

Preparativos tecnoasistenciales para enfrentar la pandemia de COVID-19 desde la perspectiva de los gestores*


Kássia Janara Veras Lima^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0001-8952-5927>

Marcus Vinícius Guimarães de Lacerda^{3,4}

 <https://orcid.org/0000-0003-3374-9985>

Wagner Ferreira Monteiro¹

 <https://orcid.org/0000-0002-3303-3031>

Darlison Sousa Ferreira¹

 <https://orcid.org/0000-0003-3381-1304>

Lucas Lorrán Costa de Andrade^{5,6}

 <https://orcid.org/0000-0002-7924-0538>

Flávia Regina Souza Ramos^{1,2,3}

 <https://orcid.org/0000-0002-0077-2292>

Destacados: (1) Formas de organización de la Red de Atención de Salud ante emergencias de salud pública. (2) Desarrollo de políticas públicas en el área. (3) Contribución de la enfermería en la gestión de los servicios públicos. (4) Cualificación y fortalecimiento de las prácticas de gestión pública en un escenario de crisis. (5) Reflexiones sobre la conducción técnico-política en Brasil y el impacto de la pandemia.

Objetivo: describir los preparativos tecnoasistenciales que se desarrollaron en el ámbito de la gestión del trabajo en la red de atención de la pandemia de COVID-19, desde la perspectiva de los gestores. **Método:** investigación cualitativa, del tipo caso único incorporado, con 23 gestores de una Red de Atención de Salud. Análisis aplicado en dos ciclos de codificación temática, con ayuda del *software* ATLAS.ti. **Resultados:** los preparativos fueron analizados en categorías relacionadas con: la atención de la salud; la administración; la incorporación de tecnologías; la implementación de un hospital de campaña; y el análisis retrospectivo de las experiencias en general. Se destacaron la implementación del flujo de atención, los boletines virtuales de salud, el telemonitoreo, los *chatbots*, el uso de aplicaciones, la implementación de hospitales de campaña y emergencias básicas en el ámbito de las Unidades Básicas de Salud. Se identificaron la hiperjudicialización en el sistema; las debilidades en la gestión de la información, la intersectorialidad y conducción técnico-política a nivel nacional; el protagonismo de los enfermeros en cargos de gestión y para hacer frente a la pandemia. **Conclusión:** a pesar de la falta de preparación de los servicios de salud para enfrentar la pandemia, la resiliencia de los actores promovió el dinamismo y los preparativos tecnoasistenciales en el ámbito de la gestión y de la atención humanizada. El estudio tiene una contribución potencial para la calificación de las prácticas de gestión y el desarrollo de políticas públicas.

Descriptores: Pandemias; COVID-19; Salud Pública; Gestión en Salud; Servicios de Salud; Gestor de Salud.

* Apoyo financiero de la Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM), Brasil.

¹ Universidade do Estado do Amazonas, Escola Superior de Ciências da Saúde, Manaus, AM, Brasil.

² Becaria de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

³ Fundação de Medicina Tropical Doutor Heitor Vieira Dourado, Manaus, AM, Brasil.





⁴ Becario del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil.

⁵ Centro Universitário Luterano de Manaus, Manaus, AM, Brasil.

⁶ Becario de la Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM), Brasil.

Cómo citar este artículo

Lima KJV, Lacerda MVG, Monteiro WF, Ferreira DS, Andrade LLC, Ramos FRS. Technical-assistance arrangements in coping with the COVID-19 pandemic from the managers' perspective. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2022;30:e3539.

[Access   ]; Available in:  . <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5799.3539>

month day year

URL

Introducción

La pandemia de COVID-19 ha marcado la vida social desde 2020, es uno de los mayores desafíos para la salud pública de este siglo. El escaso conocimiento científico sobre el nuevo virus, la alta propagación y letalidad producen miedo e inseguridad sobre las decisiones y estrategias para enfrentar la epidemia. En Brasil, la situación se agrava como resultado de la desigualdad social y demográfica, la distribución y el acceso a los servicios de salud, especialmente a los de mayor complejidad, además de la alta concentración de población vulnerable y alta prevalencia de enfermedades crónicas⁽¹⁾.

Debido a la pandemia se vienen produciendo cambios drásticos en la vida social desde el 2020, y uno de los grandes problemas del presente y del futuro es que vivir se subordina a la lucha contra la pandemia y el devenir social remite al "devenir de la pandemia"⁽²⁾. Como resultado, el futuro del Sistema Único de Salud (SUS) aparece no sólo por su papel en el combate a la pandemia, sino como un elemento agregador para acercar a los diferentes actores en torno a la reivindicación de su fortalecimiento⁽²⁾. Sin embargo, se debe evitar caer en las perspectivas de emergencia y las soluciones efímeras.

Esto ha desafiado a los profesionales de la salud, la comunidad científica, los gestores de salud y los funcionarios del gobierno que buscan realizar una planificación de la asistencia asertiva y rápida, con el objetivo de disminuir los contagios, evitar la saturación de los sistemas de salud, y de mantener un acceso seguro, oportuno y de calidad a los servicios de salud⁽³⁾.

La pandemia expuso las fragilidades crónicas del SUS que experimentan los gestores y trabajadores. En Amazonas, las brechas se agudizaron por las particularidades demográficas y territoriales, con una capital que concentra cerca del 53% de la población del estado y de los servicios de alta complejidad⁽⁴⁾.

Desde el primer caso, el 19 de marzo de 2020, Manaus enfrentó dos picos de la enfermedad, convirtiéndose en el epicentro del país, en abril de 2020 y enero de 2021. En este último, hubo un aumento abrupto de casos y muertes que provocó el colapso de los servicios de salud públicos y privados, y la escasez de oxígeno⁽⁵⁾. Hasta el 24 de septiembre de 2020, Manaus alcanzó cerca de 204.266 casos confirmados y 9.464 muertes por COVID-19⁽⁶⁾.

El impacto de la pandemia en la calidad de vida de las personas y comunidades ha revelado a nivel mundial la importancia de desarrollar políticas y lineamientos operativos específicos para contextos de crisis, y la necesidad de profesionales preparados para promover el manejo clínico holístico de la enfermedad⁽⁷⁾. Requiere que se apliquen medidas normativas y legales para contener el COVID-19, y darles una respuesta adecuada

a las necesidades del territorio, desde la perspectiva de servicios integrados, accesibles y resolutivos. Es necesario que los servicios (nivel estratégico/táctico/operacional) realicen ajustes en tiempo real de los sistemas de salud, dando lugar a nuevos preparativos tecnoasistenciales⁽⁸⁾.

Estos preparativos expresan la lógica del modelo tecnoasistencial que adopta el territorio, o sea, la forma en que se organizan las acciones de atención de la salud, que involucran aspectos científicos y asistenciales, articulación entre los recursos físicos, tecnológicos y humanos disponibles para enfrentar los problemas de salud de una colectividad⁽⁹⁾.

El uso del concepto de preparativo tecnoasistencial en este estudio se debe a que articula significados teóricos y empíricos: el compromiso de valorar las experiencias construidas y captadas por sujetos concretos (gestores) y con el que las mismas revelan movimientos de rápida transformación o respuesta. Los preparativos pueden representar tales respuestas en su despliegue de tecnologías e innovaciones para organizar y operar las prácticas de salud, en fin, lo que se ordena son conocimientos y formas de actuar sobre situaciones de salud que, en el caso de la pandemia, rompen lógicas, rutinas y desafían las capacidades operativas en los servicios de salud. Es por ello que este concepto puede ser aplicado a diferentes contextos, que ayuden a captar las particularidades de las construcciones y los sujetos locales.

Específicamente, sobre el escenario estudiado, la justificación del estudio combina la importancia de divulgar las experiencias de los gestores con posiciones privilegiadas y la particularidad de la realidad ejemplar desde el punto de vista nacional e internacional, debido a la gravedad de la crisis por la que se atraviesa. Además, el estado del arte sobre este objeto, una pandemia que aún continúa, expresa una amplia y reciente producción científica derivada, pero que aún no cuenta con una publicación significativa sobre los cambios que se desarrollaron centrados en la gestión de los servicios locales, que aún deben ser difundidos.

Reflexionar sobre el funcionamiento de los servicios de salud es una valiosa oportunidad para que haya apropiaciones más críticas de las transformaciones que provocó la situación actual, como las posibles consecuencias para la gestión de las emergencias sanitarias y el fortalecimiento de los sistemas públicos y la actuación profesional, en el caso de la enfermería. A partir de ese potencial, el estudio fue guiado por la siguiente pregunta orientadora: ¿Qué preparativos tecnoasistenciales se realizaron en la gestión de los servicios de salud ante la pandemia de COVID-19 en Manaus? El estudio se propuso describir los preparativos tecnoasistenciales desarrollados en el ámbito de la gestión

del trabajo en la red de atención de la pandemia de COVID-19, desde la perspectiva de los gestores.

Método

Tipo de estudio

Se trata de una investigación cualitativa, diseñada como estudio de caso único incorporado⁽¹⁰⁾. La adecuación del diseño de investigación se debió a que estaba circunscripto a un fenómeno complejo (el enfrentamiento a la pandemia), en un contexto específico (municipio), pero que requirió la incorporación de diferentes unidades de análisis (diferentes tipos de servicios y niveles de gestión) y fuentes de evidencia (entrevistas con diferentes informantes y documentos).

Los procedimientos fueron reportados según los lineamientos de la guía COREQ (*Consolidated criteria for reporting qualitative research*).

Escenario de búsqueda

La búsqueda se llevó a cabo en Manaus, capital del estado de Amazonas, que tiene 2.219.580 de habitantes y representa el 52,75% de la población del estado, el 13,01% de la Región Norte y el 1,04% de Brasil, es la séptima capital más poblada⁽⁴⁾.

La Secretaría de Salud del Estado de Amazonas (SES) es la responsable de formular y desarrollar las políticas destinadas a la organización del SUS en el estado de Amazonas, los servicios de mediana y alta complejidad se encuentran en Manaus, y cuentan con 58 Establecimientos de Atención de la Salud (EAS)⁽¹¹⁾. La

gerencia de la Atención Primaria de la Salud (APS), bajo la coordinación de la Secretaría Municipal de Salud de Manaus (SEMSA), gestiona 305 EAS, lo que representa el 67,28% de la cobertura de la atención primaria^(4,12).

Para combatir el COVID-19, se reorganizó la Red de Atención de Salud (RAS), y se estableció como puntos de entrada prioritarios a: las Unidades Básicas de Salud (UBS), los Servicios de Atención de Urgencias (SAA), las Unidades de Atención de Urgencias (UAA) y las Salas de Emergencia (SE)⁽¹¹⁻¹²⁾. La internación clínica o en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) se produce por regulación médica, a través del Sistema de Transferencia de Emergencias Regulado (*Sistema de Transferência de Emergência Reguladas*, SISTER) y de transporte por medio del Servicio de Atención Móvil de Urgencias (SAMU)⁽¹²⁾.

Procedimientos e instrumentos de recolección de datos

El estudio se llevó a cabo en dos etapas: análisis documental y entrevistas. La investigación documental se realizó entre abril y junio de 2021, incluyó documentos de libre acceso disponibles en sitios *web* institucionales, con alcance nacional, estadual o municipal, organizados en un *Google Drive* específico, y alcanzó un total de 265 documentos (Figura 1). Fueron sistematizados en normativos, protocolares y datos de sistemas de información, mediante una planilla Excel elaborada por los autores, que incluía autores, fecha, objetivo/tema, sumado al proceso analítico para el cotejo y profundización de las interpretaciones producidas.



Figura 1 - Descripción del conjunto de documentos de la investigación

Las entrevistas se realizaron del 22 de junio al 10 de noviembre de 2020, fueron realizadas por la autora principal (máster) y por el segundo (máster) y cuarto (doctor) autor, enfermeros, que tienen experiencia previa

en la recolección y análisis de datos cualitativos, y no tienen vínculo interpersonal con los participantes. Se utilizó una guía semiestructurada que fue desarrollada y aplicada en una simulación por un equipo de seis investigadores y

fue evaluada después de la realización de las primeras tres entrevistas, y se determinó que no era necesario modificar las preguntas. Incluye once preguntas elaboradas para caracterizar al participante y ocho preguntas orientadoras relacionadas con el proceso de trabajo y los ajustes que se realizaron durante la pandemia, tales como: ¿Cuál es su evaluación sobre el proceso para enfrentar la pandemia de COVID-19 y la forma en que su trabajo interactúa con los demás? ¿Qué instrumentos de trabajo son necesarios para la gestión de los servicios? ¿Cómo se accede a los mismos y cómo se los incorpora? En su opinión ¿qué se está realizando (cambió/funcionó/faltó) en términos de "preparativos" o formas de organizarse y trabajar, individualmente o en equipo?

El estudio incluyó a 23 gestores con una carga horaria de 40 h/semanales, vinculados a los servicios públicos municipales y estatales, que trabajaron en la lucha contra la COVID-19. Fueron seleccionados por conveniencia, según el criterio de selección, quienes estuvieran en el cargo hace por lo menos 01 mes, que es el tiempo en el que se puede conocer el servicio, considerando la inestabilidad de la gestión y los cambios de gestores registrados en el período, y la representatividad de los niveles estratégicos (primer y segundo nivel) y operativos (UBS, UAA/SAA, SE y Hospitales).

Se contactó previamente a los participantes para presentarles el estudio y programar la entrevista, las mismas se realizaron de forma presencial en el lugar que sugirieron los participantes o de forma virtual mediante la herramienta *Google Meet*, fueron grabadas en audio o video digital y tuvieron una duración promedio de 40 minutos. Después de cada entrevista, se registraron los puntos relevantes y las percepciones de los investigadores. No hubo rechazo ni necesidad de repeticiones.

Procesamiento y análisis de los datos

Las entrevistas fueron transcritas utilizando la herramienta *Google Docs*, se respetaron la autenticidad

y literalidad. Los textos transcritos fueron puestos a disposición de los entrevistados para que los vieran y los revisaran, pero ninguno solicitó revisarlos. La saturación cualitativa de los datos fue confirmada por la recurrencia de los contenidos y el alcance de la magnitud de los códigos, lo que permitió que se realizaran interpretaciones consistentes.

En el análisis se aplicaron dos ciclos de Codificación Temática, propuestos por Johnny Saldaña con la ayuda del *software* ATLAS.ti - *The Qualitative Data Analysis Software*, versión 8.0: 1-Método de Codificación Estructural para la categorización inicial del *corpus* de datos, con el objetivo de examinar las similitudes, diferencias y relaciones de los segmentos comparables; 2- Método de Codificación Teórica, agregando el *corpus* por asociaciones teóricas⁽¹³⁾, basado en el concepto de preparativos tecnoasistenciales.

Para aumentar la fiabilidad, la codificación fue realizada por un investigador, revisada por un segundo investigador y sometida a consenso por 3 investigadores colaboradores, en reuniones específicas para tal fin.

La triangulación entre los datos de las entrevistas y los documentos se dio a medida que, en el proceso de categorización, se identificaban referencias a normas o formulaciones políticas orientadoras que impactaran en los procesos para enfrentar la pandemia, con el fin de comprender mejor las bases utilizadas por los actores del proceso de gestión.

Aspectos éticos

El estudio cumplió con las normas del Consejo Nacional de Salud (CNS) para investigaciones con seres humanos (Resolución n. 466/12), obtuvo el consentimiento de las Autoridades de Salud de Manaus y la aprobación del Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos de la Universidad del Estado de Amazonas-CEP/UEA (CAAE: 31844720.6.0000.5016) y de los participantes. Para preservar el anonimato, las declaraciones fueron identificadas por siglas y números, como se puede ver en la Figura 2.

Posición	Código	Descripción
Letras iniciales del código	GM	Gestor municipal que trabaja en la sede administrativa
	GE	Gestor estadual que trabaja en la sede administrativa
	H	Hospital
	U	Unidad o Servicio de Emergencias
	UBS	Unidad Básica de Salud
Número subsiguiente	Número	Número secuencial correspondiente al gestor de esa ubicación
Letra G y número subsiguiente	G + número	Número creciente de gestores que participan en el estudio

Figura 2 - Descripción de los códigos utilizados para identificar a los gestores, considerando el nivel y lugar de trabajo

Resultados

En cuanto al perfil de los participantes (Figura 3), predominaron las mujeres (57%), el 61% estaba concentrado en la franja etaria de 40 a 49 años, el 65%

tenía especialización, el 39% eran enfermeros y el 65% tenía contrato público estatutario. De estos, el 39% tenía de 16 a 20 años de formación, el 26% estaban en la institución hace entre 1 y 3 años y el 57% trabajó en la pandemia por un período superior a los 6 meses.

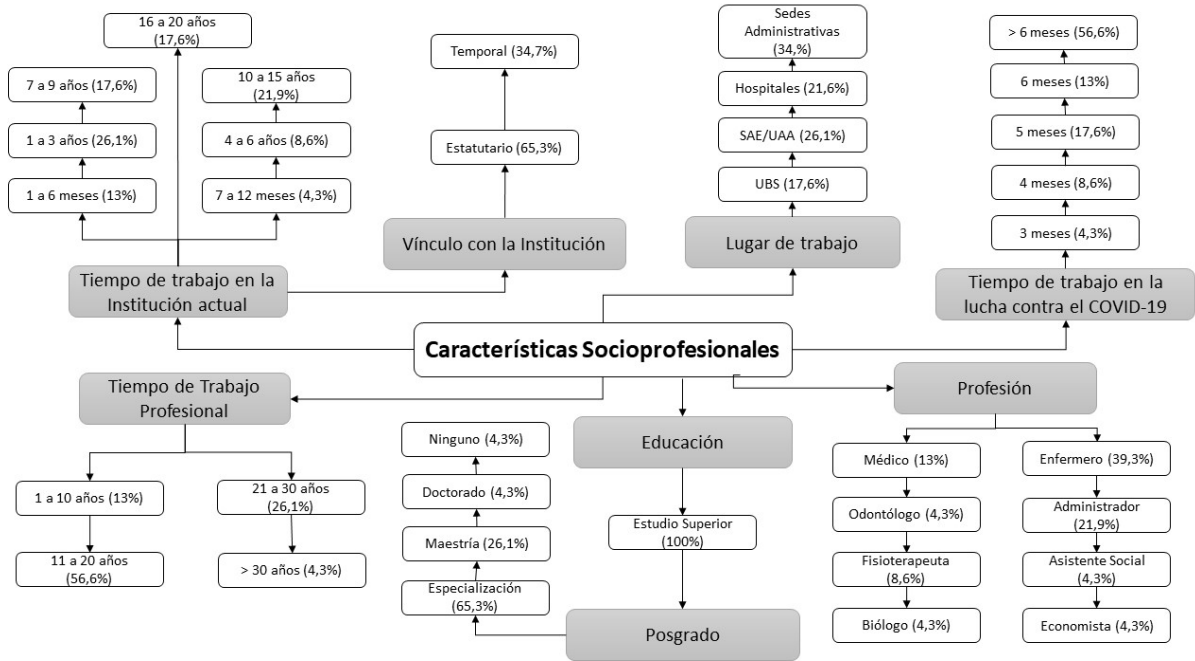


Figura 3 - Caracterización de los participantes de la investigación

El resultado se divide en 05 categorías de análisis, la magnitud es de 238 citas, derivadas del proceso analítico, que presentan las formas de organización del trabajo, las

tecnologías e innovaciones incorporadas en la atención y gestión que se llevaron a cabo para enfrentar la pandemia, como se muestra en la Figura 4.

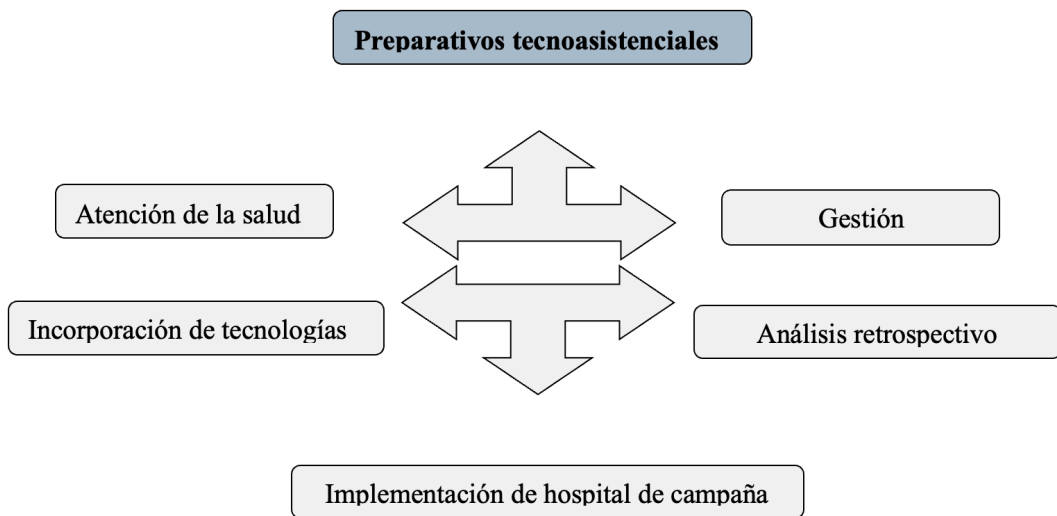


Figura 4 - Categorías de análisis y magnitud

Preparativos tecnoasistenciales: atención de la salud

Esta categoría aborda los preparativos concebidos o reestructurados por iniciativa de los gestores y trabajadores de la salud, dirigidos directamente a la atención de la persona con sospecha o confirmación de COVID-19, en el ámbito de un punto de atención o RAS. Revela experiencias exitosas y reflexiones sobre las falencias y los desafíos que se enfrentaron sobre: flujos de recepción/atención (para casos sospechosos y demanda habitual); estrategias de comunicación con la familia; seguimiento de casos confirmados no hospitalizados; vacunación de adultos mayores contra la Influenza (*drive-thru* y casa por casa); asignación de equipo para la capacidad de respuesta; rutinas de prevención de contagios/propagación dentro del servicio; y atención diferenciada para grupos vulnerables.

[...] para establecer un flujo para los pacientes, que al principio se acumulaban en emergencias esperando el traslado [...] tuvimos que cerrar sectores y hacerlos exclusivos para COVID-19 [...] y [...] que cambiar el flujo de atención de emergencias y de las salas (H5G23.2).

[...] una estrategia fundamental fue la vacunación casa por casa de los adultos mayores. Fue muy duro, difícil, pero logramos mantenerlos en casa (GM6G19.59).

Al atender un caso sospechoso, la ambulancia pasaba por un proceso de desinfección de 40 minutos. Esta fue una de nuestras grandes preocupaciones, hacía que nuestro tiempo de respuesta fuera demasiado largo, por falta de material y logística. No había muchas ambulancias por falta de personal y las ambulancias eran retenidas hasta que se realizaba la desinfección. La paramentación del equipo demoraba de 20 a 30 minutos, lo que hacía que dejáramos de atender a muchos pacientes [...] (GM3G4.5).

[...] para aquellas poblaciones denominadas vulnerables, que viven en la marginalidad, como indígenas, inmigrantes y personas en situación de calle, se definieron espacios adecuados que pudieran recibirlos de manera ordenada, brindándoles atención en salud, aislamiento y atención adecuada para evitar que empeoraran [...] todo esto en conjunto con otras instituciones (GM4G15.74).

Preparativos tecnoasistenciales: gestión

Se refiere a las herramientas de gestión y procesos gerenciales desarrollados en el ámbito de los puntos de atención o nivel estratégico de los Departamentos de Salud, que muestran cómo organizar y orientan la organización del servicio, con el fin de lograr una atención accesible, resolutive y oportuna. Cobraron protagonismo los preparativos orientados a cuatro aspectos importantes: la coordinación de la atención y operación de los servicios por medio de directivas (protocolos, normas técnicas, Procedimientos Operativos Estándar-POE y herramientas de gestión de calidad); cooperación interinstitucional; calidad y agilidad de la información/comunicación;

y gestión de personas en un escenario crítico. Como elemento transversal, se encuentra el mayor desafío de la gestión, la constante necesidad de replanificación y toma de decisiones, que involucra a múltiples actores en un escenario de incertidumbres e insuficiencias.

Trabajamos en conjunto con la Universidad X, realizamos protocolos de atención basados en publicaciones internacionales [...] fueron surgiendo notas técnicas más esclarecedoras y detalladas, con un lenguaje directo para la institucionalización en las unidades [...] (GE1G2).

[...] la Secretaría no trabajaba en forma aislada. Otro dispositivo muy importante fue el "GGIN", un grupo gestor [...] para captar esfuerzos, ayudas y acciones solidarias de instituciones de dentro y fuera del municipio (GM4G15.14).

Trabajamos en la parte de planificación estratégica, primero el relevamiento de los insumos hospitalarios, existentes y necesarios [...], flujómetros, humidificadores, puntos de oxígeno, equipos de protección personal [...], y un análisis de flujo de este paciente. En ese momento, estábamos trabajando en el proyecto LEAN en emergencias, lo que ayudó a trabajar en herramientas de gestión, como 5W2H [...] (H5G23.3).

Controlo diariamente cuántas consultas tuvimos en el SAMU, consultas con síntomas gripales en la UBS, casos confirmados, defunciones y entierros. [...] tenemos informes disponibles diariamente (GM6G19.50).

Específicamente en lo que se refiere a la planificación y toma de decisiones, se destaca la clara impresión de que había insuficiencia, que se usaba todo lo que estaba disponible. Cuando nada parece ser suficiente, la racionalidad operativa es un desafío y hay que ser creativo e innovar.

[...] trabajando de forma integrada, realizando reuniones periódicas, que involucraran a los sectores para la toma de decisiones, y en la atención propiamente [...] la comunicación con los directores de las unidades, utilizando otras herramientas, [...] aprovechando todo lo que ya existía, pero luego extrapolando e innovando (GM4G15.75).

No es que estuviéramos preparados para este escenario, porque nadie lo estaba, pero teníamos un proceso de trabajo bien organizado, basado en protocolos, en los POE, eso nos facilitó mucho la conducción [...] tenemos una capacidad instalada y eso trajo una carga aún mayor. Llegamos al límite y había que empezar no a improvisar, sino a tener creatividad para resolver problemas, que hasta entonces no teníamos, o no se había pensado, o no había ocurrido en la rutina (GE3G21.19).

Preparativos tecnoasistenciales: incorporación de tecnologías

En lo que respecta a las tecnologías incorporadas, para el control, la calificación y capilaridad de las acciones, se observó el desarrollo tanto del equipo, en el ámbito de los servicios, como de los gestores, a nivel estratégico, a través

de alianzas locales y nacionales, con el fin de dar respuesta a las necesidades del territorio durante la pandemia.

Los nuevos instrumentos y prácticas, pensados como tecnologías que cambian la forma habitual de hacer las cosas, se manifestaron en iniciativas muy simples (como la difusión del "código de oro" para marcar casos de cura/alta) y en incorporaciones complejas de nuevos procesos de trabajo, que habían estado obstruidos por mucho tiempo, como es el caso de la atención básica de emergencia en la UBS. En definitiva, los informes se refieren a la implementación de los siguientes cambios: visita ampliada; código de oro; consulta externa del empleado (incluida la atención psicológica virtual); integración con la investigación científica; teleconsulta especializada; emergencia básica en UBS; capacitación y educación permanente para la salud a distancia; horario extendido de las UBS (33 Unidades abiertas de lunes a viernes de 7:00 am a 7:00 pm); telemonitoreo; nuevos canales de comunicación para el usuario y los familiares (chat, teléfono, e-mail, boletín virtual, videollamadas); uso de nuevos equipos de soporte ventilatorio (máscara de ventilación no invasiva - VNI y *Snorkel*), tecnologías y aplicaciones digitales (como el Sistema de Vigilancia de Laboratorio para el envío más rápido y seguro de informes); cuarentena virtual por aplicaciones para control en los aeropuertos y georreferenciación de casos.

[...] la política de humanización se desempeñó muy bien en lo que respecta a la visita ampliada, implementación de la videoconsulta, los boletines virtuales diarios... Todo esto fue un gran legado, podemos trabajar con él dentro de la UCI, independientemente del COVID-19 (GE1G2. 86).

iHabía muchos códigos verdes (muertes), porque había 100 camas de UCI! [...] Un médico me envió un mensaje: Doctora, por el amor de Dios, ya no aguanto más el código verde. ¿No podemos tener el código de alta? [...] Inventamos el código de oro, código de la victoria. Cada alta hasta la fecha, ya sea de la UCI a la sala o de la sala al domicilio, se anuncia como código de oro por teléfono (H1G9.46).

Tener gente que se proponga, en un momento como este, investigar, imarca la diferencia! Porque marcan una visión, una dirección [...] iLa investigación lo es todo y necesitamos que se invierta en eso! Es necesario tener esa visión diferente (H1G13.26).

[...] la pandemia obligó a incorporar la atención de emergencia básica en las UBS; al principio los empleados se resistieron un poco, pero durante este proceso y con todo el apoyo que le fuimos dando, capacitación, disponibilidad de los insumos, el equipo se fue incorporando. ¡Eso es una victoria! (GM4G15.54)

[...] la gestión del municipio viene trabajando con el telemonitoreo de forma pionera. Formamos un grupo de trabajo para implementarlo [...] y aprovechando la situación ahora estamos incorporando esta atención para las condiciones crónicas (GM5G17.18).

[...] hoy tenemos una sala de situación de salud. Eso lo hace mucho más fácil. Desarrollamos Business Intelligent (BI), plataformas de acceso, con lenguaje técnico, pero simples y de fácil comprensión. (GE3G21.10).

iCreo que este fue el primer paso a nivel administrativo! Una tecnología dura que desarrollamos en conjunto [cita socios]. Una aplicación, que la población podía "descargar" en su celular, que brindaba información, además de acceso a la universidad, psicólogos o incluso médicos. Estaba este dispositivo en la aplicación [...] había un conjunto de médicos específicos para teleconsulta (GE4G22.54). [...] a todos los que bajaban en el aeropuerto los obligaban a "bajarse" una aplicación, hicimos lo que llamamos cuarentena virtual [...] con el localizador del celular, sabíamos quiénes eran esas personas y si manifestaban algún síntoma [...] Tenía un botón de alerta; cuando hacía clic, activamos a esa persona, favoreció la investigación epidemiológica (GE4G22.57).

Implementación del hospital de campaña

En el proceso de creación y funcionamiento de los hospitales de campaña (HC) implementados bajo la gestión municipal y estadual, se destacan las debilidades y fortalezas, desde la perspectiva de estructura, proceso y resultados. Los informes exponen la implementación y el impacto en la sociedad, destacando: proceso de toma de decisiones de gestión; estrategias y justificativas para la implementación y la desactivación; desafíos enfrentados en la implementación y contribución a la RAS.

La creación del HC fue fundamental, desde el momento en que tuvimos la seguridad de que el paciente que salía de aquí tenía adónde ir, que protegíamos esa vida [...] el proceso de trabajo fluyó más [...] (UBS1G6 .4).

El HC fue la realización de una tarea, rápida, necesaria, pero que tuvo un desempeño excelente, porque además de ser una acción financiada por el municipio, se contó con el apoyo del sector privado (H2G10.41).

Teníamos rutinas de trabajo creadas por la necesidad de un hospital [...] tuvimos la precaución de seguir todos los protocolos establecidos para cumplir con las necesidades de los pacientes y con los cuidados que requerían los profesionales de la salud, que estaba en la primera línea (H2G10. 41).

La Secretaría tomó la iniciativa de armar un HC [...] la Secretaría aún no es responsable de un servicio de alta complejidad, pero la decisión política lo hizo posible, con todo el apoyo necesario para armar el hospital [...] Con los socios del momento, hacer que suceda y tener la posibilidad y habilidad de curar efectivamente a muchas personas (GM4G15.48)

Preparativos tecnoasistenciales: análisis retrospectivo

El análisis retrospectivo del proceso de enfrentamiento al COVID-19 destaca las debilidades y posibles oportunidades de mejora. Expresa los sentimientos y

percepciones de los gestores sobre sus experiencias, de forma intensa y a corto plazo. Los informes adquieren un tono más personal, reconocen los roles asumidos, les dan sentido a palabras clave como "aprendizaje", "errores y aciertos". Reconoce las insuficiencias que empiezan por la cantidad de profesionales (y sus excesivas cargas de trabajo), pasa por la noción misma de contingencia o catástrofe, que demuestra la falta de preparación, y llega a la inevitable constatación de que el trabajo en solitario no tiene el alcance necesario, y que falta el apoyo del gobierno federal, falta la adhesión de la población a las medidas de control y que la experiencia dejó marcas.

Este tema de la organización, creo que dejó mucho que desear [...] "pusieron" COVID en todos los hospitales, cuando en realidad deberían haber habilitado un lugar específico y otros para el resto de la atención. Pero propagaron el COVID-19 en todos los hospitales (GM3G4.31).

El SUS no estaba preparado para eso [...] vino el pico y el sistema terminó siendo chupado. Vimos que hay mucho por mejorar, tanto en términos de atención como de gestión [...] para mejorar los cuellos de botella y los vacíos que se detectaron (U1G7.18). Cada profesional colaboraba en algo, se vio en el proceso, en lo que hacía y en esos protocolos. Pero, por supuesto, una cosa es lo ideal, otra cosa es lo posible y otra cosa es lo necesario. Entre lo ideal y lo necesario, hay un camino que a veces es difícil de superar, pero si tienes una organización más grande y un equipo cohesivo, es mucho más fácil. ¡Eso fue lo que vimos! Cuando más lo necesitábamos, muchos estuvieron a nuestro lado (GE3G21.24). [...] la gestión trató de hacer mucho, esperando lograr resultados rápidos en materia de protección social, pero no estaba en condiciones de hacerlo sola. Creo que en cierta medida el sector salud, la gestión en salud, olvidó un principio muy importante, la intersectorialidad. En un momento de pánico, la gerencia asumió la responsabilidad y debería haberla compartirlo con otros sectores, incluido el sector privado. [...] el gobierno carecía de la capacidad de formar alianzas [...] Tenemos un polo industrial muy próspero [...] eso de que el SUS no puede asociarse con el sector privado, dificultó la capacidad de respuesta (GE4G22.30).

La pandemia generó una sobre judicialización de la gestión [...] basada en el supuesto de que todo gestor es culpable de utilizar los recursos, en un momento en el que la ley autorizó el uso rápidamente [...] ¡No pretendo justificar eso! El hecho es que expone una situación bajo una premisa que no es necesariamente cierta, que todos los gestores estaban utilizando los recursos públicos para favorecer intereses privados en detrimento de los colectivos, ¡y no es cierto! (GE4G22.35)

La relación con el Ministerio de Salud (MS) fue mala [...] si tenemos que contar el número de muertos, buena parte se debe al apoyo que no nos dio el Gobierno Federal. [...] vimos los diversos cambios en el ministerio y esto aún prevalecía, todos y cada uno de los recursos se liberaron con al menos tres meses de retraso [...] el gobierno federal no colaboró en las acciones para combatir el COVID-19 en el Estado de Amazonas (GE4G22.45).

Discusión

Los informes revelan varias iniciativas dirigidas principalmente a cambios o adaptaciones en el ámbito de los servicios de salud en Manaus, que aisladamente coinciden con medidas propuestas en otros escenarios, pero que componen conjuntos únicos y solo claramente perceptibles en su contexto peculiar.

En materia de atención a la salud, se destaca la implementación de un flujo de atención diferenciada para personas con señales de síntomas gripales en los servicios estaduais y municipales, que son medidas importantes para potencializar la ruptura de la cadena de transmisión y la identificación oportuna de los síntomas, que contribuyen a la disminución de la morbilidad y mortalidad⁽¹⁴⁾. Enuncian estrategias para brindarle atención a la población vulnerable en el contexto de la APS, lo que reafirma la relevancia que tiene este nivel de atención para asumir el protagonismo en los sistemas de salud, especialmente frente a emergencias de salud pública, fundamentalmente para el seguimiento de casos con responsabilidad territorial⁽¹⁵⁾. Estudios desarrollados en Sudáfrica abordan la importancia de la APS en la lucha contra el COVID-19, enfatizan que es necesario que se realicen inversiones de forma urgente, especialmente centradas en los trabajadores, dado que impacta directamente en una respuesta más resolutive y oportuna a las necesidades de salud contextualizadas, además de fortalecer el sistema de salud, lo que genera grandes impactos para enfrentar las pandemias⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

Otra de las acciones que ve en los informes, también en el ámbito de la APS, es la implementación de la atención de emergencia básica en la UBS que ocurrió en abril de 2020, en pleno apogeo de la primera crisis en el municipio, motivada por las deliberaciones que surgieron en los colegios instituidos. Esta medida fue considerada un avance para la APS, porque amplía la resolución de la atención, aliviando la carga de la Red de Urgencias y Emergencias (RUE), constituyendo un recurso estratégico y valioso para enfrentar la pandemia⁽¹⁷⁾. Un estudio realizado en Noruega mostró que las personas con COVID-19 demandan más atención primaria entre la primera y la octava semana, esto repercute en la recuperación y en la reducción de la carga de otros niveles de atención⁽¹⁸⁾.

Se destacó el intento de los gestores de conformar grupos, comités y organizaciones similares, y de tratar de formar alianzas locales, nacionales e internacionales, consideradas fundamentales para el fortalecimiento y agilidad en la toma de decisiones, enfocándose en una gestión compartida de la crisis, basada en el escenario epidemiológico, con el objetivo de elaborar lineamientos para enfrentar la pandemia. Todos coinciden en que, en tiempos de crisis, el camino del diálogo con especialistas

de diferentes áreas y la participación de la sociedad civil es fundamental para promover impactos positivos y evitar efectos no deseados de las decisiones tomadas en materia de salud y protección social⁽¹⁹⁾.

Es evidente que hubo un esfuerzo colectivo en la elaboración de POE, notas técnicas y otros documentos normativos, para organizar los servicios de salud para que pudieran monitorear y atender los casos. A pesar de que el país tiene un sistema de salud sólido, con una gran ramificación, la planificación estratégica para responder a las emergencias de salud pública todavía es desafiante e incipiente, al igual que en la ciudad de Manaus, que se convirtió en el símbolo de la catástrofe, debido al colapso total del sistema de salud, con hospitales abarrotados, muertes en los domicilios por falta de acceso a los servicios, además de cementerios saturados y entierros en fosas comunes⁽²⁰⁾.

Ante el caos, los informes indican que se adoptaron diversos preparativos tecnoasistenciales para minimizar las barreras de acceso a los servicios y mejorar la comunicación con la sociedad. Se destacó la incorporación de boletines virtuales de salud, atención en línea de casos sospechosos y seguimiento de casos confirmados, además de la implementación de videollamadas para promover la comunicación con los familiares de las personas hospitalizadas, medidas basadas en la humanización y el alivio del dolor y sufrimiento. Iniciativas internacionales similares han demostrado que estas formas innovadoras de brindar atención pueden extenderse a diferentes niveles de atención, incluyendo instituciones públicas y privadas, ampliando el acceso y la atención adecuada, dado que los lugares tradicionales dentro de la APS han tenido que cerrar debido a la dinámica inusual del COVID-19⁽³⁾. Profundizando en la discusión sobre las tecnologías que adaptaron los gestores, como telemonitoreo, *chatbots* automatizados y aplicaciones, se observa que tiene carácter ambivalente para la salud pública, dado que, por un lado, es indiscutible que brindan acceso, aumentan la resolución y potencian la identificación oportuna de signos de agravamiento, pero por otro lado, razonando desde la perspectiva de la ética pública, de la equidad, la inclusión y la justicia social, se puede ver las dificultades que enfrentan poblaciones más vulnerables para acceder a dichas tecnologías, lo que demuestra una vez más las desigualdades sociales que hay en el país⁽²¹⁾.

También revelan las iniciativas para configurar y estructurar paneles, como el sistema de BI, para la gestión de información en tiempo real sobre casos, defunciones, inhumaciones, asistencia y capacidad instalada en los distintos niveles de atención. Sin embargo, se observa que la información es fragmentada y que no permite un análisis global e integrado de los servicios de salud de la ciudad. Un

estudio comparativo de los sistemas de salud en cinco países europeos revela que la inversión en la gestión de datos es una estrategia valiosa para las medidas de vigilancia de la salud en la pandemia de COVID-19⁽²²⁾. Desafortunadamente, la inversión en tecnologías de la información en el SUS aún es insuficiente y es imperativo que se fortalezcan los servicios para proporcionar y administrar datos en tiempo real para una vigilancia adecuada, que garantice la protección, la privacidad, el intercambio y la extracción segura de la información generada⁽²³⁾.

Con la esperanza de ampliar la atención de la salud, minimizar el colapso del sistema y el daño a la sociedad, se implementaron dos HC, considerados unidades de emergencia y temporales, para responder a las necesidades de atención de la salud que había en ese momento⁽²⁴⁾. El primero fue implementado en abril de 2020, bajo gestión municipal, en conjunto con el sector privado, con sede en una escuela municipal habilitada para tal fin, con 43 camas de UCI y 137 camas clínicas exclusivas para casos de COVID-19, cuyas actividades finalizaron en junio del mismo año⁽²⁵⁾.

En abril de 2020, se implementó el HC bajo gestión estadual, utilizando la estructura de un hospital privado inactivo, que llegó a tener 148 camas y atendió a 1800 pacientes⁽²⁶⁾, y finalizó sus actividades en julio de 2020. A pesar de que realizó un aporte significativo, no se identificó ningún registro en el Sistema Nacional de Registro de Establecimientos de Salud brasileño que indique el funcionamiento de este punto de atención como un HC enfocado en el COVID-19. El cierre de los HC fue considerado prematuro por la comunidad científica y la sociedad, dada la gravedad e incertidumbres inherentes a la pandemia, que llevó a la reactivación de los HC estaduais en enero de 2021, debido al segundo pico y colapso del sistema de salud en Manaus.

Los gestores reconocen que el sistema no estaba preparado para enfrentar esta pandemia, agravada por el pobre desempeño del MS, marcado por la alternancia de ministros y posiciones contrarias a las medidas científicas reconocidas mundialmente para el control de la enfermedad, en medio del colapso que vive el municipio. La lucha contra la pandemia es dinámica, requiere resiliencia, planificación estratégica, rapidez de respuesta, flexibilidad y adaptabilidad para el uso de los recursos existentes (personal, insumos y estructura física), puntos que están directamente relacionados con el liderazgo político. Es decir, posturas gubernamentales que simplifican la gravedad de la situación y no reconocen la ciencia, generan desinformación, conductas colectivas inapropiadas, conflictos y acciones ineficaces, y que comprometen la posibilidad de que se establezca la cooperación nacional e internacional, basada en las mejores prácticas^(15,20).

Para implementar enfoques innovadores de comunicación, con el objetivo de combatir el virus y llevar a cabo el cuidado de la salud basado en la evidencia científica, es necesario que haya un liderazgo audaz y valiente⁽²⁷⁾, y es extremadamente importante que los gestores adopten una postura proactiva⁽²⁸⁾, que aprovechen todos los medios para comunicarle a la sociedad las políticas adoptadas, basadas en principios éticos utilitarios, republicanos/democráticos⁽²⁹⁾. Brasil no ha asumido la responsabilidad de establecer una comunicación precisa y adecuada, capaz de esclarecer y obtener el apoyo para implementar medidas con base científica, esto llevó a los ciudadanos a tener opiniones volátiles, a que se difundan noticias falsas o se creen circunstancias políticas momentáneas, lo que contribuyó a empeorar la situación.

