em: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-mission-briefing-on-covid-19---7-may-2020>
12. Xie J, Tong Z, Guan X, Du B, Qiu H, Slutsky AS. Critical care crisis and some recommendations during the COVID-19 epidemic in China. *Intensive Care Med*. 2020;46(5):837-40. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s00134-020-05979-7>
13. Friebel R, Fisher R, Deeny SR, Gardner T, Molloy A, Steventon A. The implications of high bed occupancy rates on readmission rates in England: a longitudinal study. *Health Policy*. 2019;123(8):765-72. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.06.006>
14. Jacobs A, Richtel M, Baker M. 'At war with no ammo': doctors say shortage of protective gear is dire. *New York Times*; 2020 [cited 2020 May 12]. Available from: <https://www.nytimes.com/2020/03/19/health/coronavirus-masks-shortage.html>
15. Ross C, Rogers C, King C. Safety culture and an invisible nursing workload. *Collegian*. 2019;26(1):1-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.colegn.2018.02.002>
16. Mitchell G. Covid-19 places critical nurses 'front and centre' as leaders. *Wethersfield: Nursing Times*; 2020 [citado 2020 Abr 20]. Disponível em: <https://www.nursingtimes.net/news/workforce/covid-19-places-critical-care-nurses-front-and-centre-as-leaders-30-03-2020/>
17. Chen Q, Liang M, Li Y, Guo J, Fei D, Wang L, et al. Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry*. 2020;7:e15-e16. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30078-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30078-X)
18. Prado PR, Ventura CAA, Rigotti AR, Reis RK, Zamarioli CM, Souza FB, et al. Linking worker safety to patient safety: recommendations and bioethical issues for the care of patients in the COVID-19 pandemic. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2021;31:20200535. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0535>
19. Massuda A, Malik AM, Junior WCF, Neto GV, Lago M, Tasca R. Pontos-chave para Gestão do SUS na Resposta à Pandemia COVID-19. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde; Centro de Estudos em Planejamento e Gestão da Saúde; 2020 [citado 2020 Jun 30]. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/340516019\\_Pontos](https://www.researchgate.net/publication/340516019_Pontos)
20. World Health Organization. WHO Plano de ação global para a segurança do paciente. Terceiro esboço do Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente 2021-2030. Geneva: WHO; 2021 [citado 2021 Jul 05]. Disponível em: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/patient-safety/gpsap/global-patient-safety-action-plan-2021-2030\\_third-draft\\_january-2021\\_web.pdf?sfvrsn=6767dc05\\_15](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/patient-safety/gpsap/global-patient-safety-action-plan-2021-2030_third-draft_january-2021_web.pdf?sfvrsn=6767dc05_15)

## EDITOR ASSOCIADO

Thereza Maria Magalhães Moreira



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons.