



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
DOUTORADO ACADÊMICO

JOELMARA FURTADO DOS SANTOS PEREIRA

**VIVÊNCIAS DE PROFISSIONAIS EM UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA E NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO DE LEITOS NA
PANDEMIA DA COVID-19**

SÃO LUÍS – MA

2022

JOELMARA FURTADO DOS SANTOS PEREIRA

**VIVÊNCIAS DE PROFISSIONAIS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA E
NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO DE LEITOS NA PANDEMIA DA COVID-19**

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Maranhão, como requisito para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

Orientador(a): Dra. Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves

SÃO LUÍS – MA

2022

**VIVÊNCIAS DE PROFISSIONAIS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA E
NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO DE LEITOS NA PANDEMIA DA COVID-19**

JOELMARA FURTADO DOS SANTOS PEREIRA

Tese aprovada em _____ de _____ de _____ pela banca examinadora
constituída dos seguintes membros:

Banca Examinadora:

Prof. Dra. Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves

Orientadora

Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

Prof. Dra. Maria Elizabeth da Silva Hernandes Correa

Examinadora Externa a UFMA

Universidade de Marília (SP)

Prof. Dr. Alexandre Guilherme Ribeiro de Carvalho

Examinador Externo ao PPGSC

UDI Hospital, Rede D'Or - São Luiz

Prof. Dra Zeni Carvalho Lamy

Examinadora Interna ao PPGSC

Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

Prof. Dra. Ruth Helena de Souza Britto Ferreira de Carvalho

Examinadora Interna ao PPGSC

Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Furtado dos Santos Pereira, Joelmara.

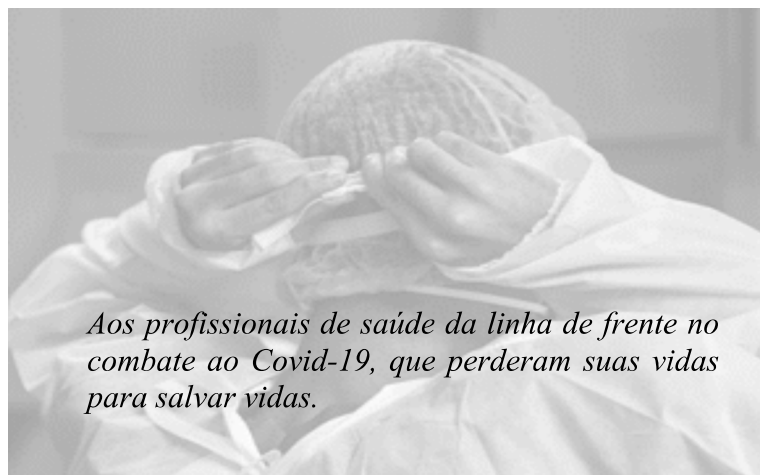
VIVÊNCIAS DE PROFISSIONAIS EM UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA E NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO DE LEITOS NA
PANDEMIA DA COVID-19 / Joelmara Furtado dos Santos
Pereira. - 2022.

118 p.

Orientador(a): Maria Teresa Seabra Soares de Britto e
Alves.

Tese (Doutorado) - Programa de Pós-graduação em Saúde
Coletiva/ccbs, Universidade Federal do Maranhão, São Luís,
2022.

1. COVID-19. 2. Cuidados críticos. 3. Leitos. 4.
Tomada de decisão. 5. Unidade de Terapia Intensiva. I.
Seabra Soares de Britto e Alves, Maria Teresa. II. Título.



*Aos profissionais de saúde da linha de frente no
combate ao Covid-19, que perderam suas vidas
para salvar vidas.*

AGRADECIMENTOS

Ao meu **Deus**, o Todo-Poderoso, por seu amor inconcebível, bondade incomensurável e graça inerrante que me alcançaram e permitiram a finalização desta tese. Esses adjetivos não se aproximam da realidade desse Deus e das suas digitais nas páginas, capítulos e livro da minha existência. Dele, por Ele e para Ele são todas as coisas. (Rm 11:36).

A **minha família**, pela constante torcida e suporte até aqui, em especial aos meus pais **Maria Antônia Furtado e Valdemar Santos**, minhas âncoras durante esse percurso.

Ao meu esposo **Evandro Costa Pereira**, pelas incontáveis xícaras de café (risos), por ter sido meus pés e mãos nos momentos de ausência familiar, pelo cuidado e amor, paciência e encorajamento na conquista deste sonho.

A minha Avó, **Maria Antônia Rodrigues Furtado**, por ter me sustentado em oração, de joelhos, em cada fase da minha vida.

As minhas filhas, **Maju** (seis anos) e **Melissa** (dois meses), minhas doutorandas mirins, por me ensinarem, despretensiosamente, a importância da disciplina, persistência e paciência, imprescindíveis nesse caminho.

Aos meus irmãos, **Joyce Furtado e Joel Furtado**, pelo cuidado ao longo desses anos.

A minha querida orientadora **Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves**, pelo acolhimento e confiança desde a concepção do objeto desta pesquisa, pelos ensinamentos e refrigério nas circunstâncias tempestivas enfrentadas no percurso. Obrigada por ser essa mentora comprometida, leve e sempre disponível.

Aos enfermeiros, médicos e gestores, **participantes desta pesquisa**, que mesmo no provável momento de maior turbulência de suas vidas profissionais, cederam gentilmente o seu precioso tempo, contribuindo com este estudo. Minha admiração e reverência a todos vocês.

A minha amiga **Francisca Bruna Arruda Aragão**, pela força e entusiasmo no decorrer desta trajetória.

Aos meus amigos da **turma 2020/2024**, em especial aos queridos Rafaela Duailibe, Marcos Ronad, Mayra Araújo, Luciane Cardoso, Nalma Carvalho, Mariana Borges, Antônia Iracilda, Douglas Campos, Jéssica Mendes e Rebeca Aranha, pelo apoio e incentivo durante essa caminhada.

Ao **Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva**, pela organização, empenho e compromisso. Aos **professores e colaboradores do Programa** pelo conhecimento compartilhado e fomento ao crescimento profissional ao longo desse percurso.

A **Universidade Federal do Maranhão** pela oportunidade de formação e crescimento.

Ainda que eu falasse a língua dos homens, e falasse a língua dos anjos, sem amor, eu nada seria.

Se eu tivesse o dom da profecia, se conhecesse todos os mistérios e toda a ciência, se tivesse toda a fé, a ponto de remover montanhas, mas não tivesse amor, eu nada seria.

[...]

E se eu gastasse todos os meus bens no sustento dos pobres e até me entregasse como escravo, para me gloriar, mas não tivesse amor, de nada me aproveitaria.

[...]

Atualmente permanecem estas três: a fé, a esperança, o amor. Mas a maior delas é o amor.

(Paulo de Tarso, 1 Coríntios 13)

LISTA DE FIGURAS

Quadro 1. Características sociodemográficas, formação e atuação profissional, Maranhão, 2020.....84

Manuscrito 1

Figura 1. Eixos temáticos e subtemas obtidos a partir da análise dos dados.....34

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

- AMIB - Associação de Medicina Intensiva Brasileira
- ABRAMEDE - Associação Brasileira de Medicina de Emergência
- CFM - Conselho Federal de Medicina
- CNS - Conselho Nacional de Saúde
- COREQ - Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research
- EPI - Equipamentos de Proteção Individual
- MERS - Síndrome Respiratória do Oriente Médio
- NIR - Núcleo Interno de Regulação
- OMS - Organização Mundial da Saúde
- PNHOSP- Política Nacional de Atenção Hospitalar
- SARS - Síndrome Respiratória Aguda Grave
- SCCM - Society of Critical Care Medicine
- SUS - Sistema Único de Saúde
- TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- UTI - Unidade de Terapia Intensiva

PEREIRA, Joelmara Furtado dos Santos, **Vivências de profissionais em Unidade de Terapia Intensiva e Núcleo Interno de Regulação de leitos na Pandemia da COVID19**, 2022, Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, p.118.

RESUMO

INTRODUÇÃO: Em 2020, o Brasil viveu o início de uma crise sanitária sem precedentes, a chamada primeira onda da pandemia da COVID-19. O aumento inesperado de pacientes com quadro grave da doença que demandaram por ventiladores mecânicos, leitos e cuidados intensivos, ameaçou a capacidade de resposta da alta complexidade. Partindo dessa perspectiva, esta pesquisa buscou analisar as vivências de profissionais de saúde que atuaram em Unidade de Terapia Intensiva e nos Núcleos Internos de Regulação de Leitos, no contexto da pandemia da COVID-19. **MÉTODOS:** Trata-se de um estudo descritivo-exploratório de abordagem qualitativa desenvolvido nas Unidades de Terapia Intensiva e nos Núcleos Internos de Regulação de leitos, de dois hospitais públicos, no período de novembro de 2020 a janeiro de 2021, no estado do Maranhão. Foram selecionados 22 profissionais. Utilizou-se a entrevista semiestruturada como técnica de coleta de dados. Empregou-se a análise de conteúdo, na modalidade temática e foi utilizado o *software* NVIVO® 12 para auxílio na organização e tratamentos dos dados. **RESULTADOS:** Os profissionais relataram que diante do cenário de demanda elevada, pacientes graves e insuficiência de leitos, houve a necessidade de reorganizar o ambiente hospitalar e expandir os leitos existentes. Das situações mencionadas, destacam-se: a sobrecarga de trabalho e a escassez de profissionais que afetaram a qualidade da assistência, levando a novas formas de produção do cuidado; o desafio de ofertar o esperado cuidado de alto padrão, que passou a ser construído sob o ritmo das incertezas e do desconhecimento da doença; o sentimento de colaboração profissional e a percepção de segurança em equipe foram sinalizados como pressupostos necessários para a continuidade da assistência. A experiência com a morte e o morrer em maior escala interferiu no modo de encarar a terminalidade da vida. Paralelo a esse contexto avassalador, decidir quem ocuparia o leito intensivo foi uma tarefa difícil e conflitante, em face das incertezas da “nova doença”. Assim, foi considerada uma combinação de critérios clínicos e não clínicos, avaliados caso a caso como gravidade, chance de sobrevivência, distância a ser percorrida e condições de transporte. Identificou-se que o contexto de doença desconhecida, as pressões familiares e institucionais foram pontos de tensões e interferiram no processo decisório. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** As mudanças ocorridas no ambiente de trabalho da UTI e NIR influenciaram a forma de enfrentamento daquela situação de excepcionalidade. As suas vivências frente a (re)organização do espaço, ao significado atribuído ao cuidado e às relações interprofissionais, evidenciaram que esses agentes foram afetados de modo e intensidade peculiar a cada um. A tomada de decisão foi marcada por práticas e desafios advindas do contexto de agudização da insuficiência de leitos e do conhecimento que se estruturava acerca da doença, sob a perspectiva de um fenômeno árduo e relacionado a aspectos extrínsecos à esfera técnico-assistencial.

Palavras-Chave: COVID-19. Unidade de Terapia Intensiva. Cuidados críticos. Tomada de decisão. Leitos. Admissão do paciente.

PEREIRA, Joelmara Furtado dos Santos, **Experiences of professionals in the Intensive Care Unit and Internal Nucleus for Bed Regulation in the COVID19 Pandemic**, 2022, Thesis (Doctorate in Collective Health) - Graduate Program in Collective Health, Federal University of Maranhão, São Luís, p.118.

ABSTRACT

INTRODUCTION: In 2020, Brazil experienced an unprecedented health crisis, the so-called first wave of the COVID-19 Pandemic. The unexpected increase in patients with severe illness who demanded mechanical ventilators, beds and intensive care threatened the high complexity response capacity. From this perspective, this research sought to analyze the experiences of health professionals who worked in the Intensive Care Unit and in the Internal Bed Regulation Nuclei, in the context of the COVID-19 pandemic. **METHODS:** This is a descriptive-exploratory study with a qualitative approach developed in the Intensive Care Units and Internal Bed Regulation Centers of two public hospitals, from November 2020 to January 2021, in the state of Maranhão. 22 professionals were selected, this sample was defined by the criterion of saturation of the senses. The data collection technique was the semi-structured interview. For analysis of the interviews, the technique of content analysis was used, in the thematic modality and the software NVIVO® 12 was used to aid in the organization and treatment of the data. **RESULTS:** Professionals reported that in the face of high demand, critically ill patients and insufficient beds, there was a need to reorganize the hospital environment and expand existing beds. Of the situations mentioned, the following stand out: the work overload and the shortage of professionals that affected the quality of care, leading to new forms of care production and the transitory rupture of the overvaluation of professional categories; the challenge of offering the expected high-standard care, which began to be built under the rhythm of uncertainty and ignorance of the disease; the feeling of professional collaboration and the perception of security in the team signaled as necessary presuppositions for the continuity of care. The experience with death and dying on a larger scale interfered in the way of facing the end of life in that context. In parallel with this overwhelming context, deciding who would occupy the intensive bed was a difficult and conflicting task, given the uncertainties of the “new disease”. Thus, a combination of clinical and non-clinical criteria was considered, evaluated on a case-by-case basis, such as severity, chance of survival, distance to be covered and transport conditions. It was identified that the context of an unknown disease, family and institutional pressures were points of tension and interfered in the decision-making process. **FINAL CONSIDERATIONS:** The changes that occurred in the work environment of the ICU and NIR influenced the way of dealing with that exceptional situation. Their experiences with the (re)organization of space, the meaning attributed to care and interprofessional relationships, showed that these agents were affected in a way and intensity peculiar to each one. Decision making was marked by practices and challenges arising from the context of exacerbation of the lack of beds and the knowledge that was structured about the disease, from the perspective of an arduous phenomenon and related to aspects extrinsic to the technical-assistance sphere.

Key-words: COVID-19. Intensive care unit. Critical care. screening. Bed. Admission. Decision making.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	20
2.1 Geral	21
2.2 Específicos	21
3 REVISÃO DE LITERATURA	23
3.1 A Pandemia da COVID-19 e o cuidado em UTI	23
3.2 Serviços de terapia intensiva no Brasil e Maranhão	27
3.3 A Tomada de decisão para admissão em UTI	31
4 METODOLOGIA	35
4.1 Tipo de estudo	35
4.2 Período e Local de estudo	35
4.3 Participantes do estudo e Amostra	36
4.4 Técnica e Instrumentos para coleta de dados	38
4.5 Análise de dados	38
4.6 Aspectos Éticos	40
5. RESULTADOS	42
5.1 Artigo 1	42
5.2 Artigo 2	64
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
REFERÊNCIAS	87
APÊNDICES	95
ANEXOS	103

APRESENTAÇÃO

Nem anjos, nem heróis...

“(...) Parecia coisa de filme de terror. Os pacientes todos graves, a maioria intubado. Eu nem acreditava que estava vivenciando aquilo”. (E5)

“Foi basicamente uma guerra, mas uma guerra em que a gente não via a bala e nem de onde vinha”. (M1)

“Eu chegava em casa, parecia que estava vindo de uma guerra. Eu apagava, morto! A impressão que eu tinha era que algo tinha te sugado. Eu estava só o espírito!”. (E7)

“A gente não teve treinamento para lidar com tantas mortes ao mesmo tempo, a gente não tem uma medicina de guerra pra viver isso tudo”. (M7)

“(...) Foi uma coisa que a gente nunca tinha vivido nesses anos de UTI (...) a gente estava trabalhando com medo, não sabia com o que estava lidando. Mesmo com medo, a gente tinha que manter a calma para não fazer besteira, para não agir de forma errada”. (E9)

Essas falas tentam traduzir as experiências vividas por profissionais intensivistas e reguladores de leitos, no momento mais cruel da pandemia, o seu início, a chamada primeira onda, ocorrida em 2020. Elas foram proferidas cerca de cinco meses após o acontecimento dos fatos, e se desenrolam em meio a ameaça da segunda onda.

A metáfora da guerra foi referida pelos entrevistados diversas vezes. Sabe-se que guerra e pandemia possuem dinâmicas diferentes e não gostaria de problematizar se o uso da expressão é cabível ou não. No entanto, a velocidade e a frequência das transformações ocorridas na vida social e privada desses profissionais, o número de infectados e de mortos, a gravidade dos casos e a sobrecarga de trabalho, as situações de escassez de insumos, fazem da pandemia da COVID-19, um histórico evento sanitário que demandou esforço intenso de profissionais para seu controle.

A pandemia gerou mudanças repentinas e generalizadas nos serviços estudados, antes mesmo da chegada do vírus. Foi necessário mudar e ampliar espaços, treinar e gerenciar pessoas e reinventar a oferta do cuidado. A ameaça que era distante, aproximou-se, ganhando rostos e corpos. A “rotina de plantão” deu lugar a uma nova rotina de trabalho: paramentação, desparamentação, pronação de pacientes, carga horária exaustiva, escalas de trabalho imprevisíveis e novos protocolos. “-Eu via o dia nascer!”, disse o médico se referindo às noites longas nas quais empregava medidas tecno-assistenciais possíveis aos pacientes, a fim de vê-los

evoluir para melhora do quadro clínico. Percebi em sua fala: entrega e sinceridade. Ele mesmo, havia passado 58 dias ininterruptos no hospital.

Em tempos de normalidade, a UTI consiste num mundo dual em que a busca da cura, manutenção da vida e luta contra a morte, se chocam continuamente. No entanto, observou-se neste estudo, que o contexto de excepcionalidade provocado pela COVID-19 intensificou essas ambivalências, tanto pelo cenário de desequilíbrio agudo entre demanda e oferta de recursos e cuidados críticos, quanto pelos sentimentos e perspectivas frente a uma doença inédita e grave.

Entre ganhos e perdas, internações e altas, decisões e incertezas, esperança e frustração, eles foram (são) seres humanos que cuidaram de seres humanos, que no encontro com outros mundos, o mundo de quem se cuida, continuaram sendo pessoas com emoções e sentimentos. Abordar esses profissionais inseridos na alta complexidade, envolvidos na produção do cuidado crítico e no processo decisório para internação, e por isso, talvez, compreendidos por alguns como semideuses, é instigante e paradoxal, sobretudo em contexto de crise sanitária. Essas questões despertaram o interesse desta pesquisa.

Notei, desde a primeira entrevista, o quão desafiador seria este objeto de estudo. Na verdade, os colegas de turma já haviam manifestado essa percepção: “- Entrevistar profissionais intensivistas vai ser complicado, ainda mais agora, na pandemia”. Contrapondo-se essa previsão, os profissionais estavam ávidos para serem ouvidos, o que era perceptível em suas expressões e ações, por exemplo, alguns deles, voluntariamente desligaram os celulares e prolongaram-se durante a entrevista, indicando interesse pela temática.

Por vezes, durante a coleta dos dados, lembrei-me daquilo que Malinowski (1976) nomeou de “os imponderáveis da vida real”, mesmo não sendo esta, uma pesquisa etnográfica. Foi possível depreender, a partir da “observação” atenta das falas, nuances que emergiram dos relatos de suas práticas, das relações de trabalho, dos desafios e sentimentos com as transformações ocorridas no ambiente laboral na pandemia da COVID-19. Os relatos desvendaram mundos rascunhados sob pincéis singulares de sentimentos, emoções e dores vividos por aqueles “nativos” em seus serviços.

Por outro lado, deparei-me com narrativas nas quais me via nelas, situações de angústia e medo, que se entrelaçavam às realidades mencionadas. Em alguns momentos, pesquisador e interlocutor, pareciam ser, um só. Entre falas emocionadas, choros incontidos e olhares pensativos, havia uma pesquisadora aprendiz na arte de ouvir. Assim, as entrevistas não foram simples abordagens técnicas para coleta de dados, foram espaço de fala, escuta, (des)encontro, alívio e empatia.

Esses profissionais testemunharam e sentiram na pele os efeitos locais de um fenômeno que invadiu a humanidade. Sob as lentes de quem (sobre)viveu às avalanches de exigências físicas e emocionais, aos bombardeios midiáticos e em *full time* acerca da doença desconhecida que geravam pavor e insegurança, aos angustiantes questionamentos “e se eu precisar, haverá leito?”, emergiram histórias comoventes de superação, dor e de trabalho em equipe.

O conhecimento acumulado até ali, as “certezas” do habitual mundo da terapia intensiva, ficaram sem sentido e fomentaram indagações diante de casos, que para eles, não havia explicação: “por que ele? tão jovem? Atleta, sem comorbidades...”. A despeito do conhecimento técnico-científico e da oferta de tecnologias da alta complexidade, a pandemia os desafiava em proporções e intensidade ainda não vividas em outros momentos. A pandemia os afetou de modo e intensidade específicos, influenciando a forma de encarar a transitoriedade e finitude da vida nos espaços da UTI.

“Quais legados ficam?”, perguntei. Foram muitos os citados, destaco: “que somos todos iguais. Ser preto, branco, rico, pobre, nada disso faz diferença”, “a vida é um sopro”, “valorizar a família”, “viver o hoje”, “ser mais humano no cuidado”, “a importância do SUS para todos nós”, “a importância de nós, profissionais”.

Passados cerca de dois anos e seis meses do início daquele momento crítico, posso dizer sobre o que vi, ouvi e senti em campo: eles não foram anjos e nem heróis, foram seres humanos, que a despeito do medo sentido pelo desconhecido, seguiram determinados, assumiram suas responsabilidades do juramento profissional e honraram a sua escolha, de cuidar.

O ano de 2020, certamente, ficará marcado em nossa memória, sobretudo, na memória dos combatentes do *front*. Que este produto acadêmico, fruto de um árduo trabalho, possa trazer reflexões sobre os efeitos incomensuráveis, mas passíveis de compreensão, da pandemia para profissionais, indivíduos, coletividade e serviços de saúde. Que o viés de memória não nos deixe frios e passivos diante dos números que ainda são contabilizados. Que aprendizados sejam ponderados a partir das vivências analisadas.

INTRODUÇÃO



Fonte: Ary Bassous, 2020.

1 INTRODUÇÃO

COVID-19, doença causada pelo novo coronavírus tipo 2 (SARS-CoV-2) surgiu em dezembro de 2019 na China e foi declarada como pandemia em 11 de março de 2020 pela Organização Mundial da Saúde (OMS). As experiências anteriores com epidemias como a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS) e a Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS), revelaram notórias repercussões para a gestão e assistência à saúde, sobretudo para o equilíbrio entre a demanda e a oferta de insumos e serviços críticos (PHUA *et al.*, 2020; SATOMI *et al.*, 2020; WU; MCGOOGAN, 2020).

A pandemia em curso, em particular, revelou um desafio sem precedentes, sobretudo para as Unidades de Terapia Intensiva (UTI), pois, apesar da maior parte das pessoas infectadas desenvolverem a forma leve ou não complicada, aproximadamente 14% delas desenvolveram a forma grave da doença requerendo hospitalização e 5% a 15% delas internação em UTI (ZUNYOU; MCGOOGAN, 2020; GRASSELLI; PESENTI; CECCONI, 2020; WHO, 2020a).

A problemática agravou-se com a distribuição desigual dos leitos de UTI entre os países em desenvolvimento e desenvolvidos, apontando uma variabilidade discrepante que vai de 0,1 a 12,5 leitos intensivos para cada 100.000 mil habitantes, respectivamente (PHUA *et al.*, 2020).

No Brasil, a rede de atendimento em terapia intensiva, quando vista de forma consolidada (SUS e rede privada), apresentou um quantitativo de leitos intensivos que atendia aos parâmetros nacionais e internacionais. Todavia, quando os dados foram desagregados, a distribuição dos leitos no SUS foi desigual nas regiões de saúde do país (AMIB, 2020a; RACHE *et al.*, 2020). No Maranhão, observou-se que além dos números reduzidos de leitos intensivos, o estado apresentou uma quantidade desfavorável de profissionais médicos necessários para o enfrentamento da pandemia (CFM, 2020a; SCHEFFER *et al.*, 2018).

Vale lembrar a experiência inicial da Lombardia, na Itália, frente à pandemia que revelou uma crise sanitária nunca vista, alcançando 556 internações em UTI por COVID-19 em duas semanas após o início dos primeiros casos (o país possuía a capacidade total 720 leitos de UTI no período pré-pandemia). Assim, em um curto período, houve a necessidade de reorganização dos espaços, mudanças na dinâmica laboral e priorização de pacientes para cuidados intensivos (GRASSELLI; PESENTI; CECCONI, 2020; ROSENBAUM, 2020).

Esse cenário de escassez de recursos, em especial de leitos de UTI, respiradores mecânicos e de profissionais habilitados, pode ter levado a mudanças na oferta do cuidado a pacientes com quadros graves da COVID-19. Além disso, possivelmente decisões difíceis

ocorreram sobre como, onde e para quem os recursos deveriam ser alocados, levando a decisões como as de priorizar quem iria usufruir ou não desses recursos (AMIB, 2020b).

Buscando reduzir as possíveis discrepâncias no processo decisório de triagem em unidades intensivas, diversos países têm proposto diretrizes para embasar a tomada de decisão de admitir ou não em UTI. Todavia, existem controvérsias relacionadas a áreas fundamentais de triagem, incluindo critérios objetivos para admissão (OERLEMANS *et al.*, 2016; SPRUNG *et al.*, 2013; GOPALAN; PERSHAD, 2018).

Paralelamente, os profissionais da terapia intensiva depararam-se com situações desafiadoras no cuidado aos pacientes com COVID-19, a exemplo dos problemas decorrentes do uso constante de EPI, sobrecarga física e emocional, adoecimento de colegas, exposição a mortes e distanciamento de familiares (LIU *et al.*, 2020; ROSENBAUM, 2020).

A partir do diálogo realizado com a literatura acerca da problemática em estudo, identificou-se como lacunas do conhecimento: o entendimento das relações intersubjetivas que emergiram das experiências vividas em UTI, frente às mudanças ocorridas com a chegada da Pandemia da COVID-19; o vazio notado na literatura quanto à interação de fatores que influenciam a tomada de decisão para admissão em UTI, entraves e facilitadores desse processo, assim como de estudos qualitativos que abordem as percepções dos profissionais acerca dos processos decisórios para alocação de usuários em UTI em período de crise sanitária.

Nessa perspectiva, este estudo buscou analisar as vivências de profissionais de saúde que atuaram em Unidade de Terapia Intensiva e nos Núcleos Internos de Regulação de Leitos (NIR), no contexto da pandemia da COVID-19.

OBJETIVOS



Fonte: Ary Bassous, 2020.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar as vivências de profissionais de saúde que atuaram em Unidade de Terapia Intensiva e nos Núcleos Internos de Regulação de Leitos, no contexto da pandemia da COVID-19.

2.2 Específicos

- Caracterizar os profissionais entrevistados segundo aspectos sociodemográficos e profissionais.
- Compreender suas experiências, sentimentos e percepções em relação às mudanças ocorridas no trabalho em saúde em UTI, durante o período crítico da primeira onda da pandemia da COVID-19.
- Compreender as perspectivas, práticas e os desafios relacionados à tomada de decisão para admissão em UTI nesse período.

REVISÃO DE LITERATURA



Fonte: Ary Bassous, 2020.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 A Pandemia da COVID-19 e o cuidado em UTI

A pandemia da COVID-19 em curso trouxe desafios sem precedentes para os diferentes sistemas de saúde do mundo (GRASSELLI, PESENTI, CECCONI, 2020; FEST, KREWULAK, 2021). As repercussões desse evento para a assistência e gestão da saúde têm sido objeto de investigação em diversos estudos (YANG *et al.*, 2020; PHELAN, KATZ, GOSTIN, 2020).

Todavia, é notório o fato de que o SARS-CoV-2 infectou uma importante proporção de pessoas do globo e que milhares ficaram gravemente doentes e precisaram de cuidados intensivos, o que levou a demandas sustentadas por serviços críticos e a sobrecarga da infraestrutura de saúde (GRASSELLI, PESENTI, CECCONI, 2020; GRIFFIN *et al.*, 2020).

De 31 de dezembro de 2019, quando a China informou à Organização Mundial da Saúde sobre os primeiros casos (PHELAN, KATZ, GOSTIN, 2020), à 12 de março de 2020, o mundo contabilizou 452.201.564 casos confirmados e 6.029.852 mortes pela doença (WHO, 2022b); o Brasil encontrava-se em segundo lugar no *ranking* dos países com maiores quantitativos de óbitos e em terceiro com maior contingente de casos confirmados (JOHNS HOPKINS, 2022).

Passados dois anos do início da pandemia da COVID-19 no país, dimensionar as repercussões desse evento para o trabalho em saúde e para os profissionais da linha de frente, em especial, para os ambientes laborais das Unidades de Terapia Intensiva (UTI), não é uma tarefa fácil, sobretudo, quando lançamos luz ao momento mais cruel vivido por elas: o período crítico da primeira onda (TEIXEIRA *et al.*, 2020; ROSE *et al.*, 2021; CROWE *et al.*, 2021).

As UTI são unidades constituídas por equipes multiprofissionais e especializadas que utilizam tecnologias peculiares para observação contínua e monitoramento criterioso de pacientes. Elas surgiram a partir da necessidade de oferecer suporte avançado de vida a pacientes graves, possivelmente recuperáveis e com chances de sobrevida (RODRIGUES *et al.*, 2016; SILVA; SANCHES; CARVALHO, 2007).

Historicamente, é atribuído a enfermeira britânica, Florence Nightingale, os primeiros relatos de atendimento contínuo e de alocação de pacientes mais graves em enfermarias separadas. Assim, foi durante a Guerra da Criméia (1854-1856), que se observaram as primeiras ideias de sistematização do cuidado ao paciente crítico (RODRIGUES *et al.*, 2016).

Comparada a uma guerra, mas, “invisível”, a pandemia da COVID-19, de forma inesperada, trouxe à tona a importância dos cuidados intensivos para a saúde pública, uma vez que pacientes com o quadro grave da COVID-19 necessitam de cuidados ininterruptos e minuciosos, realizados por uma equipe multiprofissional capacitada, além de dependerem de aparatos tecnológicos para monitorização dos sinais vitais e manutenção de parâmetros estáveis (MCWILLIAMS *et al.*, 2021).

Segundo Giraud e Bendjelid (2020) “a crise de saúde do COVID-19 trouxe a medicina intensiva à tona, transformando seus atores, de estranhos em heróis”. Advertem que as exigências inerentes à expansão dos leitos de UTI no contexto suíço, demandou grandes esforços pessoais e coletivos de profissionais intensivistas para assistir aos pacientes com o quadro complexo da doença.

Estudos apontaram que a COVID-19 possui alta transmissibilidade por via respiratória, o que possivelmente levou a escalada de pessoas contaminadas pelo mundo (LU *et al.*, 2020), e que 5 a 12% delas desenvolveram a sua manifestação mais grave, a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), demandando, assim, suporte ventilatório e outras terapêuticas em terapia intensiva frente às complicações trazidas pela doença a exemplo da insuficiência renal e eventos tromboembólicos (ZUNYOU; MCGOOGAN, 2020; GRASSELLI; PESENTI; CECCONI, 2020).

McWilliams *et al.* (2021) discorrem que diante da gravidade com que chegam os pacientes admitidos em UTI, eles requerem, muitas vezes, alta permanência em UTI, elevando, assim, as chances de morte nesses serviços. Durante a internação, a sua condição clínica demanda por diversas condutas da equipe de saúde. Dos 110 sobreviventes de UTI, investigados pelos autores, todos os pacientes necessitaram de ventilação mecânica, com duração média de 10 a 19 dias, além de traqueostomia, realizada em 77% dos pacientes. Destaca-se que 67% dos pacientes demandaram por pronação (posicionamento em decúbito ventral), procedimento que requer um grande envolvimento da equipe, antecipado de planejamento dos passos a serem seguidos.

Além disso, esses pacientes tendem a ficar sedados por um período variável (de 6 a 13 dias), o que os tornam dependentes de cuidados da equipe, demandando um trabalho ainda mais árduo em UTI. Ademais, os autores identificaram que 34% evoluíram com necessidade de terapia renal substitutiva, chamando a atenção para a complexidade dos casos e de procedimentos realizados em UTI (MCWILLIAMS *et al.*, 2021).

Como relatado por Crowe *et al.* (2021), o trabalho e o cuidado à saúde em UTI são dinâmicos e complexos, ocorrendo em um ambiente laboral envolto de constante estresse. O

prognóstico do paciente com uma doença grave e os resultados das intervenções realizadas pela equipe multidisciplinar, fazem desse ambiente um lugar de encontro de diferentes tecnologias que envolvem a construção do cuidado, ao passo que também faz dele, um lugar de incertezas, de desfechos às vezes expectados, mas não concretizados.

A despeito do arsenal tecnológico e do cuidado de alta complexidade presentes em UTI, as mortes de pacientes graves podem ocorrer regularmente nestes espaços, podendo estar relacionado a fatores intrínsecos e extrínsecos ao paciente (CROWE *et al.*, 2021).

Foi relatado que a mortalidade em UTI apresentou uma discreta redução de março de 2020 (59,5%) a junho de 2020 (41,6%) (ARMSTRONG; KANE; COOK, 2021), momento de pico da pandemia em muitos países. Contudo, cabe ressaltar os fatores associados a esse desfecho. Taylor *et al.* (2021) em um estudo de meta-análise identificou idade avançada, tabagismo, hipertensão arterial sistêmica, doença respiratória, doença renal e diabetes. Além desses fatores, aspectos clínicos-laboratoriais como a necessidade de suporte ventilatório invasivo e marcadores como D-dímero, ferretina alta e plaquetopenia foram associados à mortalidade.

Dessa forma, fatores clínicos e não clínicos contribuem para as altas taxas de mortes de pacientes com COVID-19 em UTI, dos quais a idade, comorbidades pré-existent e maior gravidade da doença se destacaram (TAYLOR *et al.*, 2021).

Por outro lado, as mudanças organizacionais, no espaço e na logística do trabalho em UTI, foram relatadas como entraves para a reabilitação dos pacientes que se recuperaram da doença, ainda internados em UTI. Evidenciou-se que a sobrecarga de trabalho nesse período, impedia que profissionais da equipe multidisciplinar, tais como enfermeiros, auxiliassem no processo de reabilitação desses pacientes, que se encontravam com comprometimento grave da força muscular, delirium e sofrimento psicológico (MCWILLIAMS *et al.*, 2021).

Somada às demandas técnico-assistenciais, os profissionais em UTI estavam expostos ao sofrimento emocional vivido pelos pacientes, decorrente das limitações às visitas familiares nesse período. Sabe-se que a presença da família na UTI faz parte, de algum modo, do cuidado profissional nesse ambiente, traduzindo-se, sobretudo, na comunicação e nos cuidados centrados na família e no paciente, que foram sobremaneira, afetados nesse período crítico da pandemia. Dessa forma, obter o histórico médico do paciente e suas vontades, com o objetivo de traçar um plano terapêutico individualizado, era um sério desafio frente a ausência da família na UTI, devido às restrições impostas pela pandemia. Dessa forma, a ideia de “UTI aberta”, foi drasticamente adiada (ROSE *et al.*, 2021).

No estudo desenvolvido por Gordon, Magbee, Yoder (2020), foram observadas experiências desafiadoras no cuidado intensivo ao paciente COVID-19 que geraram nos profissionais medo e impotência. Como relataram “pacientes isolados morriam sozinhos sem familiares e isso afetava profundamente o bem-estar psicológico dos enfermeiros”

Um estudo realizado no Canadá, com profissionais da linha de frente no combate a COVID-19, observou sofrimento psíquico dos quais ansiedade, preocupação, angústia e medo relacionados a situações como a de assistir aos pacientes em suas muitas necessidades e sob novas condicionalidades trazidas por uma doença viral aguda, de alta transmissibilidade (CROWE *et al.*, 2021).

Além do sofrimento emocional experimentado por esses trabalhadores, havia os efeitos físicos como exaustão, episódios de cefaleia recorrentes, desconforto físico e sono/repouso prejudicados. Os entraves relacionados às novas condicionalidades do trabalho em saúde na UTI, foram referidas como “incapacidade de fornecer conexão humana reconfortante aos pacientes, atraso no atendimento, alteração das diretrizes da prática, uso de EPI” (GORDON; MAGBEE; YODER, 2020).

Além disso, estudo identificou que durante a pandemia da COVID-19, 53% das UTI estudadas no Reino Unido, mudaram a dinâmica de comunicação para informar sobre as condições clínicas do paciente à família e que 34% dos hospitais estudados, implantaram pessoal específico, tais como enfermeiro experiente em UTI, para realizar a tarefa de contactar familiares. Essas experiências foram relatadas como satisfatórias, na perspectiva dos profissionais. Assim, a visita virtual, como método do cuidado em UTI promoveu um certo realinhamento da família ao contexto da UTI, auxiliando significativamente na recuperação do paciente (ROSE *et al.*, 2021).

Como descrito por Gordon, Magbee, Yoder (2020) a "UTI é um ambiente de alto estresse sem a sobreposição de uma pandemia global. Cuidar de pacientes com COVID-19 pode fazer com que o estresse agudo entre esses enfermeiros se torne estresse crônico, manifestando-se como ansiedade crônica e depressão contínua”.

Com a sobrecarga de trabalho, demanda elevada, labilidade emocional, profissionais em número reduzidos, uso desconfortante de EPI, e do cansaço físico experimentados na UTI, a oferta do cuidado humanizado foi gravemente desafiada, produzindo altos níveis de frustração nesses trabalhadores da pandemia. O paradoxo de “dar o melhor de si e não obter os resultados esperados reduziu a resiliência dos participantes e sua capacidade de trabalho” (FERNÁNDEZ-CASTILLO *et al.*, 2021).

A Organização Mundial da Saúde declarou preocupação com a saúde física e mental dos profissionais da linha de frente, alertando a comunidade internacional para a necessidade de suporte ocupacional e apoio psicossocial para esses agentes (WHO, 2021c).

Estudo realizado na China, epicentro da pandemia na primeira onda, demonstrou elevada frequência de angústia em profissionais médicos e enfermeiros de hospitais com pacientes COVID-19 (70%), além de insônia (34%), ansiedade (44,6%) e depressão (54%) (LAI *et al.*, 2020).

Assim, o aumento inesperado de pacientes graves para internação em UTI ameaçou a capacidade de resposta da atenção terciária como um todo. No entanto, no momento crítico da primeira onda da pandemia, a alta complexidade foi extraordinariamente desafiada frente ao cenário clínico e epidemiológico que se apresentava, sobretudo, em termos de provisão de recursos materiais e humanos de forma particular. Assim, os profissionais da terapia intensiva depararam-se com situações desafiadoras na assistência aos pacientes com COVID-19 (ROSENBAUM, 2020).

3.2 Serviços de terapia intensiva no Brasil e Maranhão

A oferta dos leitos de UTI é um problema global, com demanda crescente e que apresenta desafios aos gestores. O aumento da necessidade de leitos intensivos pode ser consequência de eventos como o aumento da expectativa de vida do envelhecimento, do progresso nas ciências da saúde e da capacidade aprimorada na recuperação de pacientes graves. Assim, torna-se relevante analisar a oferta desses leitos para melhor compreender como os efeitos dessa disponibilidade impactam os diferentes países e regiões (RHODES; MORENO, 2012).

Segundo Aguiar *et al.* (2021), a disponibilidade reduzida dos leitos intensivos e o gasto do tratamento intensivo exigem uma oferta racional das admissões. Conhecer as características sociodemográficas e clínicas dos usuários que necessitam desse serviço, pode contribuir no planejamento de ações, adequações do sistema de saúde à necessidade da população e a articulação de políticas públicas.

No Brasil, em 2016 havia um total de 41.741 leitos de UTI cadastrados. Destes, 20.523 (49,16%) eram leitos disponibilizados no SUS e 21.218 (50,84%) na rede não SUS. Esse total estava distribuído em 1.961 estabelecimentos de saúde e em 521 municípios. A Região Nordeste e o estado do Maranhão apresentavam 396 e 41 desses estabelecimentos de saúde,

respectivamente. Destaca-se que nesse período, considerando apenas os leitos SUS, o Maranhão apresentava na capital uma proporção de 3,24 leitos de UTI/10.000hab enquanto o interior apresentava 0,30/10.000 hab., no SUS (AMIB, 2016c).

Constatou-se que existiam até março de 2020, 45.848 leitos de UTI no país, sendo 22.844 no Sistema Único de Saúde (SUS) e 23.004 no sistema de saúde privado. Apresentando uma proporção geral de 2,2 leitos por 10 mil habitantes. Essa estimativa, quando consolidada, demonstrou-se satisfatória, tendo em vista a recomendação da OMS e Ministério da Saúde de 1 a 3 leitos de UTI para cada 10 mil habitantes. No entanto, no SUS utilizando dados desagregados a média é de 1,4 leitos para cada 10 mil habitantes contra 4,9 da rede privada, isto é, o cenário do sistema público de saúde brasileiro já se apresentava desfavorável antes mesmo da pandemia da COVID-19 (AMIB, 2020a).

Frente ao avanço do SARS- CoV-2 pelas regiões do país, diversos estudos foram realizados para avaliar a capacidade instalada e a previsão de ocupação dos leitos de UTI pela COVID-19. O potencial do vírus para a alta transmissibilidade e para o agravamento da doença, gerou preocupação entre os gestores quanto a disponibilidade desses leitos para a população (COSTA; LAGO 2020; NORONHA *et al.*, 2020). Logo, reconheceu-se a escassez de leitos de UTI no país, revelando que na prática pode haver impossibilidade de acesso de parte da população brasileira a cuidados mais complexos (PORTELA *et al.*, 2020).

Ademais, um estudo que mapeou os leitos de UTI e ventiladores mecânicos existentes do país, alertou para as diferenças regionais e para a escassez de recursos na maior parte das regiões de saúde. O estudo apontou que de forma consolidada (SUS e rede privada), 279 das 436 regiões de saúde têm menos de 10 leitos por 100 mil habitantes (RACHE *et al.*, 2020).

Os autores identificaram que, no SUS, 316 das 436 regiões de saúde estavam abaixo do mínimo desejável (10 leitos/100 mil habitantes), correspondendo a 72% das regiões, o que corresponde a 56% da população brasileira total e 61% da população sem cobertura de planos privados de saúde. Além disso, 142 regiões de saúde não possuíam leito algum, isto é, 14,9% da população exclusivamente dependente do SUS não contaria com leitos de UTI na região em que reside, principalmente nas Regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste (RACHE *et al.*, 2020).

A partir desses achados, notou-se que o estado do Maranhão se encontrava em quarto lugar no ranking dos estados com menor número de leitos de UTI no país. Apresentando até agosto de 2020, 820 leitos de UTI, sendo 487 no SUS. Ao se considerar o total de leitos (SUS e rede privada), a proporção é de 1,16 leitos para cada 10 mil habitantes, contra 0,69 no SUS. Demonstrando proporções abaixo do recomendado para o número de leitos intensivos por

habitantes. Com relação aos leitos de UTI exclusivos para o tratamento da COVID-19, o estado conta com 393 leitos, dos quais 228 na rede pública (CFM, 2020a).

Assim, nota-se que apesar da ampliação dos leitos de UTI pelo país, tal expansão não assegurou a paridade no acesso entre público e privado e nem melhorou a distribuição geográfica desses leitos. Além disso, sabe-se que o quantitativo dos leitos cadastrados pode não corresponder aos leitos operacionais efetivos, isto é, o quantitativo real dos leitos disponíveis pode ser ainda uma incógnita (CANABRAVA, 2021).

Ademais, os resultados do estudo de Carvalho *et al.* (2019), realizado em 23 UTI adulto do estado do Maranhão, identificaram como regular o desempenho dessas unidades. Verificou-se piores desempenhos nos indicadores de processos e de resultados em UTI localizadas fora da capital maranhense e em hospitais com menos de 68 leitos. Os autores alertam para o fato de que as regiões do interior do Maranhão concentram a maior parte da população do Estado, no entanto, contam com menor número de hospitais públicos, menor disponibilidade de leitos de UTI e serviços menos qualificados, além de apresentarem indicadores de saúde desfavoráveis.

Nessa perspectiva, outro ponto a se considerar é a distribuição dos profissionais médicos no Brasil. Além dos leitos de UTI serem desigualmente distribuídos, há uma grande concentração de profissionais nas regiões mais desenvolvidas como nas capitais e no litoral. Por exemplo, o Maranhão possui a menor taxa de profissionais médicos por habitantes (0,87), seguido pelo Pará (0,97) (SCHEFFER *et al.*, 2018). Nas UTI do Maranhão, um terço não contava com médicos diaristas. Nesse sentido, é válido lembrar que a presença integral de médico especialista em medicina intensiva está associada a menores taxas de mortalidade e tempo de internação em UTI (CARVALHO *et al.*, 2019).

Pereira *et al.* (2012) contextualizam o gerenciamento do leito hospitalar como importante objeto de discussão das instituições de saúde, uma vez que a partir da avaliação de indicadores e da capacidade instalada, pode-se assegurar um leito disponível e sua utilização adequada diante da demanda que se apresenta.

Consiste numa prática complexa e um desafio a ser enfrentado pelos gestores de saúde tendo em vista a distribuição desproporcional desses leitos nas diferentes realidades e fases da pandemia (FERNANDES *et al.*, 2011; SALLES NETO *et al.*, 2020).

Assim, considera-se que a gestão de leitos envolve não apenas o conhecimento das exigências legais e o cumprimento de normas e rotinas, mas a compreensão da assistência prestada, do perfil da instituição, estratégias de inovação, avaliação contínua, atualização

critérioria da organização dos serviços, a fim de dar respostas adequadas às mudanças ocorridas na dinâmica de trabalho (FERNANDES *et al.*, 2011).

Araújo, Barros e Wanke (2014) afirmam que em termos de eficiência de serviços complexos em saúde, são necessários a implantação de estratégias de gestão que permitam ordenar e padronizar o trabalho.

Nesse contexto, cabe mencionar a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) instituída por meio da Portaria de Consolidação n.º 2, de 28 de setembro de 2017, que apresenta em seu escopo eixos estruturantes importantes para a assistência hospitalar. Destaca-se a gestão de leitos, compreendida pela portaria como dispositivo para otimização da utilização dos leitos, aumentando a rotatividade dentro de critérios técnicos, visando diminuir o tempo de internação desnecessário e abrir novas vagas para demandas represadas (BRASIL, 2017; SANTOS; PINTO, 2017).

A PNHOSP define e recomenda a criação do Núcleo Interno de Regulação (NIR) nos hospitais, que deverá realizar a interface com as Centrais de Regulação para delinear o perfil de complexidade da assistência que sua instituição representa no âmbito do SUS. Garantindo assim acessibilidade ao usuário e refletindo em melhorias na qualidade do atendimento e na satisfação dos clientes (BRASIL, 2017; PEREIRA, 2013)

O NIR é uma Unidade Técnico-Administrativa que possibilita monitoramento do paciente desde a sua chegada à instituição, durante o processo de internação e sua movimentação interna e externa, até a alta hospitalar. É um órgão colegiado ligado hierarquicamente à Direção-Geral do Hospital e deve ser legitimado, com um papel definido e disseminado dentro da instituição. Recomenda-se que o NIR seja composto no mínimo por médico horizontal ou diarista, enfermeira diarista, assistente social e que funcione sete dias por semana em turno de 24 horas, a depender do dimensionamento do seu trabalho, complexidade da unidade e tamanho da capacidade instalada (BRASIL, 2017).

Além disso, o NIR deverá estabelecer uma relação direta e colaborativa com as Centrais de Regulação Hospitalar. Destaca-se que um dos desafios concernentes às Centrais, é a qualidade das informações sobre os pacientes que precisam ser transferidos entre as instituições da rede. Além disso, é imprescindível que o NIR estabeleça claramente os critérios de elegibilidade para essas admissões, segundo o perfil assistencial da unidade (BRASIL, 2017).

Ademais, Cardoso *et al.* (2011) alertam que o atraso nas admissões em UTI, devido a indisponibilidade de leitos, pode estar relacionado a uma maior taxa de mortalidade a cada hora de espera. Júnior, Cabral e Asensi (2020) indicam que em contexto de pandemia, os princípios

constitucionais de equidade e universalidade devem ser os pilares na regulação pública dos leitos de UTI.

3.3 A Tomada de decisão para admissão em UTI

De acordo com Satomi *et al.* (2020), as pandemias virais trazem sérios desafios para os sistemas de saúde, sobretudo, para o equilíbrio entre oferta e demanda de recursos críticos. Nesse contexto, o processo decisório em torno dos leitos de UTI pode sofrer modificações ou adaptações, a depender dos recursos disponíveis e das realidades que serão analisadas.

É válido pensar que o processo de triagem em situação de pandemias pode ser inevitável quando a demanda de pacientes críticos por serviços emergenciais for superior à oferta. Assim, diretrizes internacionais sobre princípios éticos em situações excepcionais defendem que medidas de racionamento nestes casos são eticamente justificadas e que a alocação de recursos baseadas unicamente em ordens de chegada ou atendimento são inadequadas (AMIB, 2020b).

Assim, compreende-se que o processo de tomada de decisão para a admissão em UTI é um fenômeno eticamente complexo. Além disso, apresenta variabilidade de percepções, sendo influenciado por diversos fatores dos quais o quadro clínico do paciente, experiência do intensivista em realizar a triagem, fatores externos como a escassez de leitos e aspectos administrativos (RAMOS *et al.*, 2017; GOPALAN; PERSHAD, 2018; DAHINE; MARDINI; JAYARAMAN, 2016).

Quando o número de leitos de UTI for insuficiente, a escolha de pessoas é usualmente chamada de racionamento. Nessas circunstâncias, os serviços de saúde podem reagir de modos variados: limitações à internação de determinados grupos de pacientes segundo suas condições de saúde, alta precoce e prematura de pacientes, atraso na admissão, alterações nos critérios para suspensão de cuidados e cancelamento de internações planejada nos casos cirúrgicos (RHODES; MORENO 2012).

Dessa forma, em contexto excepcionais, é possível que existam práticas que ocultem preconceitos e/ou motivações pessoais e institucionais, ao negar a pacientes tratamentos potencialmente benéficos a que têm direito (TRUOG *et al.*, 2006). Isto é, a escassez de vagas pode levar a mudanças nos critérios de admissão e de alta, que tendem a ser mais rigorosos ou que passa a ser mais precoce, respectivamente (WANG; LUCCA-SILVEIRA, 2020).

No Brasil, o Conselho Federal de Medicina, por meio da Resolução CFM 2.156/2016, estabelece como critério para admissão em UTI a instabilidade crítica, definida como a

necessidade de suporte para as disfunções orgânicas e monitoração intensiva (CFM, 2016). O modelo é estruturado em cinco subgrupos, descritos a seguir.

- Prioridade 1: Pacientes que necessitam de procedimentos de suporte à vida, com altas chances de recuperação e sem limitação de suporte terapêutico;
- Prioridade 2: Pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico;
- Prioridade 3: Pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com baixa probabilidade de recuperação ou com limitação de intervenção terapêutica;
- Prioridade 4: Pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, mas com limitação de intervenção terapêutica;
- Prioridade 5: Pacientes com doença em fase terminal, ou moribundos, sem chances de recuperação (em geral, esses pacientes não são apropriados para admissão na UTI, exceto se potenciais doadores de órgãos);

Depreende-se que a existência de critérios previamente definidos para triagem torna-se necessária para o enfrentamento de situações caóticas, como durante epidemias ou desastres de grandes proporções. Além disso, o estabelecimento de um protocolo asseguraria que admissão, triagem e alta da unidade de terapia intensiva sejam processos transparentes. Por outro lado, a Sociedade Americana de Terapia Intensiva (*Society of Critical Care Medicine - SCCM*) afirma que embora a triagem mais permissiva seja preferível, pode sobrecarregar os serviços e que a triagem restritiva tem sido relacionada ao aumento da mortalidade (WHITE; CARDENAS; NATES, 2017).

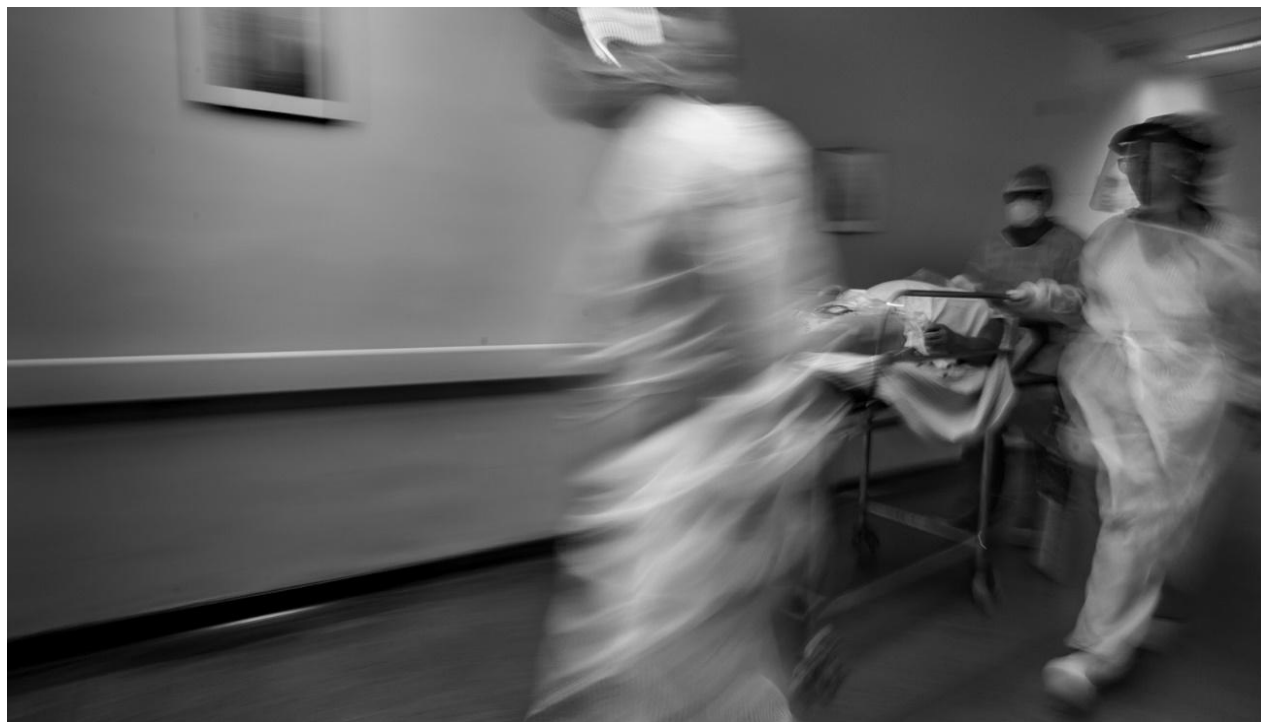
Contudo, na prática, nem sempre os processos e diretrizes estabelecidos são devidamente respeitados, sobretudo em contexto de escassez, onde as demandas são maciças, havendo possivelmente sobrecarga de trabalho, pressões institucionais e familiares, falhas de comunicação e estrutura de trabalho precária. Nesse sentido, faz-se necessário mecanismos de gestão, para que as decisões de admissão sejam monitoradas, melhoradas e avaliadas. Assim, a avaliação da qualidade da gestão de leitos de UTI torna-se um grande desafio no contexto de pandemia e de escassez (OERLEMANS *et al.*, 2016)

Ademais, a gestão adequada dos leitos de UTI é fundamental, pois os pacientes que evoluem para complicações graves da COVID-19 costumam apresentar tempo de internação variável, alcançando até 22 dias (TEICH *et al.*, 2020). Além disso, o atraso na admissão à UTI devido à indisponibilidade de leitos pode estar associado ao aumento do tempo de internação e a maior taxa de mortalidade (CARDOSO *et al.*, 2011).

A admissão em UTI é acompanhada de muitas especificidades que envolvem diversos aspectos da prática clínica e que podem variar entre as instituições de saúde. Para quem alocar um leito de UTI é uma problemática que pode se agravar quando há um limitado número de leitos, podendo levar a repercussões devastadoras para quem necessitar e tiver o seu pedido negado (WHITE; CARDENAS; NATES, 2017).

Nota-se, portanto, que o processo de estabelecimento de critérios de prioridade para admissão em UTI é complexo e pode ser influenciado por vários fatores que interagem entre si. A literatura fornece algumas indicações sobre esses fatores, mas não mostra as complexidades e interações entre eles. Além disso, estudos que explorem a dinâmica de gestão e a demanda por leitos de UTI são limitados no país, apontando a necessidade de uma reflexão sobre como são tomadas as decisões de admissão à UTI, de modo que um melhor entendimento desses processos precisa ser alcançado para subsidiar uma adequada gestão de leitos (GOPALAN; PERSHAD, 2018).

MÉTODOS



Fonte: Ary Bassous, 2020.

4 METÓDOS

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório de abordagem qualitativa, realizado como parte do projeto matriz denominado “*A pandemia da COVID-19 e seus efeitos na gestão e assistência à saúde no SUS*”.

Dada à complexidade do objeto de estudo, a abordagem qualitativa foi escolhida por proporcionar uma compreensão mais profunda das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2013). A partir do delineamento descritivo-exploratório, buscou-se uma reflexão minuciosa das ações e sentidos vividos e reconstruídos no contexto pandêmico. Nesse sentido, analisaram-se, ao passo que também se descreveu, as repercussões da COVID-19 no ambiente técnico e social da UTI (MINAYO, 2012).

Segundo Polit e Beck (2010), a pesquisa qualitativa busca compreender um fenômeno de grande complexidade e subjetividade. Retoma-se que o presente estudo objetivou analisar as vivências de profissionais relacionadas ao momento mais crítico da pandemia, em sua primeira onda. A complexidade desta investigação parte dessa intencionalidade, no que diz respeito às mudanças na dinâmica laboral e suas relações intersubjetivas, assim como compreender o processo de tomada de decisão para admissão em UTI nesse período.

4.2 Período e Local de estudo

O estudo foi realizado no período de novembro de 2020 a janeiro de 2021 nas UTI-COVID-19I e NIR de dois hospitais públicos que ofertaram leitos de UTI COVID-19, em dois municípios distintos em relação ao porte populacional. Um hospital localizado em município de médio porte e o outro em município de grande porte.

Buscando preservar o anonimato dos participantes da pesquisa, abdicou-se de informações que caracterizassem os locais de pesquisa como o dimensionamento de pessoal, estrutura física, serviços ofertados, número de leitos clínicos e de UTI, localização e especificidades geográficas.

O recorte temporal sobre o qual nos debruçamos a investigar, se refere ao período crítico da primeira onda da pandemia da COVID-19 no Maranhão, que ocorreu de abril a junho de

2020 (CONASS, 2021). Assim, as falas dos profissionais se referem a esse momento, e foram coletadas cerca de cinco meses após o acontecimento de suas experiências. Cabe ressaltar, que nesse período, a demanda para internação em UTI era crescente e as taxas de ocupação de leitos alcançavam capacidade máxima (MARANHÃO, 2020; CONASS, 2021).

Dado o exponencial avanço do número de doentes que necessitavam por internação, a cobertura de leitos de enfermarias e leitos de UTI foi ampliada nas macrorregionais e o quantitativo de leitos para o enfrentamento da pandemia da COVID-19 era definido conforme acordo entre as gestões municipal e estadual, sendo atualizado a cada 72 horas (MARANHÃO, 2020a).

Além disso, em maio de 2020, o governo estadual implementou protocolos específicos de medidas sanitárias para o exercício de atividade econômica (MARANHÃO, 2020b). O estado foi a primeira unidade federativa do país a adotar o lockdown como medida mais severa de segurança, que passou a vigorar em 5 de maio de 2020 e foi direcionado à Região da Ilha do Maranhão (MARANHÃO, 2020c).

Os serviços de UTI e NIR sofreram grandes impactos diante do aumento agudo dos casos graves de COVID-19 que demandaram por internação. Neste estudo, foram analisados conjuntamente, uma vez que suas atividades estão interligadas à dinâmica do processo decisório para admissão do paciente em UTI. Além disso, ambas as unidades têm o compromisso de permitir o acesso de forma organizada e por meio do estabelecimento de critérios de gravidade (BRASIL, 2017).

4.3 Participantes do estudo e Amostra

Os participantes deste estudo foram médicos e enfermeiros lotados nas UTI e NIR durante o período crítico da primeira onda da pandemia da COVID-19.

Foram incluídos: médicos e enfermeiros que atuaram na assistência aos pacientes internados em UTI COVID-19 e os que participaram da regulação de leitos dessas Unidades.

Foram priorizadas essas duas categorias profissionais por conhecerem amplamente todo o processo do cuidado em UTI, contribuindo, assim, para a compreensão das mudanças ocorridas no processo de trabalho e no processo de tomada de decisão para internação em UTI.

Como critério de exclusão, os profissionais que estavam afastados do ambiente de trabalho por quaisquer motivos, durante o período crítico da pandemia.

O trabalho de campo iniciou-se com aproximação aos locais de pesquisa e apresentação do estudo aos gestores dos hospitais e posterior contato com os profissionais. Foram identificados 48 trabalhadores dos serviços elegíveis neste estudo, que mais atuaram no período da primeira onda da pandemia da COVID-19, na perspectiva dos gestores. A partir dessa listagem, foram encaminhados convites (por e-mail ou contato telefônico) convidando-os a participar da pesquisa respondendo, inicialmente, a um formulário com informações sociodemográficas e do serviço.

As informações obtidas foram organizadas em uma matriz que serviu de base para a escolha dos profissionais entrevistados. A escolha buscou contemplar a diversidade das situações vivenciadas, considerando o tempo de atuação profissional, experiência no serviço, formação acadêmica, turno de trabalho e idade.

Vale destacar que visamos alcançar uma variedade de perspectivas, significados atribuídos, conhecimentos e experiências que fossem suficientes para análise do fenômeno investigado. Dessa forma, a amostra foi definida intencionalmente, buscando não o maior número de entrevistados, mas a diversidade das situações vivenciadas.

Durante o recrutamento, foram abordados 32 profissionais que atendiam aos critérios de elegibilidade, havendo sete recusas diretas e três exclusões de profissionais que aceitaram participar, mas que não responderam após três tentativas consecutivas de agendamento para a entrevista. O número final da amostra foi de 22 participantes, por meio de amostragem por conveniência.

Para o fechamento amostral, utilizou-se o critério de saturação teórica dos dados. Assim, finalizou-se a coleta dos dados quando os entrevistados não acrescentaram novas informações a serem consideradas na compreensão do objeto de estudo, o que ocorreu na entrevista de número 20. No entanto, foram realizadas mais duas entrevistas para validação do ponto de saturação, legitimando o rigor e a confiabilidade da técnica empregada (MINAYO, 2017).

4.4 Técnica e Instrumentos para coleta de dados

A técnica utilizada para a coleta de dados foi a entrevista semiestruturada. Foram elaborados dois instrumentos. O primeiro foi um questionário estruturado (Apêndice A) com dados que caracterizaram os participantes, do qual elaborou-se um quadro com informações sociodemográficas e de atuação dos entrevistados (Apêndice B). O segundo foi um roteiro de

entrevista semiestruturada (Apêndice C), com questões guia relativas às vivências de profissionais com às mudanças na dinâmica de trabalho no período crítico da pandemia, perspectivas e desafios na tomada de decisão para alocação de leitos de terapia intensiva, relações de cooperação, conflitos e organização do processo do cuidado do paciente internado. Foram realizadas entrevistas piloto com médico e enfermeiras, atuantes em UTI e NIR, para testar previamente a coerência dos instrumentos.

As entrevistas foram realizadas de forma individual, com uso de gravador, nos locais e horários indicados pelos entrevistados, e ocorreram presencialmente (21) e por meio digital (01). Ressalta-se que foram seguidas todas as recomendações de biossegurança nos encontros presenciais como a lavagem de mãos, higienização com álcool em gel, uso de máscaras e distanciamento.

4.5 Análise de dados

Para análise das entrevistas, empregamos a técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 2011), na modalidade temática.

Os dados produzidos foram sistematicamente organizados, transcritos e identificados os temas e núcleos de sentido relacionados ao processo de tomada de decisão para admissão em UTI, assim como mudanças ocorridas na dinâmica laboral com a chegada da pandemia.

Destaca-se que a transcrição foi realizada obedecendo procedimento baseado em seis etapas, a saber: preparar, conhecer, escrever, editar, rever e finalizar (AZEVEDO *et al.*, 2017).

Os dados produzidos foram descritos e interpretados em três etapas recomendados pela autora:

1 - Pré-análise: tem por objetivo a organização do material, sendo a “leitura flutuante” o primeiro passo para conhecer e orientar-se em relação às impressões iniciais. A amostragem é a construção do *corpus* que é o conjunto dos documentos que serão submetidos a análise e que deve ser validado com base nos critérios de *exaustividade*, *representatividade*, *homogeneidade*, *pertinência*. Outra fase, antes da análise é a determinação das unidades de registro ou unidade de significação, unidades de contexto, os recortes, a codificação e os conceitos gerais que orientarão a análise.

2 - Exploração do material: consiste em operações de codificação, em função de regras previamente estabelecidas e a transformação dos dados brutos em dados organizados que permitam atingir uma representação do conteúdo.

3 - Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: onde se propõe inferências com a literatura.

Foi utilizado o *software* NVIVO® 12 para auxílio no gerenciamento, organização e tratamentos dos dados. O software possibilita relacionar, acrescentar e interligar dados, além de possibilitar a importação de textos, arquivamento de dados e gerenciamento de categorias.

Dessa forma, após as transcrições das entrevistas (as fontes), estas foram importadas ao programa em formato de arquivos *word*, iniciando-se o processo sistemático de codificação através da identificação das unidades de registro (destacadas após análise linha por linha das fontes e agrupadas por temas), das categorias e subcategorias, que foram armazenados em estruturas de nós e intituladas a partir dos sentidos depreendidos. Os nós, foram construídos manual e automaticamente, definidos durante o processo, modificados conforme o andamento do trabalho de codificação e possibilitaram a visualização das fontes codificadas e do conjunto de significados observados no material analisado. O *software* permitiu por meio da seção Códigos, a organização dos nós em uma estrutura hierárquica (subnós), importante para a codificação inicial dos elementos empíricos. Além disso, a função Listas de codificação, possibilitou o contínuo aperfeiçoamento da análise dos dados e o reconhecimento de sobreposições e duplicidades de temas que ocorreram no processo de categorização.

Ressalta-se que o delineamento desta pesquisa seguiu os passos recomendados pelos *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) (SOUZA *et al.*, 2021).

4.6 Aspectos Éticos

Para a realização da coleta de dados nos hospitais participantes do estudo, foi solicitado autorização à Secretaria Estadual de Saúde (Anexo 1), bem como a apresentação da pesquisa aos gestores das unidades. Esta pesquisa respeitou os preceitos éticos da Resolução n°. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sendo aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (CAE n°. 35645120.9.0000.5086), (Anexo 2). Os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice D).

RESULTADOS



Fonte: Ary Bassous, 2020.

5. RESULTADOS

5.1 Artigo 1

PARA ALÉM DO IMAGINÁVEL: experiências vividas por profissionais de saúde em
UTI durante a pandemia da COVID-19
(Submetido à revista Physis: Revista de Saúde Coletiva)

Joelmara Furtado dos Santos Pereira

Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva –
Universidade Federal do Maranhão
joelmara.furtado@discente.ufma.br

Concepção e projeto; coleta dos dados; análise e interpretação dos dados; redação; revisão crítica do conteúdo intelectual e garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra; aprovação final do manuscrito.

Poliana Soares Oliveira

Doutora em Saúde Coletiva - Universidade Federal do Maranhão
poliana.soares@ufma.br

Análise e interpretação dos dados; redação; revisão crítica do conteúdo intelectual e garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra; aprovação final do manuscrito.

Fernando Lamy Filho

Doutor. Docente do Programa de Saúde Coletiva. Departamento de Saúde Coletiva-
Universidade Federal do Maranhão
lamyfilho@gmail.com

Interpretação dos dados; redação; revisão crítica do conteúdo intelectual e garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra; aprovação final do manuscrito.

Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves

Doutora. Docente do Programa de Saúde Coletiva. Departamento de Saúde Coletiva -
Universidade Federal do Maranhão.
mtssb.alves@ufma.br

Concepção e projeto; análise e interpretação dos dados; redação; revisão crítica do conteúdo intelectual e garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra; aprovação final do manuscrito

Ruth Helena de Souza Britto Ferreira de Carvalho

Doutora. Docente do Programa de Saúde Coletiva. Departamento de Saúde Coletiva-
Universidade Federal do Maranhão
ruth.britto@gmail.com

Interpretação dos dados; redação; revisão crítica do conteúdo intelectual e garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra; aprovação final do manuscrito.

Beatriz Batemarco dos Santos

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva –

Universidade Federal do Maranhão

beatriz.batemarco@discente.ufma.br

Interpretação dos dados; redação; revisão crítica do conteúdo intelectual e garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra; aprovação final do manuscrito.

Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Departamento de Saúde Pública. Universidade Federal do Maranhão.

Rua Barão de Itapary, n.155. Centro. São Luís-MA. CEP: 65020-070

E-mail: pgscufma@gmail.com

.

RESUMO

Este estudo objetivou analisar experiências de profissionais relacionadas às mudanças no trabalho em saúde em Unidade de Terapia Intensiva, durante o período crítico da primeira onda da pandemia da COVID-19 no Maranhão. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa, desenvolvido em Unidades de Terapia Intensiva de hospitais públicos no Maranhão, no período de novembro de 2020 a janeiro de 2021. Participaram do estudo 16 profissionais. A técnica utilizada para a coleta de dados foi a entrevista semiestruturada e a amostra definida pelo critério de saturação dos sentidos. Foi realizada a análise de conteúdo e utilizado o *software* NVIVO® 12. Evidenciou-se que a sobrecarga de trabalho, escassez de profissionais e o medo do contágio, afetaram a qualidade da assistência e levaram a novas formas de produção do cuidado. Naquele contexto, ofertar a assistência de “alto padrão” foi um desafio que perpassou os espaços social e técnico da terapia intensiva. Vivenciar as mortes em maior escala, afetou as relações intersubjetivas nas esferas pessoal e profissional. As mudanças na organização do espaço, assistência e relações interprofissionais podem indicar caminhos para se repensar os efeitos desse fenômeno para os agentes, usuários e serviços, além de fornecer maiores habilidades para lidar com cenários emergenciais futuros.

Palavras-Chave: COVID-19. Unidade de Terapia Intensiva. Cuidados críticos.

INTRODUÇÃO

A pandemia da COVID-19 desafiou o componente hospitalar com uma magnitude extraordinária, especialmente em seu período inicial (GRIFFIN *et al.*, 2020; FEST; KREWULAK, 2021; DE ANDRADE *et al.*, 2020). O cenário de morbimortalidade em larga escala e o fluxo de pacientes graves que demandaram cuidados intensivos revelaram que as Unidades de Terapia Intensiva (UTI) seriam um dos serviços mais afetados na crise sanitária que se instalava (KEENE *et al.*, 2021; ROSENBAUM, 2020; GRASSELLI; PESENTI; CECCONI, 2020).

Foi relatado que 5% a 16% das pessoas que desenvolveram a forma grave da doença requereram internação em UTI. Esta situação provocou um aumento da demanda de pacientes críticos em curto espaço de tempo e paralelamente uma tensão nos sistemas de saúde em diferentes contextos socioeconômicos (GRASSELLI; PESENTI; CECCONI, 2020; WU; MCGOOGAN, 2020).

O trabalho em UTI, por si só, é complexo. O ambiente estressante, os recursos tecnológicos, o regime de plantões, a gravidade dos pacientes, a proximidade com a morte e a sobrecarga de trabalho fazem parte da rotina do profissional intensivista (RODRIGUES; FERREIRA, 2011). No entanto, a COVID-19 surge agravando esse contexto, influenciando em medidas distintas a assistência à saúde e as relações de trabalho (KEENE *et al.*, 2021). De forma repentina, o processo de trabalho em UTI precisou responder a esse novo cenário de doença desconhecida, com alta transmissibilidade e alta letalidade, de curso clínico e tratamento, até então, pouco conhecidos (HUANG *et al.*, 2020).

Na UTI, assim como em outros serviços de saúde, a produção do cuidado interage a todo o tempo com diferentes tipos de tecnologias. Essa interação configura um sentido ao modo de produzir o cuidado (MERHY *et al.*, 2003). Por ser dinâmico, esse cuidado sofreu mudanças a partir das relações produtivas do “trabalho vivo em ato”, realizadas em um cenário de excepcionalidade de pandemia. A literatura não é clara quanto aos aspectos intersubjetivos envolvidos nessas relações, indicando a necessidade de evidenciá-los numa perspectiva que considere a UTI para além de um campo técnico, como um campo de práticas sociais (FEST; KREWULAK, 2021; BAMBI *et al.*, 2020).

Outrossim, a pandemia em curso nos convidou a olhar o modo como se organizou o trabalho em UTI para além dos atos formais da assistência à saúde. Ao considerá-lo como um espaço de relações técnico-sociais e de poder, em que a subjetividade do agente perpassa

o campo de trabalho, mas não está limitado a ele (DESLANDES, 2001), pode-se compreender a existência de arranjos no cuidado, que surgiram ou coexistiram com a pandemia. Além disso, espera-se também vislumbrar outras dimensões inerentes às relações de produção do cuidado como a comunicação, relações de cooperação e de conflitos, sentimentos, significados e sentidos que emergiram do contexto e da interação dos seus agentes.

A partir dessa perspectiva, este estudo objetivou analisar experiências de profissionais em relação às mudanças ocorridas no trabalho em saúde em UTI, durante o período crítico da primeira onda da pandemia da COVID-19 no Maranhão.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa, realizado como parte do projeto matriz, denominado “*A pandemia da COVID-19 e seus efeitos na gestão e assistência à saúde no SUS*”.

A coleta dos dados foi realizada nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) de dois hospitais públicos que ofertaram leitos de UTI Covid-19, em dois municípios distintos em relação ao porte populacional, iniciada em novembro de 2020 e finalizada em janeiro de 2021.

O recorte temporal do estudo se refere à chamada primeira onda da pandemia da COVID-19, que ocorreu de abril a junho de 2020, no Maranhão, Brasil (CONASS, 2022).

Foram incluídos: médicos e enfermeiros que atuaram na assistência aos pacientes internados em UTI na primeira onda da pandemia. Foram priorizadas essas duas categorias profissionais por conhecerem amplamente todo o processo do cuidado em UTI, contribuindo, assim, para a compreensão das mudanças ocorridas no processo de trabalho nesse serviço. O critério de exclusão foi para profissionais afastados do ambiente de trabalho durante esse período.

Para escolha da amostra foi elaborada uma matriz com informações sociodemográficas e dos serviços extraídas de uma listagem institucional de trabalhadores que atuaram no período crítico da pandemia, fornecida pelos gestores das Unidades. A escolha buscou contemplar a diversidade das situações vivenciadas, considerando o tempo de atuação profissional, experiência no serviço, formação acadêmica, turno de trabalho,

gênero, cor da pele e idade. O número final da amostra foi de 16 participantes, definido pelo critério de saturação dos sentidos.

A técnica empregada para a coleta de dados foi entrevista semiestruturada. Foram elaborados dois instrumentos: questionário estruturado com dados de identificação, formação e atuação dos profissionais e o roteiro de entrevista semiestruturada com questões abertas relativas ao processo de trabalho em UTI no período inicial da pandemia. Foram realizadas entrevistas piloto com médico e enfermeiro atuantes em UTI, para testar os instrumentos.

As entrevistas aconteceram presencialmente (15) nos locais e horários indicados pelos entrevistados e por meio digital (01), agendadas conforme conveniência do participante e realizadas pela pesquisadora principal. Foram gravadas após autorização dos entrevistados e posteriormente transcritas na íntegra. O tempo médio de duração foi de 40 minutos.

Foi realizada análise de conteúdo, na modalidade temática (BARDIN, 2011). Os passos utilizados foram a pré-análise, com leitura flutuante das transcrições; categorização do material, classificando os dados em busca das unidades temáticas, núcleos do sentido e os conceitos gerais que subsidiaram a análise dos dados produzidos. Os resultados foram interpretados a partir de diferentes contribuições teóricas, estudos e autores sobre a temática.

Observou-se que as perspectivas e experiências dos profissionais dos hospitais estudados foram similares. Dessa forma, optou-se por categorizá-las conjuntamente.

Foi utilizado o *software* NVIVO® 12 para auxílio no gerenciamento, organização e tratamentos dos dados. Ressalta-se que esta pesquisa seguiu os passos recomendados pelos *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ).

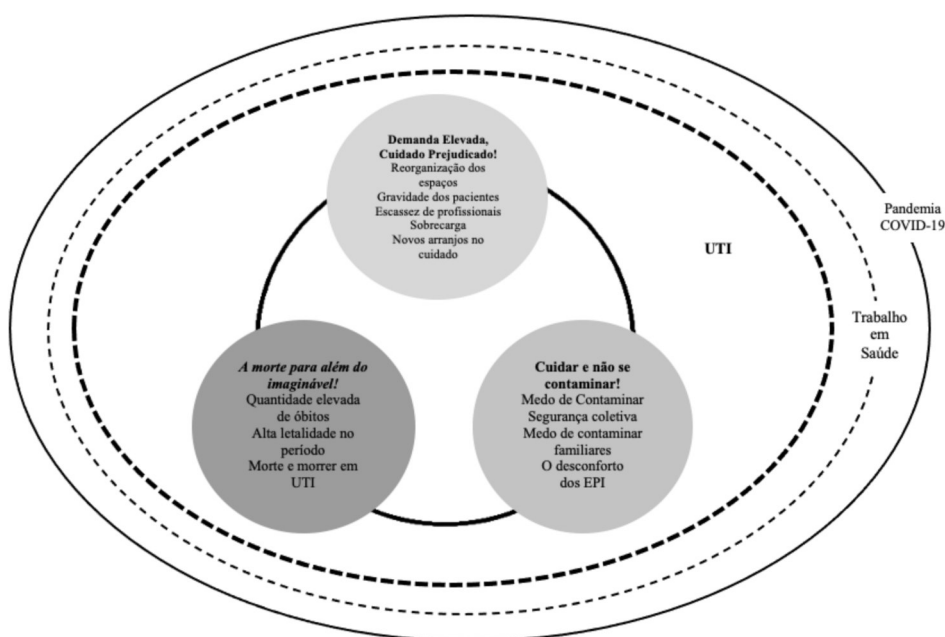
Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (CEP HUUFMA - 35645120.9.0000.5086). Como forma de assegurar o sigilo dos participantes, os nomes foram substituídos por iniciais: “E” para enfermeiro e “M” para médico, seguidas de um número de acordo com a ordem de participação. Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 16 profissionais entrevistados, nove eram enfermeiros e sete eram médicos, com idade entre 25 e 53 anos, sexo masculino (08), solteiros (09) e pardos (07). O tempo médio de formação (graduação) foi de 9,5 anos e a experiência em UTI variou de nove meses a 30 anos. Entre os participantes, dez afirmaram ter título de especialista em terapia intensiva e três eram gestores das unidades, exercendo também atividades assistenciais.

Da análise das narrativas dos entrevistados sobre suas experiências com as mudanças ocorridas no trabalho em saúde na UTI, emergiram três eixos temáticos: *demanda elevada, cuidado prejudicado*; *cuidar e não se contaminar*; e *vivenciando a morte para além do imaginável*. Esses eixos e seus respectivos subtemas estão representados na Figura 1 e indicam que, apesar de serem categorias independentes, elas se complementam e marcam as experiências descritas pelos entrevistados. A densidade da linha pontilhada indica a intensidade das mudanças provocadas pela pandemia no trabalho em saúde. A partir da literatura (GRIFFIN *et al.*, 2020; FEST; KREWULAK, 2021; VRANAS *et al.*, 2021) e das informações apreendidas por meio das entrevistas, infere-se que as UTI foram um dos ambientes de trabalho que mais sofreram os efeitos desse fenômeno em seu momento mais crítico.

Figura 1. Diagrama dos Eixos temáticos e subtemas obtidos a partir da análise dos dados.



Demanda elevada, cuidado prejudicado!

Diante do cenário de desequilíbrio provocado pela demanda crescente para internação em UTI e oferta insuficiente desses leitos, os profissionais referiram que houve a necessidade premente de reorganizar o ambiente hospitalar, fazendo com que as Unidades redirecionassem alguns setores hospitalares em UTI-COVID. Adicionada a essa medida, houve a abertura de leitos extras para o atendimento aos pacientes encaminhados, que eram alocados conforme a gravidade do quadro clínico. Ressalta-se, que mudanças intensas na (re)organização e na classificação dos pacientes ocorriam à medida que surgiam novas atualizações acerca dos protocolos de biossegurança, mecanismos de transmissão e conduta clínica da doença.

“[...] (a demanda) foi tão alta que houve a necessidade de abrir outros leitos que tivessem todo o suporte de terapia intensiva fora da UTI [...] A ala amarela é para pacientes de enfermaria, a ala vermelha é uma ala para pacientes graves e tem todo o suporte de uma UTI. Tem bomba infusora, ventilador, monitores, tem tudo. Então, por conta da demanda ser alta, houve essa necessidade de abrir esses leitos, que são leitos de UTI, só que fora da UTI”. (M1).

A expansão desses leitos era acompanhada dos desafios inerentes ao cumprimento das exigências para a oferta de cuidado na alta complexidade, a exemplo da disponibilidade de profissionais habilitados para cuidar de casos complexos e de insumos médico-hospitalares suficientes para esses leitos (BRASIL, 2010).

As experiências com as transformações nos elementos representativos da objetividade do trabalho em saúde na UTI, aqui compreendidos a organização do espaço, do serviço ou dinâmica laboral, remetem às questões relacionadas ao acesso à saúde, sobretudo, à dimensão disponibilidade de serviços e recursos. A discussão acerca desse conceito é complexa e tem sido concebida como a oportunidade de utilização dos serviços de saúde nos diferentes níveis. Contudo, a acessibilidade pode apresentar-se mais complexa em setores e contextos de saúde do que em outros (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

Dessa forma, o cenário de crise global provocado pela COVID-19 trouxe sérios desafios para a efetividade do acesso aos cuidados intensivos, tencionando o trabalho em saúde na alta complexidade. Foram observados verdadeiros desdobramentos para responder à sobrecarga da infraestrutura de saúde, decorrente do importante fluxo de pessoas que ficaram gravemente doentes e que demandaram por cuidados intensivos (ROSENBAUM,

2020; GRIFFI *et al.*, 2020). Todo esse esforço para estruturar o ambiente laboral, sobrepujou, de algum modo, a capacidade de resiliência desses profissionais (WANG *et al.*, 2020; GROTBORG, 2006).

Paralelo a esse contexto, a rápida evolução na gravidade dos pacientes com COVID-19 exigia um cuidado intenso que sobrecarregava os profissionais disponíveis e ocorria num momento em que o curso da doença e tratamento adequado não eram bem compreendidos:

“A demanda de serviço era muito grande, até porque era uma doença nova, eram pacientes com nuances diferentes das quais a gente não estava acostumado. Era um tipo de complicação muito rápida, em questão de horas o paciente mudava rapidamente, drasticamente de estado. Então ele estava um paciente estável e de repente virava um paciente gravíssimo, né? Era uma demanda de serviço muito grande, com o período muito curto, com a quantidade de profissionais também muito pequena. Então a gente foi muito, muito sobrecarregado nessa época. A enfermeira saía do salão e ia para o banheiro chorar, porque não aguentava mais, né”. (M8).

Os entrevistados referiram que a dinâmica laboral e a rotina de cuidados em terapia intensiva foram drasticamente maximizadas diante do aumento do número de pacientes graves e da quantidade insuficiente de profissionais para responder à demanda, levando à sobrecarga de trabalho, à exaustão física e emocional. Neste sentido, ofertar o habitual cuidado de alto padrão em UTI tornara-se um desafio diante dessa nova realidade (BAMBI *et al.*, 2020).

Em consonância com a literatura (ROSENBAUM; FACING, 2020; HUH, 2020; BERGMAN *et al.*, 2021), entre os desafios relatados pelos entrevistados estavam o desconhecimento da doença e de sua evolução, o maior tempo para prestar assistência a cada um dos pacientes, o número reduzido de profissionais para responder à excepcionalidade da situação e o aumento substancial da carga de trabalho.

A escassez de profissionais de saúde foi um relato comum entre os entrevistados, que ao atingir níveis críticos no pico da pandemia, deixou a sensação de não ter sido ofertado o cuidado adequado. Essa percepção foi relatada pelos profissionais de diferentes formas, quer pela ausência de profissional em quantidade suficiente para a demanda, quer na falta de experiência dos novos profissionais contratados para ampliação dos leitos de UTI:

“Algo que seja interessante, não só para a parte médica, mas foi o que eu vi na prática: o COVID mata muito, sim a mortalidade é alta sim. Mas tivemos períodos críticos dentro da assistência. Eu não tinha técnico para aquela quantidade de paciente, eu não tinha enfermeiro, eu não tinha profissional para aquela quantidade”. (M2).

“[...] porque nessa época entrou muito médico jovem totalmente inexperiente, não só do ponto de vista técnico, mas também do ponto de vista emocional, né, esses meninos entraram assim, de repente sem ter sido preparados nem emocionalmente”. (M6).

Evidenciou-se a necessidade de mais profissionais para prestar o cuidado em UTI naquele momento. Houve, então, a necessidade de remanejamento e de contratações de profissionais, alguns com pouco ou nenhum treinamento, além da inexperiência em cuidados intensivos, experiências semelhantes foram observadas na Itália. Assim, na perspectiva dos profissionais entrevistados, a alta demanda de pacientes somada à carência de profissionais para responder a esse novo cenário comprometeu o cuidado naquele momento (BERGMAN *et al.*, 2021).

Conforme sugerem Bambi *et al.* (2020) e Bergman *et al.* (2021), essas medidas, apesar de serem necessárias frente à expansão dos leitos, pareceram desequilibrar a “combinação de habilidades entre a equipe” e a qualidade da assistência.

Assim, diante das novas exigências imputadas pela doença, as equipes de trabalho precisaram somar esforços e decidir quais procedimentos seriam realizados durante o turno de trabalho, mais especificamente, quais seriam as prioridades naquele contexto:

“Teve determinados dias que não teve mais diferenças de técnico de enfermagem, enfermeiros e médicos. Então, todo mundo estava fazendo os mesmos serviços. Médico fazendo aspiração, dando banho no leito, dentistas fazendo administração de medicamentos, médico aplicando medicação, né? Então teve uma sobrecarga grande [...] teve dias que por exemplo que a gente tinha um técnico para 6, 8 pacientes, né?! Então, demanda muito alta, então o que a gente podia fazer: -ah, mas ele vai ter que banhar. -Não! vamos fazer o que é de prioridade. A prioridade é medicação, prioridade isso, aquilo outro, então esse foi um momento muito crítico”. (M2).

“[...]A gente via a exaustão no rosto de todo mundo, mas a gente via a vontade de trabalhar e a vontade de ajudar”. (E13).

Esses relatos retratam o empenho de profissionais em otimizar um cuidado, considerado prioritário para os pacientes internados, experiência nomeada de “acionamento de cuidados” em hospitais estadunidenses (VRANAS *et al.*, 2021). A ponto, inclusive, de suspenderem a divisão do trabalho que caracteriza as distintas categorias profissionais no ambiente hospitalar. A qualidade do trabalho não estava no mesmo patamar daquela oferecida em tempo de normalidade. Era um momento crítico. Por isso, a despeito da exaustão, os trabalhadores seguiam com disposição para trabalhar e ajudar, cuidando.

Nota-se que o sentimento de colaboração profissional, resiliência e de trabalho em equipe foram fundamentais, utilizando-se, para isso, de meios e habilidades próprias para enfrentar esse momento (GROTBERG, 2006).

Deslandes (2002), ao discutir o processo de trabalho em saúde, ponderou que o modo como se organiza o espaço e como se produz o cuidado revelam as relações técnico-sociais e de poder entre os sujeitos, nas quais a fragmentação de responsabilidades caracteriza um

modelo hierárquico de supervalorização de categorias profissionais, secundarizando outras. Por outro lado, cabe inferir, a partir das falas dos entrevistados, que os efeitos nefastos produzidos pela pandemia, levou à ruptura transitória nessa configuração de trabalho, pautada no modelo médico-hegemônica, de modo que também secundarizou, nesse período, a dominação e a subordinação nos espaços social e técnico constitutivos da UTI.

Nesse sentido, os entrevistados expressaram que ofertar o cuidado integral, nesse contexto, era um desafio quase intransponível, frente à insuficiente mão-de-obra e à alta demanda de pacientes graves (VRANAS *et al.*, 2021). Essa insuficiência era decorrente do gradual adoecimento dos colegas, da escassez de profissionais para contratação imediata e da recusa direta dos profissionais em desenvolverem suas atividades em UTI COVID.

Ademais, estudo apontou que o cuidado de enfermagem e a qualidade da assistência, de uma forma geral, foram gravemente afetados nesse período. O termo “despriorizados” foi utilizado pela literatura para se referir à assistência de enfermagem que fora comprometida frente à carga de trabalho e ao número reduzido de profissionais (BERGMAN *et al.*, 2021).

Diante da excepcionalidade vivenciada no ambiente hospitalar, emergiram novas formas de organização do trabalho para sistematizar a assistência. Para os entrevistados, esse novo arranjo na produção do cuidado era necessário para assegurar a assistência naquele momento, ao passo que reduzia o desconforto das longas horas de uso dos EPIs e o risco do contágio pelo vírus, por reduzir o tempo de exposição na assistência aos pacientes.

“Eu tive que montar estratégias: a gente dividia a equipe em duas que fazia o revezamento de horário e de serviços. No momento de receber o plantão pela manhã, entravam todos, recebiam o plantão, dava o banho no leito, curativos, trocando fixação, de tubo, o que tivesse que fazer com o paciente. Daí, fazia a divisão. A primeira equipe ficava do lado de fora por 2 a 4 horas e a outra dentro da UTI. Então os de fora organizavam as medicações, materiais, faziam evolução, aprazavam as medicações e depois logo se paramentavam e entram”. (E7).

O significado atribuído ao modo de produzir o cuidado naquele contexto, estava relacionado ao próprio trabalho coletivo, construído a partir da perspectiva colaborativa entre esses profissionais, com a finalidade de “cuidar do usuário, o portador efetivo das necessidades de saúde”. Nesse aspecto, a potência criativa do trabalhador concebeu novas possibilidades para mudanças no processo de trabalho, tecendo novas ações no ato de cuidar (MENRY, 2003; VRANAS, 2021).

Cuidar e não se infectar!

Evidenciou-se que o período crítico da primeira onda da pandemia gerou um impacto na memória que emergia na narrativa dos profissionais, pois, mesmo quando abordavam os diferentes momentos da pandemia, os participantes se reportavam à fase crítica, estabelecendo uma conexão emocional com os fatos vividos naquele momento, a exemplo do medo do contágio com o vírus. Esse fenômeno foi mencionado recorrentemente pelos entrevistados, marcando as experiências vividas por esses profissionais.

O medo de infectar-se e infectar os colegas de profissão era permanente e perpassava toda a rotina de trabalho, especialmente quando se fazia necessário o procedimento de intubação oro-traqueal. As incertezas sobre os mecanismos de transmissão e sobre a própria doença naquele momento, foram desafios enfrentados:

“O protocolo que todo dia mudava: -Não, hoje a gente vai fazer assim; aí, amanhã é de outro jeito. A questão da intubação, né, que era diferente, todo um cuidado diferente. Só durante a pandemia, eu perdi a conta de quantos protocolos para intubação saíram”. (E2).

“A pressão maior era na hora da intubação. A gente agir com calma, procurar manter a calma, principalmente, durante o procedimento, porque qualquer desespero entre a gente era um risco de contaminar um colega ou a gente mesmo se contaminar, né”. (E3).

O alto risco de transmissão viral no momento da intubação exigia uma equipe reduzida, orquestrada e composta por profissionais habilitados (PHUA *et al.*, 2020). Estudo apontou que cerca de 77% dos profissionais de saúde perceberam alto risco de infecção por COVID-19 em espaços de saúde, muito devido à exposição frequente e à fadiga no trabalho (HAKIM *et al.*, 2021).

Os entrevistados relataram que o medo do contágio aumentava à medida em que os números de infectados e de mortes entre os profissionais de saúde eram contabilizados (COFEN, 2022; CFM, 2022). Por outro lado, embora o medo fosse uma constante, esses profissionais manifestavam admirável dedicação profissional (LIU *et al.*, 2020). No entanto, não se pode ignorar que esse medo pode ter sido potencializado pelos bombardeios midiáticos de informações, por vezes, subvertidas sobre a doença, influenciando negativamente a compreensão de risco pelos profissionais (OLIVEIRA, LUCAS, IQUIAPAZA, 2021).

Notou-se que o significado atribuído à segurança da equipe, marcou a relação interpessoal da equipe de trabalho. Cabe ressaltar que, naquele momento, o importante era a segurança de todos, condição que garantiria a continuidade dos cuidados aos pacientes:

“A gente fica vigilante para não ter risco do profissional se contaminar, de um apoiar o outro durante a paramentação e na hora da retirada também dos EPIs. Sempre ficava um olhando para ver se não tinha risco de contaminação, a gente tinha todo esse cuidado”. (E3).

As evidências sobre o alto risco de contaminação na desparamentação (OLIVEIRA, LUCAS, IQUIAPAZA, 2021) elevaram a percepção de insegurança, produzindo o senso de responsabilidade com o outro. O medo de adoecer foram narrativas notáveis durante as entrevistas, a despeito dos treinamentos constantes sobre fluxos de serviços e protocolos de biossegurança recebidos antes e durante a pandemia. Assim, cuidar e não se infectar era um desafio persistente nesse novo cenário. Como sugere Huh (2020), a segurança da equipe era um pressuposto garantidor da assistência aos pacientes internados, sendo, portanto, fundamental naquele contexto.

Somado a esse temor, cabe reforçar que esses profissionais estavam diante de problemas advindos da condicionalidade de novas rotinas, como do uso de equipamentos de proteção individual (EPI):

“[...]E acaba que uma hora ou outra pode ter falha né? Nesse processo cansativo de você passar o dia todo com aquilo. E às vezes tinha paciente que descompensava de uma hora pra outra que quando tu te espantava estava em cima do paciente e tu: -Meu Deus, E aí? Cadê minhas coisas? Porque você pensava em dar assistência, a prioridade na sua cabeça era de sempre cuidar”. (M3).

“Chegava em casa com o nariz machucado, com a testa machucada do EPI que a gente tinha que ficar segurando o máximo de horas que a gente podia”. (E3).

A necessidade do uso prolongado dos EPI era um desafio recorrente. Como observado também por Liu *et al.* (2020), além do cansaço físico, alguns entrevistados relataram desconforto respiratório, cefaléia e alterações de pele, decorrentes da pressão desses dispositivos. Até mesmo o atendimento das necessidades fisiológicas, como as de alimentação e eliminação, eram percebidas como um estressor na rotina de trabalho devido ao medo de contaminar-se durante as trocas dos artefatos para a entrada e saída da UTI. Ademais, Liu *et al.* (2020) e Bergman *et al.* (2021) ponderaram que a comunicação com os pacientes foi afetada frente às condicionalidades do uso dos EPIs e à demanda de trabalho.

O relato de M03, sugere que nesse contexto de exigência quanto à utilização de diversos EPI, a ocorrência de uma situação não programada poderia representar uma ameaça a segurança profissional, que na imprevisibilidade do chamado, renunciava ao autocuidado relacionado a sua biossegurança, demonstrando que a prioridade naquele momento era o cuidado imediato ao paciente.

Estudo apontou que a exposição dos profissionais de saúde ao risco do contágio, estava relacionada a fatores como ao uso incorreto de EPI e a exaustão pela carga horária de trabalho excessiva, colocando em risco a segurança ocupacional desses agentes (OLIVEIRA, LUCAS, IQUIAPAZA, 2021).

Chamou a atenção o temor de infecção pela doença que era intensamente vivido quando os profissionais se referiam aos seus familiares. O receio de infectá-los e assim correr o risco de reproduzir as cenas experienciadas em UTI, levaram muitos desses profissionais a deixarem seus lares, passando a residir coletivamente com outros profissionais ou permanecendo nas dependências do hospital:

“Eu não tinha medo de me contaminar, eu tinha medo de contaminar meus pais, de trazer... entendeu? Os colegas alugaram um quartinho aqui perto do hospital para poder nem ir para casa, foi uma loucura... foi uma coisa que eu nunca pensei que fosse viver na minha vida, assim... nunca mesmo”. (E12).

“Fiquei longe da minha família, passei 58 dias aqui no hospital”. (M1).

Dessarte, compreende-se que esses profissionais vivenciaram o medo duplicado, por eles mesmos, mas também por suas famílias (BAMBI *et al.*, 2020), de um modo estritamente individual e exclusivo de cada um (VIESENTEINER, 2013). Estudos demonstraram efeitos graves à saúde mental e à vida desses profissionais, decorrentes do medo recorrente e do rompimento das relações intersubjetivas do mundo social (HIDIEBERE; TIBALDI; LA TORRE, 2020; WANG *et al.*, 2020).

A vida desses profissionais passou por profundas transformações. No âmbito privado, alguns deles vivenciaram uma rotina de isolamento, como alternativa de proteção da família, que era amortecida por mensagens e vídeo-chamadas. No âmbito profissional, os dias de folga eram marcados por trocas de experiências e evidências científicas com profissionais de outros hospitais. Assim, eles ficavam sempre imersos no “mundo da terapia intensiva”. Reconheceu-se que os profissionais de saúde assumiram a responsabilidade de cuidar do outro em um contexto jamais vivido, sendo expostos à exaustão física e emocional (PHUA *et al.*, 2020; LIU *et al.*, 2020).

Vivenciando a morte para além do imaginável!

Nessa categoria, foram discutidas as dimensões subjetivas da experiência com a morte e o morrer em UTI. Sob a ótica dos profissionais, a quantidade elevada de mortes na UTI foi um efeito dramático da pandemia em sua primeira onda:

“[...] uma das coisas que mais me deixou traumatizado foi você ver 8 corpos enfileirados, coisa que você está acostumado a lidar em UTI, né, lidar com a morte, mas você ver 8 enfileirados, nesse momento eu apaguei e não lembro de mais nada daquele plantão, apenas desse momento. Até hoje é uma cena que não sai da minha cabeça, entendeu? Não tinha problemas com isso, mas foi uma coisa que me marcou”. (E5).

A COVID-19 trouxe um grave cenário de morbimortalidade que tem desafiado os sistemas de saúde (GRIFFIN *et al.*, 2020; DE ANDRADE *et al.*, 2020). Os milhares de infectados e o número de mortes que aumentavam a cada dia foram escancarados nos meios midiáticos e chocaram o mundo (WESTPHAL, 2020).

A taxa de mortalidade em UTI foi inicialmente alta, e a rápida evolução dos pacientes graves para o quadro de Síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA) gerou preocupação nos profissionais (HUANG *et al.*, 2020).

A estimativa de letalidade da COVID-19 no início da primeira onda da pandemia, apresentou-se de forma variada nos países (RAJGOR *et al.*, 2020). No Brasil, de 23 de fevereiro a 24 de abril de 2020, a taxa de letalidade foi de 6,9%. Os estados das Regiões Norte e Nordeste apresentaram taxas mais elevadas em comparação a outros estados. O Maranhão estava entre os 10 estados com as maiores taxas de letalidade no período de 05 a 11 de abril de 2020, apresentando 6,10% (SOUZA *et al.*, 2020).

Apesar da morte ser um evento presente na vida dos profissionais intensivistas, a COVID-19 colocou-os de frente de uma forma jamais concebida. As experiências com as sucessivas mortes eram compreendidas como inimagináveis, além de desafiador, do ponto de vista profissional e pessoal:

“A partir do momento que eles ficavam internados lá (na UTI), a família não olhava mais, e quando o paciente vinha a óbito, a gente preparava o corpo dentro da UTI mesmo, né, colocava dentro de dois sacos, e já mandava para o morgue, e lá a funerária já vinha, e só colocava no caixão fechado e o familiar nunca mais o olhava. Então, foi um período um pouco complicado psicologicamente para todo mundo. Nós estávamos cansados fisicamente, mentalmente, e ainda se deparava com essas situações. Situações que eu nunca tinha passado, nunca nem imaginava um dia passar, esse foi o pior momento que vivi na profissão”. (E7).

A pandemia impôs limitações drásticas aos rituais de despedida, rompendo com as liturgias funerárias centrados na presença e no simbolismo invocados pelo corpo. Com a obrigatoriedade de caixões lacrados, os corpos não podiam ser vestidos, tocados e contemplados pela última vez. A despedida não concretizada traduz a ideia de “incompletude”, de “tarefa inacabada” ou mesmo de “missão não cumprida” (DANTAS *et al.*, 2020).

Constatou-se que a separação dos familiares dos pacientes também gerou sofrimento para esses profissionais. A comunicação da equipe e desses pacientes com a família era limitada às visitas virtuais e aos boletins médicos, que eram realizados com os pacientes acordados ou diziam respeito ao paciente intubado. Vê-los morrer “sozinhos”, sem a companhia ou despedida de familiares e amigos, foram vivências relatadas como angustiantes para esses profissionais.

A experiência israelense com a internação sem visitas, demonstrou que familiares manifestaram frustração e sensação de perda de controle devido a impossibilidade de acompanhar seus entes. Adicionado a isso, havia o desconhecimento e o medo da doença que potencializava a preocupação com a condição clínica do familiar. Para os profissionais, mediar as visitas virtuais e construir o vínculo sem a proximidade e empatia face a face, eram vivências desafiadoras, que rompiam com o gerenciamento desse momento, que outrora, construía-se de forma presencial (LEVIN-DAGAN; STRENFELD-HEVER, 2020).

Assim, a exposição a mortes e ao luto em série e em um curto espaço de tempo, também são compreendidos como estressores vividos pelos profissionais da linha de frente no combate à pandemia influenciando a perspectiva e o modo de encarar a morte nesse contexto (REIS *et al.*, 2021).

Partindo do entendimento que o cuidado em UTI envolve aspectos para além das tarefas técnica-especializadas, cabe ressaltar que alguns profissionais se sentiram desafiados pelo desejo de ofertar o apoio emocional ao paciente, mas ter que cumprir com as “obrigações técnicas” da assistência em contexto de estresse e sobrecarga de trabalho. Apesar desse dilema, esses profissionais desdobraram-se em variados papéis nos momentos de angústia, na luta pela manutenção da vida ou nos momentos do último adeus.

Destaca-se que profissionais da linha de frente, estão sujeitos a desenvolver sofrimento moral decorrente dos impactos negativos da pandemia para o trabalho em saúde. Ao vivenciarem sentimentos dolorosos desencadeados por não realizar “um bom atendimento ao paciente” ou de sentir-se “desumanizados”, devido às restrições daquele momento, desvelam como esse fenômeno redesenhou o ambiente da terapia intensiva, assim

como transformou as relações intersubjetivas do cuidado (CACCHIONE, 2020; SILVERMAN; KHEIRBEK; MOSCOU-JACKSON, 2021).

Deixar o plantão e desconectar-se do “mundo da terapia intensiva” era percebido como uma tarefa difícil. Alguns profissionais relataram tristeza e fadiga durante o seu período de folga. Outros afirmaram lembrar de cada paciente, do seu rosto e o pedido para que não o deixasse morrer, levando-os a refletir sobre a efemeridade da vida, como em nenhum outro momento.

Essas vivências em UTI, remetem ao que Viesenteiner (2013), em Nietzsche, busca problematizar ao citar “sentido na pele”, de modo que cada uma dessas vivências “constrói a roupagem própria de cada pessoa, absolutamente única e individual”.

Partindo dessas discussões, infere-se que a grande quantidade de mortes durante o período da 1ª onda em ambiente de terapia intensiva, provocou estresse psicológico, tanto em aspectos quantitativos, pelas experiências repetidas de vivenciar a morte e o morrer em quantidade elevada; quanto em aspectos qualitativos, pelo constante desgaste emocional decorrente da situação inusitada de dar esperanças aos pacientes mesmo quando elas se esgotavam.

Neste último ponto, Aredes e Modesto (2016) apontam que diante de circunstâncias difíceis, como a ocorrência da morte ou de situações de impossibilidade de cura, o uso de “escudo ou máscara” para administrar o afeto, e assim, proteger-se do sofrimento do outro “não anula sua sensibilidade em relação aos problemas alheios, diante de vários fatos melindrosos inerentes à profissão, mas, de certo modo, obriga seu “eu” a resistir perante os acontecimentos”.

Por outro lado, as narrativas dos entrevistados evocam um segundo olhar. Naquele contexto de exceção, de intensas mudanças no trabalho provocadas por uma nova doença, as relações entre profissionais e pacientes tornaram-se mais breves e ao mesmo tempo mais estreitas afetivamente. Foram relatadas experiências como os pedidos e confidências feitos pelos pacientes e os recados transmitidos para os familiares nas “visitas virtuais” ou durante a atualização do boletim médico, que produziram significado valorativo e aprendizado pessoal.

Assim, percebeu-se que esses agentes foram afetados ao vivenciarem a morte e o luto alheios de forma recorrente. Ao prestarem assistência ao paciente, foram “eles mesmos, com seu corpo, suas mãos, sua voz e ouvidos, os meios de interação do paciente com o mundo externo” (REIS *et al.*, 2021).

O impacto psicológico em profissionais da linha de frente já havia sido relatado no surto de SARS, em 2003, chamando atenção para o alto nível de estresse e sofrimento psicológico, percebidos por 68% e 57% dos profissionais, respectivamente (TAM *et al.*, 2004). Ademais, Lee *et al.* (2020) examinou o impacto da MERS para a saúde mental em profissionais, evidenciando risco elevado para sintomas de Transtorno de estresse pós-traumático durante e após o surto (LEE *et al.*, 2018).

A partir dessas discussões e considerando que toda vivência é uma experiência ligada ao vivido, de modo que não se vivencia algo através de um legado e nem por ouvir falar (VIESENTEINER, 2013), este estudo lança luz sobre as relações intersubjetivas ocorridas no ambiente da UTI, que atravessam a reestruturação hospitalar e o processo do cuidado (em sentido amplo), revelando as transformações vividas pelos profissionais no período crítico da primeira onda da pandemia da COVID-19. Essas transformações perpassam os elementos objetivos do processo de trabalho em saúde, mas é no mundo social, do encontro ou do desencontro com o outro, que esses agentes são desafiados a resistir e a reinventa-se, mediante ao confronto das tensões, medo e conflitos existenciais trazidos pela doença.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia de COVID-19 provocou grandes transformações na organização do trabalho em saúde na UTI, impactou a produção do cuidado, os profissionais e suas relações intersubjetivas.

Os profissionais estavam diante de um cenário inusitado, que causava perplexidade. Os sentimentos de altruísmo e de cooperação eram perceptíveis nas narrativas dos entrevistados e paradoxalmente se sobrepunham ao cansaço decorrente da alta demanda de trabalho, da escassez de profissionais e do medo de contaminar-se.

O cuidado intensivo foi construído sob o ritmo das incertezas e do desconhecimento da doença, sendo calibradas na tensão do cotidiano do labor em terapia intensiva. Ofertar o expectado cuidado de alto padrão foi um desafio que percorreu os espaços social e técnico da terapia intensiva.

A conexão emocional com as experiências vividas e o sentido ambivalente atribuído à vida e morte, cuidado e infecção, medo e coragem, acesso e indisponibilidade de recursos, influenciaram a dinâmica e o modo de pensar e prestar o cuidado em cenário de crise

sanitária. Os profissionais foram afetados pela dor e pela perda de um modo considerado, por eles, inimaginável. Um sofrimento que permanece latente e que os impacta ainda hoje nos planos subjetivo e coletivo.

As mudanças ocorridas na organização do espaço, assistência e relações interprofissionais podem indicar caminhos para se repensar os efeitos desse fenômeno para os agentes, usuários e serviços, além de fornecer maiores habilidades para lidar com cenários emergenciais futuros.

A pandemia teve uma dimensão global. Seus efeitos, mais ou menos adversos, estão ligados a ações de Estados e seus sistemas de saúde. Nesta pesquisa, de cunho qualitativo, foram discutidas mudanças na assistência e seus efeitos nas relações interprofissionais ocorridas no plano local. Espera-se que outros estudos possam contribuir para uma perspectiva comparativa. Como limitação, destaca-se que os desafios e as perspectivas identificadas podem diferenciar-se de outras realidades, o que impede a generalização dos resultados encontrados.

REFERÊNCIAS

AREDES, J. S.; MODESTO, A. L. “Entre vidas e mortes, entre máscaras e fugas”: um estudo sobre a prática médica hospitalar. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 26, n. 2, p. 435-453, 2016.

BAMBI, S.; LOZZO, P.; RASERO, L.; LUCCHINI, A. Covid-19 in critical care units: rethinking the humanization of nursing care. *Dimens Crit Care Nurs.*, v.39, n. 5, p. 239-41, 2020.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. 7ª edição. Lisboa: 70, editor. 2011.

BERGMAN, L.; FALK, A.C.; WOLF, A.; LARSSON, I.M. Registered nurses' experiences of working in the intensive care unit during the Covid-19 pandemic. *Nurs Crit Care.*, v. 26, n. 6, p. 467-75, 2021.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). 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*. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html (acessado em 16/dez/2021).

CACCHIONE, P.Z. Moral Distress in the Midst of the COVID-19 Pandemic. *Clinical Nursing Research.*, v. 29, n. 4, p.215-6, 2020.

CECILIO, L.C.D.O.; MERHY, E.E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*, v. 1, n. 1. p.197-210, 2003.

COFEN. *Observatório da Enfermagem. Profissionais infectados com Covid-19 informado pelo serviço de saúde*. Disponível em: <http://observatoriodaenfermagem.cofen.gov.br/> (acessado em 17/jan/2022).

CFM. *Memorial aos médicos que se foram durante a pandemia o combate ao Covid-Total de médicos que morreram*. Disponível em: <https://memorial.cfm.org.br/> (acessado em 17/jan/2022).

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). Painel Nacional: Covid-19. Disponível em: <https://www.conass.org.br/painelconasscovid19/> (acessado em 17/jan/22).

DANTAS, C. R., *et al.* O luto nos tempos da COVID-19: desafios do cuidado durante a pandemia. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 23, n. 3, p. 509-33, 2020.

DE ANDRADE, C.L.T.; PEREIRA, C.C.A.; MARTINS, M.; LIMA, S.M.L.; PORTELA, M.C. COVID-19 hospitalizations in Brazil's Unified Health System (SUS). *PLOS ONE.*, v. 15, n. 12, p. e0243126, 2020.

DESLANDES, S.F. *O processo de trabalho na emergência*. In: Frágeis deuses: profissionais de emergência entre os danos da violência e a recriação da vida. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001. p.45-94.

FEST, K.M.; KREWULAK, K.D. Space, staff, stuff, and system: keys to ICU care organization during the COVID-19 pandemic. *Peito*, v.160, n. 5, p. 1585-6, 2021.

GRASSELLI, G.; PESENTI, A.; CECCONI, M. Critical care utilization for the Covid-19 outbreak in Lombardy, Italy: early experience and forecast during an emergency response. *JAMA.*, v. 323, n. 16, p. 1545-6, 2020.

GRIFFIN, K.M.; KARAS, M.G.; IVASCU, N.S.; LIEF, L. Hospital preparedness for COVID-19: a practical guide from a critical care perspective. *Am J Respir Crit Care Med*, v. 201, n. 11, p.1337-1344, 2020.

GROTBERG, E.H. (2006). *La resiliência en el mundo de hoy*. Gedisa: Espanha, 2003.

HAKIM, M., *et al.* Perceptions of Covid-19-related risks and deaths among health care professionals during Covid-19 pandemic in pakistan: a cross-sectional study. *Inquiry.*, v. 58, n. 1. p. 469580211067475, 2021.

HIDIEBERE, O.E.; TIBALDI, L.; LA TORRE, G. The impact of COVID-19 pandemic on mental health of nurses. *Clín Ter.*, v. 171, n. 5, p. e399-e400, 2020.

HUANG, C.; WANG, Y.; LI, X.; REN, L.; ZHAO, J.; HU, Y. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet.*, v. 395, n. 1, p. 497-506, 2020.

HUH, S. How to train health personnel to protect themselves from SARS-CoV-2 (novel coronavirus) infection when caring for a patient or suspected case. *J Educ Eval Health Prof.*, v. 17, n. 1, 2020.

KEENE, A.B., *et al.* Critical Care Surge During the Covid-19 Pandemic: implementation and feedback from frontline providers. *J Intensive Care Med.*, v. 36, n. 2, p.233-240, 2021.

LEE, S.M.; KANG, G.S.; CHO, A.R.; KIM, T.; KYUNG, P.J. Psychological impact of the 2015 MERS outbreak on hospital workers and quarantined hemodialysis patients. *Comprehensive psychiatry.*, v. 87, n. 1, p.123-7, 2018.

LEVIN-DAGAN, N.; STRENFELD-HEVER, S. Reflections on Israeli hospital-based social work with COVID-19 patients and their families. *International Social Work*, v. 63, n. 6, p.766-70, 2020.

LIU, Q., *et al.* The experiences of health-care providers during the Covid-19 crisis in China: a qualitative study. *Lancet Glob Health.*, v. 8, n. 6, p. E790-E798, 2020.

MERHY, E.E.; MAGALHÃES JÚNIOR, H.C.M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T.B.; BUENO, W.S. *O trabalho em saúde: olhando a experienciando o SUS no cotidiano: o debate no campo da saúde coletiva*. 2. Ed. São Paulo: HUCITEC EDITORA, 2003.

OLIVEIRA, A.C.; LUCAS, T.C.; IQUIAPAZA, R.A. Percepção do risco de contaminação dos profissionais de saúde por COVID-19 no Brasil. *Texto Contexto Enferm [Internet].*, v. 30, n. 1, p.e20210160, 2021.

PHUA, J., *et al.* Intensive care management of coronavirus disease 2019 (Covid-19): challenges and recommendations. *Lancet Respir Med.*, v. 8, n. 5, p.506-17, 2020.

RAJGOR, C.D.; LEE, M.H.; ARCHULETA, S.; BAGDASARIAN, N.; QUEK, S.C. The many estimates of the COVID-19 case fatality rate. *The Lancet.*, v. 20, n. 7, p.776-7, 2020.

REIS, L.B.; DE MIRANDA, A.A.W.R.; DE FREITAS, R.; CAZELLI, W.; DA SILVA, M.C.; BRITO, J.S. Luto em tempos de pandemia e os profissionais de saúde: algumas considerações. *Braz J of Dev.*, v. 7, n. 12, p. 110276-91, 2021.

RODRIGUES, V.M.C.P.; FERREIRA, A.S.S. Fatores geradores de estresse em enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.*, v. 19, n. 4, p. 1025-32, 2011.

ROSENBAUM, L. Facing Covid-19 in Italy - ethics, logistics, and therapeutics on the epidemic's front line. *N Engl J Med.*, v. 382, n. 20, p.1873-5, 2020.

SANCHEZ, R.M.; CICONELLI, R.M. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Publica*, v. 31, n. 3, p.260-8, 2012.

SILVERMAN, H.J.; KHEIRBEK, R.E.; MOSCOU-JACKSON G, D.J. Moral distress in nurses caring for patients with Covid-19. *Nursing Ethics.*, v. 28, n.7-8, p.1137-1164, 2021.

SOUZA, C.D.F.; DE PAIVA, J.P.S.; LEAL, T.C.; DA SILVA, L.F.; SANTOS, L.G. Spatiotemporal evolution of case fatality rates of Covid-19 in Brazil, 2020. *J. bras pneumol.*, v. 46, n. 4, p.1-3, 2020.

TAM, C.W.; PANG E.P.; LAM, L.C.; CHIU, H.F. Severe acute respiratory syndrome (SARS) in Hong Kong in 2003: stress and psychological impact among frontline healthcare workers. *Psychol Med.*, v. 37, n. 7, p.1197-204, 2004.

VIESENTEINER, J. *Conceito de vivência (erlebnis) em nietzsche: gênese, significado e recepção*. Kriterion. Belo Horizonte. nº 127. p. 141-155, 2013.

VRANAS, K.C., *et al*. The influence of the COVID-19 pandemic on ICU organization, care processes, and frontline clinician experiences. *Peito.*, v. 160, n. 5, p. 1714-28, 2021.

WANG, C., *et al*. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, v. 17, n. 1. p.1729, 2020.

WESTPHAL, E.R. Who deserves to live and who deserves to die: ethical dilemmas in times of Covid-19 pandemic 2. *Estudos Teológicos São Leopoldo.*, v. 60, n. 2, p. 573-85, 2020.

WU, Z.; MCGOOGAN, J.M. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (Covid-19) outbreak in China: summary of a report of 72 314 cases from the chinese center for disease control and prevention. *JAMA.*, v. 323, n. 13, p. 1239-42,

5.2 Artigo 2

DESAFIOS DO *FRONT*: EXPERIÊNCIAS DE PROFISSIONAIS NA ADMISSÃO DE PACIENTES EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NA PANDEMIA DA COVID-19

(Aceito para publicação na Revista Texto e Contexto – Enfermagem)

Joelmara Furtado dos Santos Pereira¹

<https://orcid.org/0000-0002-7568-6698>

Ruth Helena de Souza Britto Ferreira de Carvalho¹

<https://orcid.org/0000-0003-11801586>

Judith Rafaelle Oliveira Pinho¹

<https://orcid.org/0000-0001-8857-8138>

Erika Barbara Abreu Fonseca Thomaz¹

<https://orcid.org/0000-0003-4156-4067>

Zeni Carvalho Lamy¹

<https://orcid.org/0000-0002-9332-0542>

Rafaela Duailibe Soares¹

<https://orcid.org/0000-0001-9896-5318>

Jéssica Mendes Costa de Freitas Santos¹

<https://orcid.org/0000-0003-3125-9499>

Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves¹

<https://orcid.org/0000-0002-4806-7752>

¹ Universidade Federal do Maranhão, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, São Luís, Maranhão, Brasil.

RESUMO

Objetivo: conhecer perspectivas, práticas e desafios na tomada de decisão para admissão de pacientes em leitos de Unidades de Terapia Intensiva na pandemia da COVID-19.

Métodos: estudo qualitativo, desenvolvido em dois hospitais públicos do Maranhão, Brasil, de novembro/2020 a janeiro/2021. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas individuais guiadas por roteiro. Participaram do estudo 22 profissionais: enfermeiros e médicos que atuaram em Unidade de Terapia Intensiva e Regulação de Leitos na primeira onda da pandemia. Empregou-se a Análise de Conteúdo na modalidade temática, com apoio do *Qualitative Data Analysis Software* para categorização dos dados. A teoria da Responsabilidade pela Razoabilidade norteou o estudo.

Resultados: emergiram duas categorias principais: “Contexto do processo decisório - o paradoxo das altas celestiais” e “Tomada de decisão para admissão”. No cenário de alta demanda, insuficiência de leitos e de incertezas da “nova doença”, decidir quem ocuparia o leito era árduo e conflitante. Critérios clínicos e não clínicos, como gravidade, chance de sobrevivência, distância a ser percorrida e condições do transporte foram considerados. Constatou-se que a ambivalência de sentimentos atribuídos à morte e ao cuidado, naquele momento da pandemia, marcaram o ambiente social e técnico da terapia intensiva.

Conclusões: evidenciou-se a complexidade do processo decisório para admissão em unidade de terapia intensiva, demonstrando a importância de analisar a alocação de recursos críticos em cenários pandêmicos. Conhecer as perspectivas dos profissionais e as reflexões deles sobre as experiências naquele período podem auxiliar no planejamento de alocação de recursos de saúde em cenários emergenciais futuros.

DESCRITORES: COVID-19. Unidades de Terapia Intensiva. Tomada de decisão. Leitos. Admissão do paciente.

INTRODUÇÃO

A pandemia da COVID-19, iniciada em 2020, deflagrou um dilema dramático, vivido por profissionais, nos sistemas de saúde do mundo: a decisão sobre quem ocuparia um leito de Unidades de Terapia Intensiva (UTI), em contexto de emergência sanitária¹⁻².

As epidemias virais anteriores, a exemplo da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS), suscitaram essa preocupação³, no entanto, na pandemia em curso^{4,2}, a decisão da admissão na UTI reemergiu com magnitude sem precedentes. Evidenciou-se que 5% a 15 % dos pacientes com COVID-19 evoluíram para o quadro grave da doença, gerando fluxo extraordinário de demanda para cuidados intensivos⁵.

Apesar dos esforços globais para conter o avanço da pandemia, o que se previa ocorreu: a crescente demanda para internação e o esgotamento de leitos de UTI e ventiladores mecânicos em diversos países⁶⁻⁷. Diante do cenário de crise sanitária que se instalava, a necessidade de racionamento de equipamentos e intervenções tornou-se imperativa, acarretando disponibilidade de leitos de UTI a configurar-se como recurso escasso nessa nova conjectura².

A tomada de decisão para admissão em leitos de UTI é uma prática desafiadora⁸. Trata-se de decisões que podem salvar vidas⁹. Diretrizes foram desenvolvidas para auxiliar nesse processo, elaboradas antes da pandemia¹⁰ e repensadas com o surgimento dela⁴. Todavia, mundialmente, não há consenso sobre qual melhor alternativa para enfrentar situações de pedido de admissão em casos de aumento extraordinário da demanda para internação em UTI, como ocorrido durante a COVID-19^{2,10-11}.

Nesse cenário, os desafios acerca do processo de estabelecimento de prioridades para admissão em tempos de escassez de recursos foram potencializados e as repercussões recaíram sobre os profissionais envolvidos nessa dinâmica de decisão de admitir ou recusar solicitações de acesso ao leito^{6,12}, somando-se à sobrecarga de trabalho, ao adoecimento físico e emocional frente à demanda imposta².

Apesar da literatura apontar a necessidade de melhor compreender o processo de tomada de decisão para admissão em UTI, observou-se que os estudos realizados, em maioria, buscaram apresentar os critérios mais frequentemente considerados³⁻⁴. Notou-se que a pandemia da COVID-19 suscitou a necessidade de ampliar as investigações que explorem as experiências, os significados, os sentimentos e as percepções de profissionais atuantes nesse processo e que abordem mais profundamente os diferentes aspectos intersubjetivos envolvidos e as repercussões das interações para admissão em UTI, demonstrando a necessidade de pesquisas voltadas para compreensão desse fenômeno¹³.

Refletir sobre os efeitos da COVID-19 é, indubitavelmente, relevante e necessário para lançar luz às questões vividas por profissionais intensivistas e reguladores de leitos no momento mais crítico da pandemia no Maranhão, Brasil. O estado, similar ao cenário mundial de emergência em saúde, deparou-se com o aumento escalonar do número de casos da doença que demandaram por cuidados críticos, o que resultou na necessidade premente de ampliação da oferta de leitos intensivos nas diferentes regiões de saúde¹⁴. Porém, ampliar o acesso aos serviços da alta complexidade consiste em desafio econômico e geográfico para o estado, uma vez que apresenta importante aglomerado de áreas rurais de baixa densidade demográfica, resultando em concentração da oferta de recursos nos grandes centros e nas sedes regionais¹⁵.

Dessa forma, conhecer as perspectivas dos profissionais e as suas reflexões sobre as experiências com a tomada de decisão para admissão em UTI naquele período, podem contribuir para o planejamento de medidas que redirecionem e redefinam fluxos e recomendações para melhores desfechos na alta complexidade, em cenários pandêmicos futuros, assim como em contextos sanitários que ameacem a capacidade de resposta².

Nessa vertente, este estudo buscou contribuir com a lacuna do conhecimento no campo de estudos de abordagem qualitativa que busquem compreender as experiências relacionadas ao processo decisório para alocação de usuários em UTI em cenário de crise sanitária e responder à questão de pesquisa: quais as perspectivas, as práticas e os desafios relacionados à tomada de decisão para admissão em leitos de UTI frente às mudanças ocorridas na pandemia da COVID-19? Assim, esta investigação objetivou conhecer as perspectivas, as práticas e os desafios relacionados à tomada de decisão para admissão em leitos de UTI na pandemia da COVID-19, no Maranhão, Brasil.

MÉTODOS

Trata-se de estudo qualitativo, de natureza descritivo-exploratório. Em razão da complexidade do objeto de estudo, esse delineamento foi escolhido por investigar profundamente as relações, os processos e fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis, buscando-se reflexão minuciosa das ações e dos sentidos vividos e reconstruídos no contexto pandêmico, no ambiente técnico e social da UTI¹⁶. Como forma de assegurar o rigor e a transparência no relato deste estudo, adotaram-se os critérios indicados pelo *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ).

O estudo apoiou-se no referencial teórico da responsabilidade pela razoabilidade¹⁷. Essa base conceitual permite a compreensão do processo de tomada de decisão e estabelecimento de prioridade na área da saúde, a partir de quatro dimensões éticas do processo decisório: publicidade - as decisões e razões devem ser acessíveis publicamente; relevância - as razões para as decisões são razoáveis e recorrem a princípios aceitos como relevantes; revisão - há mecanismo para contestação e resolução das decisões conflitantes; e regulação - há regulamentação voluntária ou pública do processo para garantir que as condições sejam atendidas. Trata-se de proposta fundamentada em processo justo que estabelece legitimidade às tomadas de decisões críticas.

O estudo foi realizado nas UTI e no Núcleo Interno de Regulação de Leitos (NIR) de dois hospitais públicos do Maranhão, Brasil, que ofertaram leitos de UTI COVID-19, em dois municípios distintos em relação ao porte populacional, sendo um município de médio porte e o outro de grande porte. Em cada hospital, há serviço de UTI e um NIR.

O recorte temporal se refere à chamada primeira onda da pandemia da COVID-19, que ocorreu de abril a junho de 2020, no Maranhão. Esse período foi identificado como o mais crítico no estado, pelo exponencial avanço do número de doentes que buscavam por internação, pela consequente necessidade de ampliação da cobertura de leitos de enfermarias e UTI e pelas mudanças provocadas no ambiente de trabalho e nos demais âmbitos da vida social e privada dos profissionais. Em específico, as taxas de ocupação em terapia intensiva alcançaram capacidade máxima¹⁴, levando o estado a decretar *lockdown* como medida mais severa de segurança, no período de 5 a 15 de maio de 2020, em toda Região Metropolitana. As entrevistas iniciaram-se em novembro de 2020 e finalizaram em janeiro de 2021.

O Núcleo Interno de Regulação (NIR) é uma unidade técnico-administrativa que possibilita monitoramento do paciente desde a chegada à instituição, o processo de internação e a movimentação interna e externa, até a alta hospitalar. Tem como finalidade promover a equidade e integralidade da assistência, ajustando a oferta às demandas de admissão. Desta forma, possui recursos humanos próprios, funções específicas e dinâmica de trabalho articulada aos outros setores hospitalares. A relação de trabalho entre NIR e UTI é colaborativa e integrada que, por meio de discussão de casos e estruturação de protocolos administrativos e assistenciais que buscam a organização do fluxo interno, o alinhamento de decisões entre as lideranças dos setores envolvidos com o cuidado e, assim, a otimização do acesso do leito hospitalar¹⁸.

Entende-se que os serviços de UTI e NIR sofreram grandes impactos diante do aumento agudo dos casos graves de COVID-19 que demandaram por internação. Em função da natureza do problema de pesquisa e dos objetivos que orientaram esta investigação, tornou-se pertinente abordar os profissionais do NIR e UTI conjuntamente, uma vez que as atividades estão interligadas à dinâmica do processo decisório para admissão do paciente em UTI. Além disso, ambas as unidades têm o compromisso de permitir o acesso de forma organizada e por meio de princípios que norteiam a tomada de decisão¹⁸.

Ademais, de modo a preservar o anonimato dos participantes da pesquisa, abdicou-se de informações que caracterizassem os locais de estudo, como dimensionamento de pessoal, estrutura física, serviços ofertados, número de leitos clínicos e UTI, localização e especificidades geográficas.

O trabalho de campo iniciou-se com a apresentação do estudo aos gestores dos hospitais, que forneceram a listagem com 48 trabalhadores, enfermeiros e médicos, que exerceram atividades na assistência aos pacientes internados em UTI COVID-19 e que participaram da regulação de leitos dos setores elegíveis neste estudo. Os profissionais elencados, na perspectiva dos gestores, participaram mais ativamente no período da primeira onda da pandemia da COVID-19 nos serviços mencionados. A partir dessa listagem, enviaram-se convites individuais por e-mail ou contato telefônico, convidando-os a participar da pesquisa, respondendo, inicialmente, a um formulário com informações sociodemográficas e do serviço.

As informações obtidas foram organizadas em matriz que serviu de base para escolha dos profissionais entrevistados, selecionados por meio de amostragem intencional considerando a diversidade dos perfis profissionais em relação aos critérios sociodemográficos e laborais, como idade, tempo de experiência profissional no serviço, formação acadêmica e turno de trabalho. De acordo com os pressupostos de investigação, as vivências poderiam ser influenciadas por essas características.

Foram incluídos enfermeiros e médicos atuantes em UTI e NIR no período da primeira onda da pandemia da COVID-19 no Maranhão. Como critério de exclusão: profissionais afastados do ambiente de trabalho, no período da primeira onda da pandemia da COVID-19 no Maranhão. Durante o recrutamento, abordaram-se 32 profissionais que atendiam aos critérios de elegibilidade, havendo sete recusas diretas e três exclusões de profissionais que aceitaram participar, mas que não responderam após três tentativas consecutivas de agendamento para a entrevista.

Para o fechamento amostral, utilizou-se do critério de saturação teórica dos dados, com a coleta e análise simultâneos dos dados, oportunizando a identificação de elementos relevantes e recorrentes. Assim, finalizou-se a coleta dos dados quando os entrevistados não acrescentaram novas informações a serem consideradas na compreensão do objeto de estudo, o que ocorreu na entrevista de número 20. No entanto, realizaram-se mais duas entrevistas para validação do ponto de saturação, legitimando o rigor e a confiabilidade da técnica empregada¹⁹. O número final da amostra foi de 22 participantes.

Elaboraram-se dois instrumentos: um questionário estruturado com dados de identificação, formação e atuação dos profissionais e o roteiro de entrevista semiestruturada iniciado com a seguinte questão: considerando o período crítico da pandemia da COVID-19, como acontecia a tomada de decisão para admissão dos pacientes na UTI? Assim, prosseguiu-se às questões contidas no roteiro e com as que emergiram da interlocução do pesquisador e entrevistado, o que permitiu o conhecimento de práticas, percepções e os desafios existentes ou que surgiram com a COVID-19 em torno da alocação de leitos e tomada de decisão para admissão em UTI.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, que aconteceram de forma presencial (21) ou por meio digital (uma), em locais e horários indicados pelos entrevistados. Foram

audiogravadas e, posteriormente, transcritas na íntegra. O tempo médio de duração foi de 40 minutos.

Empregou-se a análise de conteúdo, na modalidade temática²⁰, como técnica de análise dos dados coletados, buscando-se, sistematicamente, as singularidades das vivências relacionadas ao processo de tomada de decisão para admissão em UTI, assim como mudanças ocorridas na dinâmica laboral com a chegada da pandemia. Observaram-se os seguintes procedimentos metodológicos: pré-análise (a leitura flutuante oportunizou a constatação de concepções preliminares acerca das decisões e priorização de admissão, da alocação e distribuição dos leitos intensivos em contexto de escassez de recursos causada pela pandemia); exploração do material (momento no qual se operacionalizou o processo de categorização do material de análise, realizado *a posteriori*, no decorrer do procedimento analítico e em contínuo retorno ao *corpus* de análise. As categorias finais - nomeadas aqui de categorias principais - estão concatenadas ao objetivo deste estudo); tratamento dos dados obtidos e interpretação dos resultados encontrados (as categorias empíricas (encontradas) foram interrelacionadas a estudos sobre a temática e discutidas à luz da teoria da responsabilidade pela razoabilidade¹⁷).

Empregou-se o *software* NVIVO® 12 para suporte na organização, na categorização e no gerenciamento dos dados. Desta forma, as entrevistas transcritas (as fontes) foram importadas ao programa em formato de arquivos *word*, iniciando-se o processo sistemático de codificação, por meio da identificação das unidades de registro (destacadas após análise linha por linha das fontes e agrupadas por temas), das categorias e subcategorias, que foram armazenados em estruturas de nós e intituladas a partir dos sentidos depreendidos. Os nós foram construídos manual e automaticamente, definidos durante o processo, modificados conforme o andamento do trabalho de codificação e possibilitaram a visualização das fontes codificadas e do conjunto de significados observados no material analisado. O *software* permitiu, por meio da seção Códigos, a organização dos nós em uma estrutura hierárquica (subnós), importante para codificação inicial dos elementos empíricos. Além disso, a função Listas de codificação possibilitou o contínuo aperfeiçoamento da análise dos dados e o reconhecimento de sobreposições e duplicidades de temas que ocorreram no processo de categorização.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão. Os relatos dos profissionais da UTI e do NIR, nos hospitais dos municípios investigados, por não demonstrarem diferenças significativas, foram analisadas conjuntamente, sendo os nomes substituídos por iniciais: E, para enfermeiro; e M, para médico, seguidas de um número de acordo com a ordem de participação e T1, T2 ou T3, de acordo com a codificação do tempo de experiência no serviço. Os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Dos 22 participantes da pesquisa, 14 eram do sexo masculino, solteiros (11) e pardos (12), com idade entre 25 e 53 anos. Quanto à formação, 14 eram enfermeiros e oito médicos, com tempo médio de formado (graduação) de 9,5 anos. Sobre a atuação profissional, sete eram reguladores de leitos com tempo mediano de três anos de experiência e seis deles relataram título de especialista em alguma área; 15 eram profissionais prestavam assistência em Unidade de Terapia Intensiva (destes, três eram gestores dos serviços) com tempo mediano de seis anos de experiência e 11 deles mencionaram título de especialista em terapia intensiva. Dentre os pressupostos do estudo, somente o tempo de experiência em UTI apresentou diferenças nas falas. Para evidenciar esse fato, esse tempo foi categorizado como: recente=T1 (até dois anos); intermediário=T2 (entre dois e cinco anos); e sênior=T3 (mais de cinco anos).

Destaca-se que no decorrer do procedimento analítico das falas, observou-se que as vivências dos profissionais dos dois hospitais foram similares, sendo assim, optou-se por categorizá-las conjuntamente.

Assim, a análise das entrevistas permitiu compreender as experiências com o processo decisório para alocação de leitos de UTI, na perspectiva de quem vivenciou de perto o momento crítico da primeira onda. A partir das situações concretas relatadas pelos profissionais, identificaram-se duas categorias centrais: Contexto do processo decisório em UTI: o paradoxo das altas celestiais e Tomada de decisão para admissão em UTI.

CONTEXTO DO PROCESSO DECISÓRIO EM UTI: O PARADOXO DAS ALTAS CELESTIAIS

A demanda de pacientes graves que necessitaram de suporte intensivo elevou a pressão sobre os profissionais das UTI e NIR estudados. Tratava-se de doença desconhecida, cuja transmissibilidade, evolução clínica e tratamento não eram bem compreendidos.

As narrativas dos profissionais desvelaram cenário de desequilíbrio provocado pela demanda crescente para internação em UTI e oferta insuficiente desses leitos. Destacaram que esse descompasso não foi originado pela pandemia, mas intensificado por ela. Assim, a demanda escalar para internação motivou a agudização da falta de leitos, evidenciando quadro de insuficiência crônica desse recurso: *[...] essa questão de falta de leitos, a gente sempre viveu. Talvez isso tenha vindo mais à tona na pandemia... essa questão de a gente não receber paciente porque não tem o leito já era da vida do médico da terapia intensiva. Isso ficou mais aflorado na pandemia porque, se antes eu tinha dois pacientes que eu não podia receber, na pandemia eu tinha vinte pacientes que eu não podia receber, né? Então só ficou mais exacerbado o problema* (M4, T3).

Associada a essas circunstâncias, havia a gravidade clínica dos pacientes e o aumento no número de óbitos em UTI nesse período, que resultava em maior rotatividade dos leitos, muitas vezes, em detrimento até dos procedimentos de limpeza e desinfecção: *[...] gigante, gigante, o tempo todo (demanda para UTI). Não raro a gente dava uma alta, seja uma alta celestial ou uma alta para casa, para enfermaria, e em questão de poucas horas estava ali preenchido (o leito)* (M8, T1).

Notou-se que, paradoxalmente, a letalidade da COVID-19 nesse período permitia enfrentar a alta demanda por internação. As “altas celestiais” referiam-se aos óbitos que ocorriam, espécie de alta que evocava a terminalidade da vida. Esse fenômeno, algumas vezes, gerava ambivalência de sentidos nos profissionais, sendo também fonte de conflito, ao permitir consequência positiva pela possibilidade de atender a mais um caso grave: *Tinha um sentimento que eu considerava muito estranho [...]. Às vezes a gente ligava: - existe alguma possibilidade de leito? Ai: - Olha, doutor, não tem, está zerado, mas a gente tem um paciente aqui que está muito grave que talvez venha a óbito. Então, você depois ligava para saber se tinha acontecido mesmo ou não. Então, foi uma coisa, assim, que realmente me marcou muito. Porque no período anterior à pandemia: - Ah! a UTI tá cheia, ok! Mas você não pensava nisso, que existia a possibilidade breve de um óbito para poder liberar um leito e outra pessoa ocupar. Não passava na minha cabeça isso. Era algo assim muito chocante. Vários desses plantões eu saía chorando* (M7, T2).

Além disso, depreendeu-se que a dualidade entre vida e morte produziu sofrimento emocional nos entrevistados. Para esses agentes, em meio a tantas incertezas, havia convicção angustiante: o leito de UTI era o suporte mais viável para melhorar a sobrevida do paciente com quadro grave da doença naquele momento da pandemia. De modo geral, os profissionais sentiram frustração por essas perdas de pacientes com prognósticos

desfavoráveis, mas, por outro lado, havia a sensação de que, com a “alta celestial”, surgiria a oportunidade de tratamento para um paciente que estava à espera de um leito.

TOMADA DE DECISÃO PARA ADMISSÃO EM UTI ***No front de uma doença desconhecida***

A decisão de quem ocuparia um leito de UTI, no contexto avassalador de sobrecarga de trabalho e das consequências emocionais e físicas, era influenciada pelo conhecimento restrito de uma “doença nova”, cujo manejo conhecido definia a necessidade de estar em leito de UTI. Nesse cenário, os critérios de admissão eram dinâmicos e mutáveis: *Os nossos critérios clínicos para internar estavam em constante mudanças e em discussão, e a gente estava ali interagindo o tempo todo... e manda artigo para cá, manda artigo para lá, mudou isso. O que sempre também não faltou, infelizmente, e isso é ruim, era a quantidade grande de pacientes* (M8, T1).

Com o cenário de incertezas e a alta demanda para internação, multiplicaram-se as decisões para admissão aos poucos leitos disponíveis, gerando situações nas quais foi necessário decidir quais enfermos teriam acesso aos leitos disponíveis. Alguns dos profissionais vivenciaram, pela primeira vez, a triagem em maior escala, experiência referida como desgastante do ponto de vista pessoal e profissional: *[...] Depois que surgia o leito, não surgia 10 de uma vez, aí, tinha que fazer triagem* (M2, T3).

Assim, diante da alta demanda de pacientes graves, além da necessidade de triagem, passaram-se a considerar as altas e transferências de pacientes denominados “menos grave” para as enfermarias ou alas específicas para esse fim e a admissão de pacientes “mais grave” no leito de UTI: *[...] Assim, chegou um tempo que a gente tinha que... não digo nem que escolher, mas de ficar naquela coisa de, às vezes, dar alta para um paciente que ainda não seria para ele ter alta, mas para poder dar a vaga para um mais crítico. A gente tinha que escolher um que estava estável para mandar para ala amarela, vermelha, para poder vir um que estava mais grave, precisando ser entubado e tal [...]*. (E2, T2).

Crítérios utilizados para admissão: uma combinação de fatores

Os entrevistados referiram que, diante do cenário inusitado imputado pela pandemia, emergiu a necessidade de utilizar combinação de critérios para priorização, envolvendo fatores pertinentes ao paciente, a exemplo da sobrevida relacionada à gravidade do quadro clínico, e fatores como a disponibilidade de insumos para as intervenções necessárias, a exemplo do ventilador mecânico: *[...] para UTI, paciente que tem saturação arterial PO2 menor que 80%, ele já é um paciente que tem que estar em terapia intensiva [...] a gente via também a possibilidade de sobrevida desse paciente e a gravidade de cada caso. (M2, T3); [...] Se ele iria precisar de ventilador mecânico ou não, a gente levava muito em consideração o quadro clínico, a saturação, comorbidades [...]* (E9, T2).

Observou-se que, além desses critérios mencionados, um outro foi acrescido na prática. A distância entre a residência ou local de internação do paciente e a unidade com leito de UTI disponível foi mais uma das situações complicadoras vivenciadas no período crítico da pandemia: *[...] inclusive a distância em que o paciente se encontrava era também um fator que a gente analisava, discutia com a equipe. Então, não raro: -olha, esse paciente aqui vai demorar horas para chegar, lá não tem suporte suficiente para esse paciente que precisa ser entubado e só pela descrição que estão colocando aqui, ele vai chegar em um estado muito mais crítico do que já está descrito! Então a gente via tudo isso* (M8, T1).

Os desafios ligados às dimensões territoriais do estado, aliados à gravidade do paciente e às condições do transporte, exigiam que a tomada de decisão e o traslado do paciente fossem “rápidos”, condição que viabilizaria a eficácia das intervenções em tempo

oportuno: [...] Então, assim... a gente começou a perceber que a tomada de decisão tinha que ser mais rápida. Por quê? Porque é todo um trâmite, transporte, tempo. Porque, às vezes, você autoriza e o paciente demorava muito a chegar. Existia uma fila de transporte também nessa época (M2, T3).

Além disso, relataram-se situações de extrema tensão quando ocorria solicitação de internação para pacientes jovens: [...] Teve uma vez, eu lembro de um paciente gravíssimo de 25 anos que a gente: -meu Deus leito para ele! E era todo um processo, a gente correndo, tentando trazer um ventilador de um canto para levar para outro (canto), um paciente que estava mais estável, sem precisar de ventilador (E9, T2).

Apesar da intensa mobilização empregada nessas situações, os entrevistados advertiram que não bastava avaliar o fator etário de forma isolada, mas considerar a complexidade do caso e outros critérios associados como a gravidade do quadro clínico e a chance de sobrevivência.

Destacaram que o contexto de doença desconhecida, as pressões familiares e institucionais foram outros fatores geradores de tensões e que interferiram no processo de decisão da admissão em UTI: [...] “ah, fulano tá com COVID”, às vezes o paciente nem estava. Aí, no dia seguinte, já tirava o paciente, porque não era. Na regulação, eles mostram que o paciente está vindo, está assim, está assado, e o paciente quando chega, não está nada daquilo. (E12, T3); [...] porque eles queriam que ficasse dentro da UTI, por quê? Porque na UTI é 24 horas com um profissional lá dentro, então eles achavam que a melhor assistência estava dentro da UTI, então, eles queriam que ficasse lá. (E7, T2); A família que pressionava muito. Achava que iria para lá e iria resolver (E8, T3).

Essas diferentes experiências remetem à ideia de que o cuidado em UTI era o desejado para as pessoas com COVID-19. Na perspectiva de obter a vaga, adotaram-se diferentes estratégias, visando alcançar os critérios de priorização do acesso, incluindo o registro de diagnósticos e parâmetros clínicos que não se sustentavam após a admissão. A UTI, naquele contexto, era compreendida como o lugar ideal para o tratamento e a sobrevivência à COVID-19, demonstrando o imaginário social em torno da UTI.

DISCUSSÃO

O estudo sobre a tomada de decisão para admissão em UTI em cenário de crise sanitária, sob a perspectiva do aporte teórico da responsabilidade pela razoabilidade¹⁷, sugere experiências complexas e contextuais às situações vivenciadas, envolvendo dimensões para além dos princípios que norteiam a tomada de decisão justa e equânime.

Constatou-se que os aspectos intersubjetivos e objetivos da dinâmica laboral, como a disponibilidade de recursos e serviços hospitalares, a sobrecarga de trabalho e as condições de acesso dos usuários aos serviços de saúde, perpassaram e influenciaram o processo decisório. Por meio das falas dos profissionais, o cenário de escassez de leitos intensivos e ventiladores mecânicos, sobretudo no período crítico da pandemia da COVID-19, tencionou o trabalho nos cenários estudados, corroborando que essa temática é, ainda, pouco explorada, dificultando a discussão acerca do processo de distribuição desses recursos.

Nessa vertente, o cenário de oferta dos leitos de UTI no país²¹ e no mundo¹⁰ era desfavorável antes da pandemia da COVID-19. O suporte hospitalar, mesmo em países desenvolvidos, foi ameaçado diante da nova conjuntura sanitária que se instalava. O número de pacientes que precisavam de leitos e ventilação mecânica crescia rapidamente e demonstrava ser maior que a oferta desses recursos¹³.

Todavia, esse problema ganhou notoriedade¹⁵ e magnitude excepcional¹³ com o avanço do SARS-CoV-2 pelo país. As lacunas de leitos de UTI, em algumas regiões de

saúde, demonstraram que parte dos brasileiros não seriam alcançados por esse recurso, sobretudo, nas Regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste¹⁵.

A busca por evidências científicas sobre as condutas mais adequadas naquele contexto e o compartilhamento de informações entre os profissionais faziam com que eles ficassem continuamente conectados ao mundo da terapia intensiva, sob um clima de cooperação interprofissional, mas, também, de estresse gerado pelo bombardeio de constantes informações²². Por outro lado, o conhecimento que se estruturava era, por vezes, conflitante e suas atualizações, paradoxalmente, produziram certa insegurança relacionada à tomada de decisão frente à tensão provocada pela alta demanda^{22,13}.

Experiências como essas podem surgir diante de cenários inusitados e não planejados como o de pandemia. Nesse ponto, o estresse agudo desencadeado por estar no *front* de uma doença desconhecida, com demanda alta, frequentes situações de urgência e sofrimento humano, podem repercutir negativamente na comunicação interpessoal²³ e no processo de tomada de decisão¹².

A triagem, considerada forma de racionamento de recursos que busca classificar os pacientes de acordo com as necessidades clínicas, fez-se necessária naquele contexto. Essa medida objetiva ofertar maior benefício para maior quantidade possível de pessoas, utilizando os recursos da forma mais eficaz²⁴. Essa terminologia é comum nas diretrizes de diferentes países. Termos como priorização, alocação e racionamento são expressões, por vezes, similares, atribuídas à triagem, todavia, apresentam variações quanto ao uso⁴. De todo modo, a triagem era realizada em admissão à UTI, no período antes da pandemia, para limitar internações desnecessárias. No entanto, em contexto de demanda elevada e oferta reduzida de recursos, as decisões são mais complexas e, frequentemente, causam desconforto emocional nos profissionais^{1,13}.

De acordo com Aredes e Modesto^{25:447}, diante de circunstâncias difíceis como essa, tentar proteger-se do sofrimento do outro “não anula sua sensibilidade em relação aos problemas alheios, diante de vários fatos melindrosos inerentes à profissão, mas, de certo modo, obriga seu “eu” a resistir perante os acontecimentos”.

A situação relatada por Rosenbaum¹³ é um exemplo do sofrimento emocional vivido pelos profissionais italianos com o processo de priorização de admissão de pacientes aos leitos de UTI disponíveis, nesse período da pandemia, que também se manifestou nas falas dos profissionais entrevistados no Maranhão. Esse fato reforça a necessidade de se investigar as repercussões desse processo decisório para os profissionais.

Também, é importante ressaltar o protagonismo da enfermagem nas práticas de triagem clínica, classificação de risco e gerenciamento dos serviços de saúde, historicamente, atribuídas a essa categoria profissional. O enfermeiro regulador, em específico, ocupou posição de destaque no contexto da COVID-19, sendo o elo entre o sistema regulatório e o paciente, articulando o acesso ao leito intensivo, a partir da decisão de autorização para admissão, quando havia leito vago²⁶.

Nessa direção, as narrativas dos profissionais permitiram inferir que o tempo de experiência no serviço influenciou, em alguma medida, o enfrentamento das dificuldades e incertezas apresentadas naquele contexto. Os critérios de admissão, protocolos assistenciais e administrativos eram dinâmicos e modificados, à medida que se estruturava o conhecimento acerca da doença grave e, até então, desconhecida. Além disso, os entrevistados, em consonância com a literatura^{1,7,13,21}, estavam imersos em cenário inusitado de sobrecarga de trabalho, escassez de recursos humanos e materiais, do medo de infecção, da exposição à dor e das mortes em maior escala que exigiam resistência física e emocional para (sobre)viver aqueles dias.

As difíceis situações de triagem para admissão nessas circunstâncias eram acompanhadas de tensão extrema e, por vezes, de sofrimento emocional, como registrado na

literatura^{1,2,13} e mencionados neste estudo. No entanto, a percepção de insegurança, medo e estresse foram mais intensamente referidas por aqueles sem habilitação ou com menor tempo de experiência em cuidados a pacientes críticos, o que se correlaciona com os resultados apontados por Bergman *et al.*²⁷ A experiência de trabalho prévio em UTI, setor caracterizado pela presença de pacientes graves e clinicamente instáveis, tornou os profissionais, de certo modo, mais preparados para o enfrentamento da pandemia neste cenário de excesso de demanda. Assim, a experiência em cuidados intensivos se comportou como fator de diminuição do sofrimento nesta pesquisa.

A triagem reversa, medida identificada nas falas dos entrevistados, é considerada abordagem importante em cenário de crise, que busca identificar pacientes que preencham requisitos necessários para os quais a alta antecipada é segura e ética²⁸, aumentando, assim, a capacidade de internação das UTI para pacientes mais críticos¹. Estudo²⁸ evidenciou que esse uso resultou em redução dos anos de vida perdidos e da mortalidade nesse serviço. Os entrevistados mencionaram que essa decisão era realizada caso a caso, após discussão com a equipe de saúde e precedida pelo planejamento terapêutico multidisciplinar, seguido do monitoramento clínico constante dos pacientes transferidos²⁹. A Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB)⁶ reconheceu a importância deste e recomendou a utilização pelas instituições do país, considerando esta prática no protocolo de alocação de recursos em esgotamento.

Assim, a pandemia potencializou um dilema existente em terapia intensiva: a priorização na alocação de recursos face a insuficiência de leitos¹³. Todavia, mundialmente, não há consenso sobre a melhor forma de enfrentar situações complexas como essa, podendo os serviços de saúde reagir de modos variados¹¹.

As questões acerca da alocação de recursos e priorização fazem parte da prática de saúde nos diferentes níveis organizacionais, no entanto, tornou-se mais aguda com o cenário de pandemia provocado pela COVID-19^{1,7,13}. Sobretudo ao início, a discussão em torno do processo da tomada de decisão para admissão em UTI, colocou em pauta se as decisões tomadas eram adequadas ou não, no entanto, esse é um questionamento cuja resposta não há consenso e que extrapola o escopo deste estudo. Buscou-se compreender esse processo e não identificar se as práticas eram apropriadas ou não. Contudo, identificou-se, por meio do aporte teórico da responsabilidade pela razoabilidade, estratégias importantes para configuração de um processo de definição de prioridades, que podem ser ponderadas em contexto da terapia intensiva.

Embora não ter sido apontado diretamente o uso desse aporte pelos profissionais neste estudo, compreendeu-se, por meio dos dados coletados, que as práticas denotaram o emprego expressivo dos princípios de relevância e publicidade, ao decidirem sobre critérios de triagem em situação de racionamento de leitos, com base em evidências científicas disponíveis naquele momento. A utilização de um sistema computacional de regulação de leitos utilizado em todos os hospitais da rede de saúde aponta para legitimidade social descrita na teoria em questão. Especificamente, uma decisão será relevante se apelar para razões e princípios que são aceitos como relevantes por pessoas dispostas a encontrar termos de cooperação mutuamente justificáveis¹⁷.

Nessa perspectiva, é válido retomar a percepção dos entrevistados sobre essas decisões, que se tornaram difíceis, sobretudo, em cenário de emergência sanitária provocada por uma doença aguda que, de forma abrupta, levou ao colapso do sistema de saúde, esgotamento de recursos e a decisões difíceis.

Assim, mediante a ameaçadora situação de esgotamento de leitos intensivos e ventiladores mecânicos, a AMIB, em maio de 2020, propôs protocolo de triagem baseado em aspectos ético e técnico-legais, recomendando, na estrutura, além de outros critérios, os de “gravidade” e “chance de sobrevivência”⁶. Várias diretrizes apontaram nesse mesmo

sentido, afirmando que a priorização em cenário de escassez deve observar os pacientes com maior probabilidade de recuperação e alta hospitalar, isto é, aqueles que apresentarem melhores chances de benefício do tratamento em UTI^{30,4}.

Apesar da falta de consenso sobre os critérios ideais em contexto de pandemia, a literatura indica que eles devem ser avaliados em conjunto no processo decisório⁴. Neste sentido, em 2016, o Conselho Federal de Medicina (CFM) estabeleceu que as admissões em UTI devem considerar fatores como diagnóstico, gravidade e necessidade do paciente, serviços médicos disponíveis na instituição, priorização de acordo com a condição do paciente, disponibilidade de leitos, potencial benefício para o paciente com as intervenções terapêuticas e prognóstico³¹.

Ao ponderar a resolução supracitada na perspectiva da teoria da responsabilidade pela razoabilidade, visualizaram-se, de forma geral, as quatro condições expressas para um processo formal e justo de alocação de recursos escassos em saúde. No entanto, cabe discutir a operacionalização dessas recomendações, sobretudo, em assegurar a ampla divulgação dos protocolos de triagem e admissão em UTI, considerando contextos emergenciais; um processo sistematizado de revisão das decisões de admissão; e a estruturação de um processo de regulação que legitime a aplicabilidade das quatro condições mencionadas³².

Todavia, Marmelstein e Morozowski^{33:113} advertem que “nada impede que cada sistema local de saúde possa estabelecer critérios de prioridade, de acordo com a disponibilidade de leitos existentes, seguindo a máxima de que quanto maior for a situação de escassez, mais rigorosos devem ser os critérios de admissão”, e indicam a relevância de critérios objetivos, éticos e transparentes que busquem alcançar o bem-estar da população.

Considerar os fatores contextuais de cada localidade que dificultaram a obtenção do leito de UTI, a exemplo da distância territorial, é relevante e necessário diante da extensão territorial no Brasil. Essa distância é desigual, sobretudo, nas Regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste. Em cenário de pandemia, as dificuldades de acesso em áreas remotas, por exemplo, podem representar entraves para obtenção desse cuidado¹⁵.

Estudo observou as longas distâncias percorridas por pacientes vítimas da COVID-19 para obtenção de leito hospitalar e ressaltou a importância de se compreender os fluxos de internações, uma vez que muitos municípios brasileiros apresentam suporte especializado deficitário para os casos mais complexos da doença³⁴.

Cita-se, assim, a experiência da Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão, com a ampliação do acesso à assistência especializada, por meio de UTI aéreas que viabilizou o traslado de pacientes para leitos em hospitais da rede estadual. Essa logística buscou reduzir as repercussões nefastas da desigualdade territorial no estado, alcançando municípios distantes da unidade hospitalar de referência e mediando a oferta do serviço em lugares em que a demanda era menor, reduzindo a pressão em outras regiões.

Os critérios de priorização para admissão em UTI estavam em constante atualização, configurando o que Tyrrel et al⁴ consideram “documento vivo”. O critério idade, por exemplo, levantou discussão e deflagrou divergências pelo mundo nesse período^{1,7,9}. No Brasil, inicialmente, a primeira versão do protocolo da AMIB para alocação de leitos em contexto de esgotamento recomendou seu uso em conjunto com outros critérios de triagem⁶, assim como em outros países¹³. No entanto, após discussão com especialistas, o critério etário foi retirado na versão seguinte e substituído por uma medida de funcionalidade⁶. Vincent *et al.*^{1:250} indicam a importância da avaliação cuidadosa desse fator quando associado a outros aspectos intervenientes ao paciente e exemplificam: “um paciente idoso independente e ativo, sem condições médicas prévias, pode ter precedência sobre um indivíduo mais jovem com câncer avançado, insuficiência cardíaca grave ou cirrose alcoólica; e a expectativa de vida talvez seja mais importante do que a idade”.

Outra questão que merece destaque é a qualidade das informações e da comunicação no processo regulatório. Segundo Griffiths et al.⁸, obter o máximo de informação sobre o paciente encaminhado era preponderante para adequada tomada de decisão na alocação dos leitos. Observou-se neste estudo que a qualidade dessa comunicação balizava, muitas vezes, as decisões sobre a priorização dos pacientes, dificultando ou facilitando o trabalho regulatório. Informações inadequadas, incompletas ou inconsistentes atrasavam ou induziam a erros nesse processo. Somado a isso, existiam as pressões externas (de conhecidos, familiares e instituições) e a representação social em torno da UTI (como lugar desejado para o tratamento de enfermos com COVID-19 naquele momento) que elevaram a tensão e interferiam no processo de tomada de decisão para admissão.

Ademais, a pandemia da COVID-19 revelou a importância e a necessidade do processo regulatório no setor saúde no Brasil, sobretudo, pelo seu compromisso de permitir o acesso aos leitos de forma organizada e segundo os critérios de gravidade. O fato é que se não houvesse a regulação, parcela considerável dos brasileiros que necessitaram do SUS ficaria sem o acesso aos serviços de saúde, a exemplo dos leitos de UTI³⁵.

Nota-se, portanto, que o processo de tomada de decisão e o estabelecimento de prioridade para admissão em UTI envolvem não apenas aspectos normativos referentes ao cuidado em saúde, sobretudo, em contexto de escassez de recursos⁸.

A base teórica discutida neste estudo aponta estratégias estruturadas em fundamentos teórico-éticos que têm sido utilizadas para avaliar o estabelecimento de prioridades de diversos sistemas de saúde, estabelecendo que a definição de prioridades busca o alcance da justiça¹⁷, objetivo desafiador em circunstâncias pandêmicas substanciais, como ocorrido na COVID-19. Nesse contexto, as decisões podem tornar-se conflituosas, se o público pensar que são impostas por partes interessadas, com objetivos econômicos estreitos. Mas, se o público, ao longo do tempo, reconhecer como um processo educativo e deliberativo, fornecido pela responsabilização pela razoabilidade, em que as instituições-chave tomam decisões responsáveis e razoáveis, então, o público internalizará concepções de um processo equânime que moderarão a demanda.

Assim, em ambientes de terapia intensiva, esses contributos conceituais podem indicar oportunidades de melhorias na definição de prioridades e apontar metas a serem alcançadas na qualidade e coerência do processo de tomada de decisão de triagem e racionamento.

Dessarte, destaca-se que os resultados desta pesquisa podem diferenciar-se de outras realidades, ao demonstrar um contexto em particular, o que impede a generalização dos resultados encontrados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sob o prisma do arcabouço teórico da responsabilidade pela razoabilidade, evidenciou-se que o processo decisório para admissão em UTI foi marcado por experiências multifacetadas relacionadas às perspectivas, às práticas e aos desafios enfrentados naquele cenário de excepcionalidade. Nessa lógica, identificou-se que a tomada de decisão era percebida como fenômeno complexo, árduo e interligado a fatores extrínsecos ao âmbito técnico-assistencial, envolvendo dimensões que sobrepujam os preceitos que orientam a tomada de decisão razoável e justificável, a exemplo do contexto grave de doença desconhecida, cuja demanda crescente e agudização da insuficiência de leitos acarretou sobrecarga de trabalho e efeitos físico-emocionais, além da necessidade de triagem e racionamento em maior escala.

Notou-se que as decisões adotadas estavam ancoradas por normativas institucionais estabelecidas nacionalmente, todavia, foram necessárias intervenções contextuais às

realidades vivenciadas, a exemplo do critério de distância territorial para obtenção do leito de UTI. Os quatro preceitos da base teórica discutida foram observados, sendo as condições de relevância e publicidade as mais empregadas frente às vivências avassaladoras analisadas. Portanto, o presente estudo tem o potencial de fornecer visibilidade aos desafios apontados e suscitar reflexões sobre os efeitos locorregionais de um fenômeno com proporções globais e, assim, desenvolver maiores habilidades para lidar com cenários pandêmicos futuros.

REFERÊNCIAS

1. Vincent JL, Creteur J. Ethical aspects of the COVID-19 crisis: How to deal with an overwhelming shortage of acute beds. *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care* [Internet]. 2020 Abr [acesso 2021 Maio 23];9(3):248-252. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/2048872620922788>
2. Gristina GR, Piccinni M. COVID-19 pandemic in ICU. Limited resources for many patients: approaches and criteria for triaging. *Minerva Anestesiol* [Internet]. 2021 Dez [acesso 2022 Maio 15];87(12):1367-1379. Disponível em: <https://doi.org/10.23736/S0375-9393.21.15736-0>
3. White DB, Katz MH, LuceJM, Lo B. Who should receive life support during a public health emergency? Using ethical principles to improve allocation decisions. *Ann Intern Med* [Internet]. 2009 Jan [acesso 2020 Fev 12];150(2):132-8. Disponível em: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-150-2-200901200-00011>
4. Tyrrell CSB, Mytton OT, Gentry SV, Thomas-Meyer M, Allen JLY, Narula AA, McGrath B, Lupton M, Broadbent J, Ahmed A, Mavrodaris A, Abdul Pari AA. Managing intensive care admissions when there are not enough beds during the COVID-19 pandemic: a systematic review. *Thorax* [Internet]. 2021 Mar [acesso 2021 Jul 14];76(3):302-312. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/thoraxjnl-2020-215518>
5. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA* [Internet]. 2020 Abr [acesso 2020 Jun 14];7;323(13):1239-1242. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.2648>
6. Kretzer L, Berbigier E, Lisboa R, Grumann AC, Andrade J. Recomendações da AMIB (Associação de Medicina Intensiva Brasileira), ABRAMEDE (Associação Brasileira de Medicina de Emergência, SBGG (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia) e ANCP (Academia Nacional de Emergência) Cuidados Paliativos) de alocação de recursos em esgotamento durante a pandemia por COVID-19 [Internet]. 2020 [acesso 2021 Fev 18]; Disponível em: http://abramede.com.br/wp-content/uploads/2020/05/Protocolo_AMIB_de_alocacao_a_o_de_recursos_em_esgotamento_durante_a_pandemia_por_COVID.pdf
7. Vincent JL, Wendon J, Martin GS, Juffermans NP, Creteur J, Cecconi M. COVID-19: What we've done welland what we could ors hould have done better-the 4 Ps. *Crit Care* [Internet]. 2021 [acesso 2021 Jun 15];25(1):40. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13054-021-03467-y>
8. Griffiths F, Svantesson M, Bassford C, Dale J, Blake C, McCreedy A, Slowther AM. Decision-making around admission to intensive care in the UK pre-COVID-19: a multicentre ethnographic study. *Anaesthesia* [Internet]. 2021 Abr [acesso 2021 Jun 13];76(4):489-499. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/anae.15272>

9. Wunsch H, Hill AD, Bosch N, Adhikari NKJ, Rubenfeld G, Walkey A, Ferreyro BL, Tillmann BW, Amaral ACKB, Scales DC, Fan E, Cuthbertson BH, Fowler RA. Comparison of 2 Triage Scoring Guidelines for Allocation of Mechanical Ventilators. *JAMA Netw Open* [Internet]. 2020 Dez [Acesso 2021 Jan 18]; 1;3(12):e2029250. Disponível em <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.29250>
10. Oerlemans AJM, Wollersheim H, Van Sluisveld N, Van der Hoeven JG, Dekkers WJM, Zegers M. Rationing in the intensive care unit in case of full bed occupancy: a survey among intensive care unit physicians. *BMC Anesthesiol* [Internet]. 2016 [acesso 2020 Set 05]; 3;16(1):25. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12871-016-0190-5>
11. Černý D, Doležal T. Allocation of scarce resources in a pandemic. *Cas Lek Cesk* [Internet]. 2021 [acesso 2021 Dez 20];160(2-3):47-51. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34134491/>
12. Lucas NV, Rosenbaum J, Isenberg DL, Martin R, Schreyer KE. Upgrades to intensive care: The effects of COVID-19 on decision-making in the emergency department. *Am J Emerg Med* [Internet]. 2021 Nov [acesso 2021 Dez 18];49:100-103. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2021.05.078>
13. Rosenbaum L. Facing Covid-19 in Italy - Ethics, Logistics, and Therapeutic son the Epidemic's Front Line. *N Engl J Med* [Internet]. 2020 Maio [acesso 2020 Out];14;382(20):1873-1875. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/NEJMp2005492>
14. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Painel Covid-19 [Internet]. Brasília/DF: CIEGES; 2021 [acesso 2021 Maio 13]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/painelconasscovid19/>
15. Noronha KVMS, Guedes GR, Turra CM, Andrade MV, Botega L, Nogueira D, Calazans JÁ, Carvalho L, Servo L, Ferreira MF. Pandemia por COVID-19 no Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos hospitalares e equipamentos de ventilação assistida segundo diferentes cenários. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2020 [acesso 2020 Set 15];36(6):1-17. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00115320>
16. MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13 ed., São Paulo: Hucitec, 2013.
17. Daniels N. Decisions about access to health care and accountability for reasonableness. *J Urban Health* [Internet]. 1999 Jun [acesso 2020 Fev 10];76(2):176-91. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/BF02344674>
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. Manual de implantação e implementação: Núcleo Interno de Regulação para Hospitais Gerais e Especializados [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde 2017 [acesso 2022 Set 18]; Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/PDF/2018/marco/28/Manual-NIR---Versao-digital-RGB.PDF>
19. Minayo, MCS. Amostragem e Saturação em Pesquisa Qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista Qualitativa* [Internet]. 2017 [acesso 2021 Dez 17]; 5(7): 01–12. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82/59>
20. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2016. 141 p.
21. Machado JP, Martins ML, Costa I. O mix público-privado e os arranjos de financiamento hospitalar no Brasil. *Saúde Debate* [Internet]. 2015 [acesso 2022 Maio 12]; 39(spe)Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/PwvMrvSNZc59KpYpNSVGRBH/?lang=pt&format=pdf>

22. Fernández-Castillo RJ, González-Caro MD, Fernández-García E, Porcel-Gálvez AM, Garnacho-Montero J. Intensive care nurses' experiences during the COVID-19 pandemic: A qualitativ estudy. *Nurs Crit Care* [Internet]. 2021 Set [acesso 2021 Dez 22];26(5):397-406. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/nicc.12589>
23. Pimenta CJL, Viana LRC, Bezerra TA, Silva CRR, Costa TF, Costa KNFM. Prazer, sofrimento e comunicação interpessoal no trabalho do enfermeiro no cenário hospitalar. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2020 [acesso 2022 Jul 22]; 29:e20190039. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0039>
24. Barros LM, Pigoga JL, Chea S, Hansoti B, Hirner S, Papali A, Rudd KE, Schultz MJ, Calvello Hynes EJ; COVID-LMIC Task Force and the Mahidol-Oxford Research Unit (MORU). Pragmatic Recommendations for Identification and Triage of Patients with COVID-19 in Low- and Middle-Income Countries. *Am J Trop Med Hyg* [Internet]. 2021 [acesso 2022 Set 18]; 2021 Jan 6;104(3_Suppl):3-11. doi: 10.4269/ajtmh.20-1064.
25. Aredes JS, Modesto AL. “Entre vidas e mortes, entre máscaras e fugas”: um estudo sobre a prática médica hospitalar. *Physis* [Internet]. 2016 [acesso 2020 Ago 21]; 26 (2): 435-453. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000200006>
26. Bitencourt JVOV, Meschial WC, Frizon G, Biffi P, Souza JB, Maestri E. Protagonismo do enfermeiro na estruturação e gestão de uma unidade específica para COVID-19. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2020 [acesso Set 2022 23]; 29:e20200213. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0213>
27. Bergman L, Falk AC, Wolf A, Larsson IM. Registered nurses' experiences of working in the intensive care unit during the COVID-19 pandemic. *Nurs Crit Care* [Internet]. 2021 [acesso 2020 Set 23]; Nov;26(6):467-475. Disponível em doi: 10.1111/nicc.12649.
28. Wood RM, Pratt AC, Kenward C, McWilliams CJ, Booton RD, Thomas MJ, Bourdeaux CP, Vasilakis C. The Value of Triage during Periods of Intense COVID-19 Demand: Simulation Modeling Study. *Med Decis Making* [Internet]. 2021 [acesso 2022 Set 18]; 41(4):393-407. doi: 10.1177/0272989X21994035.
29. Swiss Academy Of Medical Sciences. COVID-19 pandemic: triage for intensive-care treatment under resource scarcity (revised version 3.1, 17 December 2020). *Swiss Med Wkly* [Internet]. 2021 Jan [acesso 2022 Set 18]; 151:w20458. doi: 10.4414/smw.2021.20458.
30. Sprung CL, Joynt GM, Christian MD, Truog RD, Rello J, Nates JL. Adult ICU Triage During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic: Who Will Live and Who Will Die? Recommendations to Improve Survival. *Crit Care Med* [Internet]. 2020 Aug [acesso 2021 Fev 19];48(8):1196-1202. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000004410>
31. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM n.º 2.156/2016. Estabelece os critérios de admissão e alta em unidade de terapia intensiva [Internet]. 2016 [acesso 2021 Abr 29]. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2016/2156>
32. Ramos JGR, Forte DN. Responsabilidade pela razoabilidade e critérios de admissão, triagem e alta em unidades de terapia intensiva: uma análise das recomendações éticas atuais. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva* [Internet]. 2021, v. 33, n. 1 [acesso 2022 Set 22], pp. 38-47. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20210004>
33. Marmelstein G, Morozowski AC. Que vidas salvar? Escassez de leitos de uti, critérios objetivos de triagem e a pandemia da COVID-19. *Publicum* [Internet]. 2020 [acesso

2021 Out 12] 6(1);94-117. Disponível em:
<https://doi.org/10.12957/publicum.2020.57573>

34. Silva EM, Soares FRG, Frio GS, Oliveira A, Cavalcante FV, Martins NRAV, Oliveira, KHD, Santos, MPS. Inpatient flow for Covid-19 in the Brazilian health regions. Saúde Debate [Internet]. 2021[acesso 2021 Dez 13]; 45(131): 1111-1125. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042021131131>.
35. Basto LBR, Barbosa MA, Rosso CFW, Oliveira LMAC, Ferreira IP, Bastos DAS, Paiva ACJ, Santos AAS. Practices and challenges on coordinating the Brazilian Unified Health System. Rev Saúde Pública [Internet]. 2020 [acesso 2021 Abr 26]; 54(25). Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001512>

NOTAS

ORIGEM DO ARTIGO

Extraído da tese – Vivências de profissionais em Unidade de Terapia Intensiva e Núcleo Interno de Regulação de Leitos na pandemia da COVID-19, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Maranhão, em 2022.

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do estudo: Pereira JFS, Alves MTSSB

Coleta de dados: Pereira JFS

Análise e interpretação dos dados: Pereira JFS, Alves MTSSB, Carvalho RHSBF.

Discussão dos resultados: Pereira JFS, Alves MTSSB, Carvalho RHSBF, Pinho JRO, Thomaz EBAF, Lamy ZC, Soares RD, Santos JMCF

Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Pereira JFS, Alves MTSSB, Carvalho RHSBF, Pinho JRO, Thomaz EBAF, Lamy ZC, Soares RD, Santos JMCF

Revisão e aprovação final da versão final: Pereira JFS, Alves MTSSB, Carvalho RHSBF, Pinho JRO, Thomaz EBAF, Lamy ZC, Soares RD, Santos JMCF

APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão, parecer n. 4.234296/2020, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 35645120.9.0000.5086.

CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesses.

HISTÓRICO (uso da revista)

Recebido:

Aprovado:

AUTOR CORRESPONDENTE

Joelmara Furtado dos Santos Pereira
joelmara29@gmail.com

CONSIDERAÇÕES FINAIS



Fonte: Ary Bassous, 2020.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo revelou vivências de profissionais com as transformações ocorridas no trabalho em saúde e na tomada de decisão para admissão em UTI na primeira onda da pandemia da COVID-19.

As experiências com as mudanças no trabalho em UTI revelaram práticas, sentimentos e percepções que foram configuradas no calor de uma doença nova, grave, de alta transmissibilidade e letalidade, para qual não havia até aquele momento, conhecimento sólido e tratamento adequado disponíveis.

A conexão emocional com os fatos vividos e o sentido ambivalente atribuído à vida e morte, cuidado e contágio, medo e coragem, acesso e indisponibilidade de recursos, do querer e não querer estar ali, influenciaram a dinâmica e o modo de pensar e cuidar em cenário de crise sanitária.

A experiência com o racionamento da assistência, necessário frente à demanda elevada de pacientes graves e da escassez de profissionais, comprometeu a qualidade e a integralidade do cuidado prestado. A representação da assistência de alto padrão ofertada em terapia intensiva em tempos de normalidade, fora drasticamente desconstruída pela sobrecarga de trabalho e pelos seus efeitos na saúde física e emocional.

Além disso, compreendeu-se que esse contexto de excepcionalidade levou a suspensão temporária na configuração de trabalho em saúde pautada no modelo hierárquico de supervalorização de categorias profissionais, sob um clima de colaboração interprofissional intensamente vivido.

A produção do cuidado precisou ser reinventada. Tratava-se de uma doença desconhecida que exigia uma nova sistematização do fazer em terapia intensiva. Os arranjos de trabalho também nasciam do significado atribuído a biossegurança da equipe, na perspectiva valorativa do autocuidado coletivo e não apenas individual, o que assegurou a continuidade da assistência naquelas circunstâncias.

O medo constante de infectar-se e infectar a outros, sobretudo, a família e pessoas próximas, era reflexo das frequentes experiências com os caixões lacrados e da despedida não concretizada pela família do paciente. Além do medo, o elevado número de óbitos, nesse primeiro momento da pandemia, gerou sentimentos de angústia, tristeza e frustração diante das “altas celestiais” em circunstâncias, consideradas por eles, inimagináveis. A vida profissional e pessoal foram afetadas em medidas únicas e individuais, influenciando a perspectiva e o modo de encarar a morte e o luto nesses serviços.

As experiências com processo de alocação de leitos e com o processo decisório para admissão em UTI, demonstraram a complexidade da temática, sobretudo, em contexto de crise sanitária.

Tratava-se de um fenômeno árduo e relacionado a aspectos extrínsecos à esfera técnico-assistencial envolvendo dimensões que sobrepujam os preceitos que orientam a tomada de decisão razoável e justificável, a exemplo do contexto grave de doença desconhecida, cuja demanda crescente de pacientes graves e agudização da insuficiência de leitos acarretou sobrecarga de trabalho e efeitos físico-emocionais, além da necessidade de triagem e racionamento em maior escala.

Frente ao cenário de escassez emergiu a necessidade do uso de critérios clínicos e não clínicos. Notou-se que as decisões adotadas estavam ancoradas por normativas institucionais estabelecidas nacionalmente, todavia, foram necessárias intervenções contextuais às realidades vivenciadas, a exemplo do critério de distância territorial para obtenção do leito de UTI.

A qualidade da comunicação e a representação social em torno da UTI naquele momento, interferiram na tomada de decisão. Informações inadequadas, incompletas ou inconsistentes atrasaram ou induziram a erros nesse processo.

Esses achados reforçam a importância de se analisar a alocação de recursos vitais em cenário de pandemia. Acredita-se que conhecendo a atuação dos profissionais com as mudanças e exigências imputadas pela COVID-19, pode-se desenvolver maiores habilidades no planejamento de medidas que redirecionem e/ou redefinam fluxos e recomendações para melhores desfechos na alta complexidade, em contextos sanitários que ameacem a capacidade de resposta.

Portanto, o presente estudo tem o potencial de fornecer visibilidade aos desafios apontados e suscitar reflexões sobre os efeitos locorregionais de um fenômeno com proporções globais e, assim, desenvolver maiores habilidades para lidar com cenários pandêmicos futuros.

REFERÊNCIAS

- ARMSTRONG, R. A; KANE, A, D; KURSUMOVIC, E; OGLESBY, F.C; COOK, T.M. Mortality in patients admitted to intensive care with COVID-19: an updated systematic review and meta-analysis of observational studies. *Anaesthesia.*; v.76, n. 4, p.537-548, 2021.
- ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA. (AMIB). AMIB apresenta dados atualizados sobre leitos de UTI no Brasil. Março, 2020a. Disponível em:https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/abril/28/dados_uti_amib.pdf. Acesso em 15 de mar, 2022.
- ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA. (AMIB). Protocolo AMIB de alocação de recursos em esgotamento durante a pandemia por COVID-19. Maio, 2020b. Disponível em: <https://www.amib.org.br/noticia/nid/recomendacoes-da-amib-abramede-sbogg-e-ancp-de-alocacao-de-recursos-em-esgotamento-durante-a-pandemia-por-covid-19/>. Acesso em: 23 de ago. 2021.
- ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA. Censo 2016 das UTI brasileiras (AMIB), 2016c. Disponível em:https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2018/marco/19/Analise_de_Dados_UTI_Final.pdf
- AZEVEDO et al. Transcrever entrevistas: questões conceituais, orientações práticas e desafios. *Revista de Enfermagem*, v. 14, p. 159-168, 2017.
- BARDIN L. Análise de Conteúdo. 7ª edição. Lisboa: 70, editor. 2011.
- AGUIAR, L. M. M et al. Perfil de unidades de terapia intensiva adulto no Brasil: revisão sistemática de estudos observacionais. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva* [online]. 2021, v. 33, n. 04, pp. 624-634. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/0103-507X.20210088>>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Acesso em: 15 dez. 2021.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. Manual de implantação e implementação: Núcleo Interno de Regulação para Hospitais Gerais e Especializados [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- _____. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Acesso em: 15 dez. 2021.
- ARAÚJO, C.; BARROS, C. P.; WANKE, P. Efficiency determinants and capacity issues in Brazilian for-profit hospitals. *Health Care Management Science*, v. 17, n. 2, p. 126–138, 2014.
- CANABRAVA, C M. O acesso à atenção especializada hospitalar no SUS na pandemia de COVID-19: ampliação, insuficiências e iniquidade. In: SANTOS, A O; LOPES, L T (Org.). Acesso aos cuidados especializados. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Cap. 4, p. 43-45, 2021.