Se destacó la necesidad de valorar la intersectorialidad, que según los gestores era débil o incluso inexistente, por lo que el sector salud llevó a cabo las acciones para combatir la pandemia de forma aislada. El desarrollo de acciones intersectoriales en salud es un desafío histórico, un anhelo colectivo, especialmente en tiempos de pandemia cuando es necesario tomar decisiones complejas que tienen un gran impacto en la sociedad, y requieren la construcción de alianzas adaptadas e integradas a los sistemas existentes, compuestas por integrantes multidisciplinarios, con capacidad de ejecución, contextualizadas a las necesidades sociales y territoriales⁽³⁰⁾.

También se revela la sobre judicialización, con disputas y juicios de valor ante situaciones dramáticas, que involucran el valor de la vida. La pandemia ha planteado interrogantes sobre cómo deben asignarse los escasos recursos y cuáles son las complejidades de equilibrar las perspectivas éticas y las realidades futuras de la atención de la salud, y generó preocupaciones sobre las consecuencias legales de tomar estas decisiones⁽³¹⁾. La judicialización de la pandemia debe ser vista con cautela y prudencia, reconociendo las limitaciones del sistema de salud a nivel mundial.

Aunque el estudio no pretende realizar un análisis por categorías profesionales, la relevancia y el protagonismo de la enfermería están implícitos, se manifestó porque hubo una mayor concentración, entre los entrevistados, de enfermeros que ocupaban cargos de gestión. Cabe destacar que los lineamientos curriculares de la carrera de grado en enfermería incluyen nociones de administración de servicios, y realmente buscan desarrollar competencias profesionales orientadas al cuidado integral y una visión holística de la salud. Por lo tanto, es posible afirmar que en los preparativos analizados hay una fuerte presencia de la categoría de enfermería, que contribuyó significativamente para la gestión de los servicios y cuidados en tiempos de pandemia.

El estudio contribuye al avance del conocimiento, tiene el potencial para calificar y fortalecer las prácticas

de gestión pública en escenarios críticos, y al desarrollo de políticas de emergencia sanitarias. Para el campo de conocimiento de la Enfermería, destaca el importante papel que tiene este profesional como líder creativo en el desarrollo de formas de gestión innovadoras, dinámicas y receptivas a los desafíos de los servicios, la necesidad de una acción cada vez más integrada entre los diferentes profesionales y sectores; las crecientes exigencias de actualización científica y tecnológica, con base en fuentes confiables, así como su papel en la calidad de la información producida y consumida en los equipos de trabajo. De esta forma, señala elementos fundamentales para la formación permanente de los gestores, para mejorar la comunicación entre profesionales, equipos, niveles gerenciales y con los usuarios de los servicios de salud.

Si bien el estudio tiene una contribución potencial para la gestión en salud en situaciones de emergencia de salud pública, cabe destacar que los informes se limitaron a las experiencias vinculadas al primer pico de la enfermedad en Manaus, por ende, se considera imperioso que se realicen estudios centrados en las experiencias que se suscitaron en otros escenarios y momentos de la pandemia.

Conclusión

El estudio mostró que la lucha contra la pandemia de COVID-19 requirió dinamismo y reestructuración de los servicios para responder a las necesidades de la población, que se desarrollaron nuevos preparativos tecnoasistenciales tanto en la gestión como en la atención de la salud, se destacó la rápida implementación de flujos de atención diferenciada para personas con señales de síntomas gripales, boletines virtuales de salud y atención en línea (telemonitoreo, *chatbots* y aplicaciones).

Se observó la implementación de la atención de emergencia básica en las UBS durante la pandemia, lo que representa un avance en la visión de los gestores, dado que el servicio no se brindaba en Manaus. Fue notorio el esfuerzo por implementar hospitales de campaña y la relevancia que tuvieron en los momentos pico de la enfermedad en el municipio.

Entre los entrevistados, se destacó la gran cantidad de enfermeros que ocupaban cargos de gestión, lo que demuestra el protagonismo y la contribución significativa de la categoría para enfrentar la pandemia en Manaus.

Se reforzaron las debilidades del SUS en varios campos, como la gestión de la información y la incipiente y escasa intersectorialidad. Los informes dejaron en claro que el sistema no estaba preparado para enfrentar esta pandemia, que se vio agravada por la postura y la conducta del MS, desde el punto de vista técnico y político, que contribuyó a acelerar el colapso en Manaus.

El estudio presenta una contribución potencial para la calificación y fortalecimiento de las prácticas de gestión pública en un escenario crítico y para el desarrollo de políticas de emergencia sanitaria. Es fundamental llevar a cabo otros estudios que incorporen las experiencias construidas durante las pandemias, que abarquen no solo los aspectos técnicos, sino toda la subjetividad del trabajo, incluso las relaciones mutuas entre las tecnologías implementadas y las experiencias de los actores.

Referencias

1. Barreto ML, Barros AJD, Carvalho MS, Codeço CT, Hallal PRC, Medronho RA, et al. What is urgent and necessary to inform policies to deal with the COVID-19 pandemic in Brazil?. *Rev Bras Epidemiol.* 2020;23:1-4. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720200032>
2. Guimarães R. O futuro do SUS e a emergência sanitária. ABRASCO [Internet]. 2021 Abr [cited 2021 Jun 15]. Available from: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/opiniaofuturo-sus-emergencia-sanitaria-reinaldo-guimaraes/58689>
3. Tahan HM. Essential Case Management Practices Amidst the Novel Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Crisis Part 2: End-of-Life Care, Workers' Compensation Case Management, Legal and Ethical Obligations, Remote Practice and Resilience. *Professional Case Manag.* 2020;25(5):267-84. doi: <http://doi.org/10.1097/NCM.0000000000000455>
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Cidades e Estados [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2020 [cited 2021 Sep 4]. Available from: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/am/manaus.html>
5. Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas (BR). Perfil clínico e demográfico dos casos de COVID-19 no estado do Amazonas: uma análise comparativa entre 2020 e 2021 [Internet]. Amazonas: FVS; 2021 [cited 2021 Sep 05];(17):1-8. Available from: https://s3.amazonaws.com/img.portalmarcoasantos.com.br/wp-content/uploads/2021/02/06063951/Perfil_cli%CC%81nico_e_demogra%CC%81fico_dos_casos_de_Covid_19_no_estado_do.pdf
6. Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas (BR). Boletim diário COVID-19 no Amazonas 04/10/2021 [Internet]. Amazonas: FVS; 2021 [cited 2021 Oct 4]. Available from: https://www.fvs.am.gov.br/media/publicacao/04_10_21_BOLETIM_DIARIO_DE_CASOS_COVID-19.pdf
7. Nxumalo CT, Mchunu GG. A qualitative study to explore primary health care practitioners' perceptions and understanding regarding the COVID-19 pandemic in KwaZulu-Natal, South Africa. *Afr J Prim Health Care Fam Med.* 2021 Nov 26;13(1):1-11. doi: <http://dx.doi.org/10.4102/phcfm.v13i1.3084>
8. Guo YR, Cao QD, Hong ZS, Tan YY, Chen SD, Jin HJ, et al. The origin, transmission and clinical therapies on coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak- A update on the status. *Mil Med Res.* 2020;7(1):1-10. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s40779-020-00240-0>
9. Silva AG Junior, Alves CA. Modelo de atenção à saúde: desafios e perspectivas. In: Morosini MV, Corbo N D'Andrea, organizadores. Modelos de atenção e a saúde da família. [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007 [cited 2021 Sep 9]: p. 27-41. Available from: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/26576/2/Livro%20EPSJV%20007745.pdf>
10. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 5. ed. Porto Alegre: Bookman; 2014. 320 p.
11. Secretaria de Estado do Amazonas (BR). Plano de contingência estadual para infecção humana pelo novo Coronavírus 2019-nCov [Internet]. Amazonas: SES; 2020 [cited 2021 Sep 9]. Available from: https://www.fvs.am.gov.br/media/publicacao/PLANO_CONTINGENCIA_COVID-19_versao_21_04_21_PRELIMINAR_ttw.pdf
12. Prefeitura de Manaus (BR). Plano de contingência municipal para infecção humana pelo novo coronavírus (COVID-2021) [Internet]. Manaus: SEMSA; 2020 [cited 2021 Sep 9]. Available from: <https://semsa.manaus.am.gov.br/wp-content/uploads/2021/05/PLANO-DE-CONTINGENCIA-COVID-19-2021.pdf>
13. Saldaña J. The Coding Manual for Qualitative Researchers. 2nd ed. Qualitative Research in Organizations and Management: An International Journal. Los Angeles: New Delhi, Singapore; 2013. 303 p.
14. Garg S, Basu S, Rustagi R, Borle A. Primary health care facility preparedness for outpatient service provision during the COVID-19 Pandemic in India: cross-sectional study. *JMIR Public Health Surveill.* 2020;6(2). doi: <http://dx.doi.org/10.2196/19927>
15. The Lancet COVID-19 Commissioners, Task Force Chairs, Commission Secretariat. Lancet COVID-19 Commission Statement on the occasion of the 75th session of the UN General Assembly. 2020;396:1102-24. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31927-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31927-9)
16. Crowley T, Kitshoff D, Lange-Cloete F, Baron J, Lange S, Yong C, et al. Reorganisation of primary care services during COVID-19 in the Western Cape, South Africa: Perspectives of primary care nurses. *S Afr Fam Pract.* 2021;63(1). doi: <https://doi.org/10.4102/safp.v63i1.5358>
17. Souza CD, Gois-Santos VT, Correia DS, Martins-Filho PR, Santos VS. The need to strengthen primary health care in Brazil in the context of the COVID-19 pandemic. *Braz Oral Res.* 2020;34:1-3. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-3107bor-2020.vol34.0047>
18. Skyrud KD, Hernæs KH, Telle KE, Magnusson K. Impacts of mild COVID-19 on elevated use of primary and specialist health care services: A nationwide register study from

- Norway. PLoS One. 2021 Oct 8;16(10):e0257926. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0257926>
19. Rajan D, Koch K, Rohrer K, Bajnoczki C, Socha A, Voss M, et al. Governance of the COVID-19 response: a call for more inclusive and transparent decision-making. *BMJ Glob Heal*. 2020;5(5):1-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002655>
20. Henriques CMP, Vasconcelos W. Crises dentro da crise: respostas, incertezas e desencontros no combate a pandemia da COVID-19 no Brasil. *Estud Avançados*. 2020;34(99):25-44. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.3499.003>
21. Botrugno C. The role of technology in the containment of COVID-19 pandemic. *Rev RedBioética/UNESCO*. 2020 Jun;11(21):13-20. Available from: https://www.sbbioetica.org.br/uploads/repositorio/2021_03_19/RevistaBioetica21.pdf
22. Rigoine FT, Puig BJ, Kassianos G, Vanhems P, Schelling J, Crepey P, et al. A comparison of coronavirus disease 2019 and seasonal influenza surveillance in five European countries: France, Germany, Italy, Spain and the United Kingdom. *Influenza Other Respir Viruses*. 2021 Dec 5. doi: <https://doi.org/10.1111/irv.12941>
23. Organisation for Economic Co-operation and Development. Beyond Containment: health systems responses to COVID-19 in the OECD [Internet]. 2020 [cited 2020 Apr 8];1-22. Available from: https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=119_119689-ud5comtf84&title=Beyond_Containment:Health_systems_responses_to_COVID-19_in_the_OECD
24. Smith SR, Jenq G, Claflin T, Magnant C, Haig AJ, Hurvitz E. Proposed workflow for rehabilitation in a field hospital setting during the COVID-19 pandemic. *PM&R*. 2020;12(8):823-8. doi: <https://doi.org/10.1002/pmrj.12405>
25. Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (BR). Relatório simplificado: hospital de campanha municipal Gilberto Novaes [Internet]. Manaus: SEMSA; 2020 [cited 2021 Sep 10]. Available from: <https://covid19.manaus.am.gov.br/hospital-de-campanha/>
26. Secretaria do Estado do Amazonas (BR). SUSAM encerra atividades do Hospital de Combate à Covid-19 após baixa no número de internações [Internet]. 2020 [cited 2021 Jun 23]. Available from: <http://www.saude.am.gov.br/visualizar-noticia.php?id=4820>
27. Guest JL, del Rio C, Sanchez T. The three steps needed to end the COVID-19 pandemic: bold public health leadership, rapid innovations, and courageous political will. *JMIR Public Health Surveill*. 2020;6(2). doi: <http://dx.doi.org/10.2196/19043>
28. Stoller JK. Reflections on leadership in the time of COVID-19. *BMJ Lead*. 2020;4(2):77-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/leader-2020-000244>
29. Haÿry M. The COVID-19 pandemic: healthcare crisis leadership as ethics communication. *Cambridge Q Healthc Ethics*. 2020;42-50. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S0963180120000444>
30. Perez C, Aguirre D, Clark T, Morgan J, Agueda O, Thompson G, et al. Developing and employing ideal teams for optimal global health outcomes. *J Glob Health*. 2021;11:1-6. doi: <http://dx.doi.org/10.7189/jogh.11.02001>
31. Gunn MA, McDonald FJ. COVID-19, rationing and the right to health: can patients bring legal actions if they are denied access to care? *Med J Aust*. 2021;214(5):207-8. doi: <http://dx.doi.org/10.5694/mja2.250952>

Contribución de los autores

Concepción y dibujo de la pesquisa: Kássia Janara Veras Lima, Marcus Vinícius Guimarães de Lacerda, Wagner Ferreira Monteiro, Darlisom Sousa Ferreira, Lucas Lorrán Costa de Andrade, Flávia Regina Souza Ramos.

Obtención de datos: Kássia Janara Veras Lima, Marcus Vinícius Guimarães de Lacerda, Wagner Ferreira Monteiro, Darlisom Sousa Ferreira, Lucas Lorrán Costa de Andrade, Flávia Regina Souza Ramos.

Análisis e interpretación de los datos: Kássia Janara Veras Lima, Lucas Lorrán Costa de Andrade, Flávia Regina Souza Ramos.

Obtención de financiación: Kássia Janara Veras Lima, Marcus Vinícius Guimarães de Lacerda, Wagner Ferreira Monteiro, Darlisom Sousa Ferreira, Flávia Regina Souza Ramos.

Redacción del manuscrito: Kássia Janara Veras Lima, Flávia Regina Souza Ramos.

Revisión crítica del manuscrito en cuanto al contenido intelectual importante: Kássia Janara Veras Lima, Marcus Vinícius Guimarães de Lacerda, Wagner Ferreira Monteiro, Darlisom Sousa Ferreira, Lucas Lorrán Costa de Andrade, Flávia Regina Souza Ramos.

Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

Conflicto de intereses: los autores han declarado que no existe ningún conflicto de intereses.

Recibido: 24.10.2021
Aceptado: 22.02.2022

Editora Asociada:
Andrea Bernardes

Copyright © 2022 Revista Latino-Americana de Enfermagem


Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.

Autor de correspondencia:

Kássia Janara Veras Lima

E-mail: kjplima@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-8952-5927>