- CARDOSO, L. T. Q. et al. Impact of delayed admission to intensive care units on mortality of critically ill patients: a cohort study. *Critical care*. London, England, vol. 15, n. 1, jan. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/cc9975>. Acesso em: 27 de ago., 2021.
- CARVALHO, A. G. R. et al. Avaliação da qualidade de serviços de medicina intensiva adulto: aplicação de ferramenta ajustada à realidade de países de baixa renda. *Rev. bras. ter. intensiva*, v. 31, n. 2, p. 138-146, jun. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-507x.20190031>. Acesso em: 23 de ago., 2021.
- CIANCIARULLO, Tâmara Iwanow (Org.). Instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade de assistência. São Paulo: Atheneu, 2002.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFMa). Medicina Intensiva no Brasil [Internet]. Brasília (DF): CFM; 2020. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/leitospde%20uti%20covid%20junho%2020%20-%20estados.pdf> Acesso em: 10 de mar, 2020.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução CFM Nº 2.156/2016 (Publicada no D.O.U. de 17 de novembro de 2016, Seção I, p. 138-139). Estabelece os critérios de admissão e alta em unidade de terapia intensiva. Brasília (DF): CFM; 2016.
- CONTANDRIOPOULOS et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA, organizadora. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais a práticas da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997. p. 29-47.
- COSTA, N. R.; LAGO, M. J. A Disponibilidade de leitos em unidade de tratamento intensivo no SUS e nos planos de saúde diante da epidemia da Covid-19 no Brasil. Nota Técnica. Rio de Janeiro: 2020.
- CROWE S, et al. The effect of COVID-19 pandemic on the mental health of Canadian critical care nurses providing patient care during the early phase pandemic: A mixed method study. *Intensive Crit Care Nurs*. v. 63, 2021. doi:10.1016/j.iccn.2020.102999
- DAHINE, J.; MARDINI, L.; JAYARAMAN, D. The Perceived likelihood of outcome of critical care patients and its impact on triage decisions: a case-based survey of intensivists and internists in a Canadian, Quaternary Care Hospital Network. *PLoS One*, v.11, n. 2, p. e0149196, set. 2016; Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0149196>. Acesso em: 29 de set., 2021
- EMANUEL, E. J. et al. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. *N Engl J Med.*, v. 382, n. 21, p. 2049-2055, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/NEJMSb2005114>. Acesso em: 29 de dez., 2021.
- FERNANDES et al. Gestão em terapia intensiva: conceitos e inovações. *Rev Bras Clin Med*, v. 9, n. 2, p.129-37, 2011.
- FERNÁNDEZ-CASTILLO RJ, et al. Intensive care nurses' experiences during the COVID-19 pandemic: A qualitative study. *Nurs Crit Care*. v. 6, n. 5, p. 397-406, 2021. doi:10.1111/nicc.12589
- FEST, K.M; KREWULAK, K.D. Space, staff, stuff, and system: keys to ICU care organization during the COVID-19 pandemic. *Chest*. v.160, n. (5), p.1585-2586, 2021. 6. doi:10.1016/j.peito.2021.07.001

- GIRAUD, R; BENDJELID, K. COVID-19 pandemic: A new path to intensive care medicine distinction?. *Anaesth Crit Care Pain Med.* v.39, n. 5, p. 545-546. 2020doi:10.1016/j.accpm.2020.07.010
- GOPALAN, P.D.; PERSHAD, S. Decision-making in ICU - A systematic review of factors considered important by ICU clinician decision makers with regard to ICU triage decisions [published correction appears. *J Crit Care*, v. 50, p. 99-110, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2018.11.027>. Acesso em: 21 de dez., 2021.
- GORDON, J.M; MAGBEE, T; YODER, L. H. The experiences of critical care nurses caring for patients with COVID-19 during the 2020 pandemic: A qualitative study. *Appl Nurs Res.* v.59, 2021 doi:10.1016/j.apnr.2021.151418
- GRASSELLI, G.; PESENTI, A.; CECCONI M. Critical Care Utilization for the COVID-19 Outbreak in Lombardy, Italy: Early Experience and Forecast During an Emergency Response. *JAMA*, v. 323, n. 16, p. 1545–1546, 2020. doi:10.1001/jama.2020.403.
- GRIFFIN, K.M; KARAS, M.G; IVASCU N.S, LIEF, L. Hospital preparedness for COVID-19: a practical guide from a critical care perspective. *Am J Respir Crit Care Med.* v. 201, n. 11, p.1337-1344, 2020. doi:10.1164/rccm.202004-1037CP
- INSTITUTO ACQUA. Estabelecimentos de saúde no estado do Maranhão. 2019. Disponível em: <http://institutoacqua.org.br/>. Acesso em: 15 de out., 2021.
- JOHNS HOPKINS UNIVERSITY & MEDICINE. COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU). 2022. Disponível em: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>. Acesso em: 14 de mar, 2022.
- JÚNIOR, D. F. C; CABRAL, L. M. S.; ASENSI, F. D. Oferta de Leitos de UTI no Brasil à Luz dos Princípios Constitucionais da Equidade e da Universalidade em Tempos de Covid-19. *RDP*, Brasília, Volume 17, n. 96, 198-225, 2020.
- LAI J *et al.* Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Netw Open.* 2020;3(3):e203976. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.3976
- LECLERC et al. “Prioritisation of ICU treatments for critically ill patients in a COVID-19 pandemic with scarce resources.” *Anaesthesia, critical care & pain medicine* v. 39, n.3, 2020: 333-339. doi:10.1016/j.accpm.2020.05.008
- MARANHÃO. Boletins Epidemiológicos Covid-19. Portal da Saúde. Disponível em: <https://www.saude.ma.gov.br/boletins-covid-19-2020/> Acesso em: 12 de fev 2022.
- MARANHÃO. Resolução AD Referendum n. 05/2020 – CIB-MA. Dispõe sobre o Plano Estadual de Contingência para infecção pelo covid-19 com leitos de enfermagem e leitos de terapia intensiva do estado do maranhão. 04 de abril de 2020a.
- _____. Casa Civil. Portaria n. 34, De 28 De Maio de 2020. Aprova medidas Sanitárias gerais e protocolos específicos. 2020b.
- _____. Decreto n. 35.784 De 03 De Maio De 2020. Estabelece medidas preventivas e restritivas a ser aplicada na Ilha do Maranhão. Disponível em: <https://www.ma.gov.br/agenciadenoticias/wp-content/uploads/2020/05/DECRETO-35.784-DE-3-DE-MAIO-DE-2020.pdf>. 2020c.
- MCWILLIAMS D et al. Rehabilitation Levels in Patients with COVID-19 Admitted to Intensive Care Requiring Invasive Ventilation. An Observational Study. *Ann Am Thorac Soc.*;v. 18n. 1, p.122-129, 2021 doi:10.1513/AnnalsATS.202005-560OC

MINAYO, M. C. S. Amostragem e Saturação em Pesquisa Qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista Qualitativa*, v. 5, n. 7, p. 01–12, 2017.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13 ed., São Paulo: Hucitec, 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: Teoria, passos e fidedignidade. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 17, n. 3, p. 621–626, 2012.

NETO, G V., VIDAL, Ana Carolina Salgado. Análise das interações público privadas no atendimento da pandemia de COVID-19. In: SANTOS, A O; LOPES, L T (Org.). Acesso aos cuidados especializados. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2021. Cap.3, 27- 44p.

NORONHA, K. et al. Análise de demanda e oferta de leitos e equipamentos de ventilação assistida em Minas Gerais em função do Covid-19 considerando os diferenciais de estrutura etária. Belo Horizonte: UFMG, 2020. Nota Técnica n. 3.

OERLEMANS, A.J.M. et al. Rationing in the intensive care unit in case of full bed occupancy: a survey among intensive care unit physicians. *BMC Anesthesiol*, v. 16, n. 1, p. 25, may 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12871-016-0190-5>. Acesso em: 21 de dez., 2021.

PEREIRA, I. Gerenciamento de leitos: o desafio de mapear os nós que emperram o fluxo da assistência e de reconstruir processos com apoio tecnológico e interdisciplinar. Congresso da feira hospitalar. São Paulo, 2013.

PHELAN, A.L; KATZ, R; GOSTIN, L.O. The Novel Coronavirus Originating in Wuhan, China: Challenges for Global Health Governance. *JAMA*. v.323, n. 8, p. 709–710, 2020. doi:10.1001/jama.2020.1097

PHUA, J. et al. Intensive care management of coronavirus disease 2019 (COVID-19): challenges and recommendations. *The Lancet. Respiratory medicine*. vol. 8, n.5, p. 506-517, 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30161-2](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30161-2). Acesso em: 24 de jan. 2022.

POLIT, D. F., & BECK, C. T. Generalization in quantitative and qualitative research: Myths and strategies. *International journal of nursing studies*, v.47, n.11, p.1451-1458, 2010.

PORTELA, M. C. et al. As regiões de saúde e a capacidade instalada de leitos de UTI e alguns equipamentos para o enfrentamento dos casos graves de Covid-19. ENSP/Fiocruz: Rio de Janeiro, 2020. Nota Técnica n.2.

RACHE, B. et al. Necessidades de Infraestrutura do SUS em Preparo ao COVID19: Leitos de UTI, Respiradores e Ocupação Hospitalar Beatriz. IEPS: São Paulo, 2020. Nota Técnica n.3.

RHODES, A.; MORENO, R.P. Intensive care provision: a global problem. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v. 24, n.7, p. 322-325, 2012.

RODRIGUES, I.L. et al. Facilidades e dificuldades do trabalho em terapia intensiva: um olhar da equipe de enfermagem. *Care Online*. v.8, n.3, p.4757-4765, 2016.

SILVA, G.F; SANCHES, P.G; CARVALHO, M.B. Refletindo sobre o cuidado de enfermagem em unidade de terapia intensiva. *Rev Min Enferm*. 2007; Belo Horizonte, 11(1):94-8

- ROSE L et al. Communication and Virtual Visiting for Families of Patients in Intensive Care during the COVID-19 Pandemic: A UK NationSurvey. *Ann Am Thorac Soc.* v.18, n.10, p.1685-1692, 2021. doi:10.1513/AnnalsATS.202012-1500OC
- ROSENBAUM, L. Facing Covid-19 in Italy - Ethics, Logistics, and Therapeutics on the Epidemic's Front Line. *N Engl J Med*, v. 382, n. 20, p. 1873-1875, mar 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/NEJMp2005492>. Acesso em: 02 de fev., 2022.
- SALLES NETO et al. Forecast UTI: aplicativo para previsão de leitos de Unidades de Terapia Intensiva no contexto da pandemia de COVID-19. *Epidemiol. Serv. Saude*, Brasília. v.29, n.4, e2020391, 2020.
- SANTOS, T B S S., PINTO, I C M. Política Nacional de Atenção Hospitalar: con(di)vergências entre normas, Conferências e estratégias do Executivo Federal. Ver. *Saúde e Debate*. v. 41, n. especial 3, p. 99-113, set 2017.
- SATOMI, E. et al. Alocação justa de recursos de saúde escassos diante da pandemia de COVID-19: considerações éticas. *Einstein*, v. 18, p.AE5775, abr. 2020. Disponível em: https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020AE577. Acesso em: 02 de fev, 2021.
- SCHEFFER, M. et al. Demografia Médica no Brasil 2018. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, Cremesp, 2018. 286 p. ISBN: 978-85-87077-55-4. Disponível em: <https://jornal.usp.br/wp-content/uploads/DemografiaMedica2018.pdf>. Acesso em: 10 de mar, 2022.
- SOUZA et al. Translation and validation into Brazilian Portuguese and assessment of the COREQ checklist. *Acta Paulista Enfermagem*. 2021;34. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631>.
- SPRUNG, C.L. et al. Triage of intensive care patients: identifying agreement and controversy. *Intensive Care Med*, v. 39, n. 11, p.1916-24., 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00134-013-3033-6>. Acesso em: 03 de dez., 2021.
- TAYLOR, E.H et al. Factors associated with mortality in patients with COVID-19 admitted to intensive care: a systematic review and meta-analysis. *Anaesthesia*. v.76, n.9, p.1224-1232, 2021. doi:10.1111/anae.15532
- TEIXEIRA, C. F. S et al. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. v. 25, n. 9, p. 3465-3474, 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>.
- TEICH, V. D et al. Epidemiologic and clinical features of patients with COVID-19 in Brazil. *Einstein*, v. 18, eAO6022, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020AO6022>. Epub 14 Ago 2020. ISSN 2317-6385. https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020AO6022.
- TRUOG, R.D. et al. Rationing in the intensive care unit. *Critical care medicin*, vol. 34, n. 4, p. 958-63, 2006. Disponível em:<https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000206116.10417.D9>.
- WANG, D.; LUCCA-SILVEIRA, M. Escolhas dramáticas em contextos trágicos: alocação de vagas em UTI durante a crise da COVID-19. IEPS: São Paulo, 2020 (Nota Técnica n.5).
- WHITE, S.T; CARDENAS, Y.R.; NATES, J.L. O que todo intensivista deve saber sobre critérios de admissão à unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v. 29, n.4, p.414-417, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-507x.20170073>. Acesso em: 27 de ago., 2021. <https://doi.org/10.5935/0103-507x.20170073>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (OMS). Timeline - COVID-19. [s. 1.], 2020a. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/detail/27-04-2020-who-timeline-covid-19>. Acesso em: 3 set. 2021a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (OMS). Coronavirus (COVID-19) Dashboard. 2022b. Disponível em: <https://covid19.who.int/>. Acesso em: 14 de mar. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (OMS). 2020c. Mental health and psychosocial considerations during the Covid-19 outbreak. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf?sfvrsn=6d3578af_2 (acessado em 18/jan/2022).

WU, Z; MCGOOGAN, J.M. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA*, v.323, n.13, p. 1239–1242, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.2648>. Acesso em: 22 de ago., 2021.

YANG X et al. Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 pneumonia in Wuhan, China: A single-centered, retrospective, observational study. *Lancet Respir. Med.* v.8, n.5, p. 475- 481, 2020.

APÊNDICES



APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO

PESQUISA:

AVALIAÇÃO DA GESTÃO DE LEITOS DE TERAPIA INTENSIVA NA PANDEMIA DA COVID-19 NO ESTADO DO MARANHÃO

DADOS PESSOAIS

Data da coleta ____ / ____ / _____ Hora: _____

Entrevistador(a): _____

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO, FORMAÇÃO E ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

<u>DADOS DE IDENTIFICAÇÃO</u>		CÓD:
1. Nome do profissional:		
2. Nome da instituição em que trabalha:		
3. Sexo: (1) Masculino (2) Feminino		
4. Qual a sua idade? (anos) _____		
5. Qual seu estado civil? (1) Casado (a) (2) Solteiro (a) (3) União consensual/estável		(4) Separada/desquitada/divorciado (a) (5) Viúvo (a) (6) Outra: _____
6. Qual a cor da sua pele? (1) Branca (2) Preta (3) Parda (4) Amarela (5) Indígena (6) Não Sabe		
<u>DADOS PROFISSIONAIS</u>		
7. Qual a sua profissão? (1) Médico (2) Enfermeiro		
8. Sua especialização (Residência ou Curso de Especialização):		

(1) Médico Intensivista (2) Outra especialidade: _____

(3) Enfermeiro Regulador (4) Enfermeiro Intensivista (5) Outra Especialidade: _____

9. Caso não tenha especialidade, recebeu algum treinamento específico para < UTI ou Regulação > (Capacitação específica)?

(1) Sim (2) Não

ATUAÇÃO PROFISSIONAL

10. Número de leitos de UTI onde trabalha: _____

11. Cargo/função na instituição: _____

12. Quantos anos de formado (graduação): _____

13. Quanto tempo trabalhas neste setor?

UTI _____ anos

Regulação _____ anos

APÊNDICE B. Quadro 1. Características Sociodemográficas, formação e atuação profissional, Maranhão, 2020.

CÓDIGO	SEXO	IDADE	ESTADO CIVIL	COR	PROFISSÃO	INTENSIVISTA	TREINAMENTO	CARGO FUNÇÃO	TEMPO DE FORMADO	TEMPO DE SERVIÇO
Med 1	M	25	Solteiro	Parda	Médico	Não	Sim	Plantonista	9 meses	9 meses
Med 2	M	35	Casado	Branca	Médico	Sim	Sim	D. Clínico	8	6
Med 3	F	39	Casado	Parda	Médico	Sim	Sim	Plantonista	12	9
Med 4	F	53	Solteira	Branca	Médico	Sim	Sim	D. Clínico	30	25
Med 5	M	35	Casado	Branca	Médico	Não	Sim	Plantonista	8	5
Med 6	M	37	Solteiro	Preta	Médico	Não	Sim	Plantonista	12	5
Med 7	F	29	Casada	Parda	Médico	Não	Sim	Regulador	7	2, 5
Med 8	M	31	Divorciado	Parda	Médico	Não	Sim	Plantonista	5	2
Enf 1	F	38	U. estável	Parda	Enfermeiro	Não	Sim	Regulador	8	2
Enf 2	F	37	U. estável	Branca	Enfermeiro	Sim	Sim	Plantonista	13	5
Enf 3	F	29	Solteiro	Parda	Enfermeiro	Sim	Não	Plantonista	8	5
Enf 4	F	25	Solteiro	Branco	Enfermeiro	Não	Sim	Plantonista	3	10 meses
Enf 5	M	43	Solteiro	Preto	Enfermeiro	Sim	Sim	Coordenador	11	10
Enf 6	F	31	Solteiro	Branco	Enfermeiro	Não	Sim	Regulador	8	5
Enf 7	M	30	Solteiro	Pardo	Enfermeiro	Sim	Sim	Plantonista	9	5
Enf 8	F	35	U. estável	Pardo	Enfermeiro	Não	Sim	Regulador	9	5
Enf 9	F	27	Solteiro	Pardo	Enfermeiro	Sim	Sim	Regulador	3	3
Enf 10	F	45	Casado	Pardo	Enfermeiro	Não	Sim	Regulador	21	3
Enf 11	F	48	Casado	Branco	Enfermeiro	Sim	Sim	Plantonista	8	15
Enf 12	M	50	U. estável	Pardo	Enfermeiro	Sim	Sim	Plantonista	7	10
Enf 13	F	39	Solteira	Branco	Enfermeiro	Sim	Sim	Plantonista	11	9

*Treinamento de Biossegurança para atuarem em UTI-COVID
Fonte: elaborada pelos autores, 2021.

Enf 14	F	31	Solteiro	Pardo	Enfermeiro	Não	Sim	Plantonista	7	2
---------------	---	----	----------	-------	------------	-----	-----	-------------	---	---



APÊNDICE C- ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

PESQUISA:

AValiação DA GESTÃO DE LEITOS DE TERAPIA INTENSIVA NA PANDEMIA DA COVID-19 NO ESTADO DO MARANHÃO

Questão desencadeadora:

Hoje nós vamos conversar sobre suas experiências de trabalho durante a pandemia da Covid-19. Gostaria de saber sobre suas vivências, sentimentos e também suas reflexões acerca desse período.

Antes de entrar propriamente nas questões relativas à assistência na Pandemia, gostaria que falasse um pouco sobre sua atuação profissional (lugares em que trabalha, CH de trabalho total, tipos de vínculo).

1. Mudanças no processo de trabalho

- a) Como tem sido sua rotina de trabalho com o surgimento da Covid-19 (início e pico? Fale sobre o que mudou.
- b) Que tipo de mudanças ocorreram na organização do espaço de trabalho? (início e pico)
- c) Como foi a demanda para internação em UTI durante o período crítico da pandemia?
- d) Antes da pandemia da Covid-19, a unidade em que você trabalha dava conta da demanda que chegava? Fale um pouco sobre isso.

2. Vivências no período crítico da pandemia

- a) Você passou por alguma(s) experiência(s) marcante(s) em <UTI ou Regulação> durante o período crítico da pandemia da Covid-19. Você viveu situações antes não vivenciadas? Podes falar sobre isso?

3. Desafios para a tomada de decisão em UTI

- a) Considerando o período crítico da pandemia da Covid-19, como acontecia a tomada de decisão para admissão dos pacientes na UTI?
- b) A demanda gerada pela pandemia aliada a oferta reduzida de leitos e equipamentos gerou algum tipo de conflito em relação à tomada de decisão para admissão de pacientes em UTI?
- c) Você passou pela situação em que todos os leitos de UTI estavam ocupados e você recebe um pedido de leito? Se sim, pode falar um pouco sobre essa experiência? Como você lidava com essa situação?
- d) Quais outros problemas ou dificuldades em torno da admissão na UTI você enfrentou/enfrenta no seu trabalho nesse período de pandemia? Você poderia dar um exemplo de uma situação? (conflitos com família, funcionários, discordâncias nos critérios; como se deu a comunicação)

4. Organização do processo do cuidado do paciente internado

- a) Com a chegada da pandemia, houve mudanças no cuidado ao paciente em UTI?
- b) Houve mudanças na organização do cuidado com o paciente?

5. Expectativas frente à pandemia

- a) Na sua opinião, a pandemia deixou alguma lição ou legado para o cuidado de pacientes graves?
 - b) Você gostaria de falar mais alguma coisa?
- Agradecemos a sua participação em nossa pesquisa! Você tem interesse em saber o resultado deste estudo?



APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PESQUISA:

AValiação DA GESTÃO DE LEITOS DE TERAPIA INTENSIVA NA PANDEMIA DA COVID-19 NO ESTADO DO MARANHÃO

PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Convidamos o(a) senhor(a) a participar da pesquisa intitulada “AValiação DA GESTÃO DE LEITOS DE TERAPIA INTENSIVA NA PANDEMIA DA COVID-19 NO ESTADO DO MARANHÃO”

O presente estudo visa “Avaliar a gestão de leitos de terapia intensiva durante a pandemia da COVID-19 no Estado do Maranhão”. Desse modo, o principal benefício desse estudo é coletivo, pois está ligado diretamente à gestão e à assistência dos sistemas de saúde, no entanto há um benefício indireto aos profissionais, já que compreender os efeitos da pandemia poderá contribuir para reorganização de diversos modelos de trabalho atuais, possibilitando melhores condições de atuação.

A sua participação poderá ser respondendo a perguntas feitas em entrevista individual, a partir de um roteiro semiestruturado. Também serão perguntadas informações sobre idade, ocupação e outras características pessoais, e de dados relativos à formação e tempo de experiência profissional, dentre outros.

É importante ressaltar que o(a) Sr(a) poderá, imediata ou tardiamente, sofrer algum desconforto emocional, pois as perguntas poderão remeter a situações ruins vividas pelo Sr.(a), constrangimento ou lembranças de vivências pregressas desagradáveis, assim, os pesquisadores responsabilizam-se por reduzi-los, interrompendo e/ou agendando um outro horário para a entrevista que seja conveniente para o(a) senhor(a), garantindo o apoio e compromisso por quaisquer questões que julgar cabível. Sua participação se dará de modo voluntário sem o recebimento de nenhum tipo de pagamento.

Durante todo o período da pesquisa o Sr.(a) tem o direito de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento, bastando para isso entrar em contato, com os pesquisadores através do contato com Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves (98)3272-9676 no período da manhã ou da tarde. Para obter mais informações sobre seus direitos como participante da pesquisa, poderá entrar em contato com a Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do

Maranhão/HUUFMA, Rua Barão de Itapary nº227,4º andar – Centro. São Luís – Maranhão, CEP 6502070 / Telefone: 2109-1250 / 1092.

Um Comitê de Ética em Pesquisa é um grupo não remunerado formado por diferentes profissionais e membros da sociedade que avaliam um estudo para julgar se ele é ético e garantir a proteção dos participantes. Você tem garantido o seu direito de não aceitar participar ou de retirar sua permissão, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ou retaliação, pela sua decisão.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos participantes da pesquisa, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação. Assegura-se a confidencialidade, a privacidade, a proteção da imagem, a não estigmatização e garantimos que sempre serão respeitados os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como os hábitos e costumes quando referidos ou observados.

Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores. Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se o(a) senhor(a) entendeu essas informações e concorda em participar deste estudo, por favor, manifeste-se rubricando todas as suas páginas e assinando seu nome abaixo, assim como o pesquisador responsável ou membro da equipe. Este documento foi elaborado em duas vias, sendo que uma ficará com o pesquisador responsável ou membro da equipe e outra com o(a) senhor(a).

Agradecemos muito a sua colaboração.

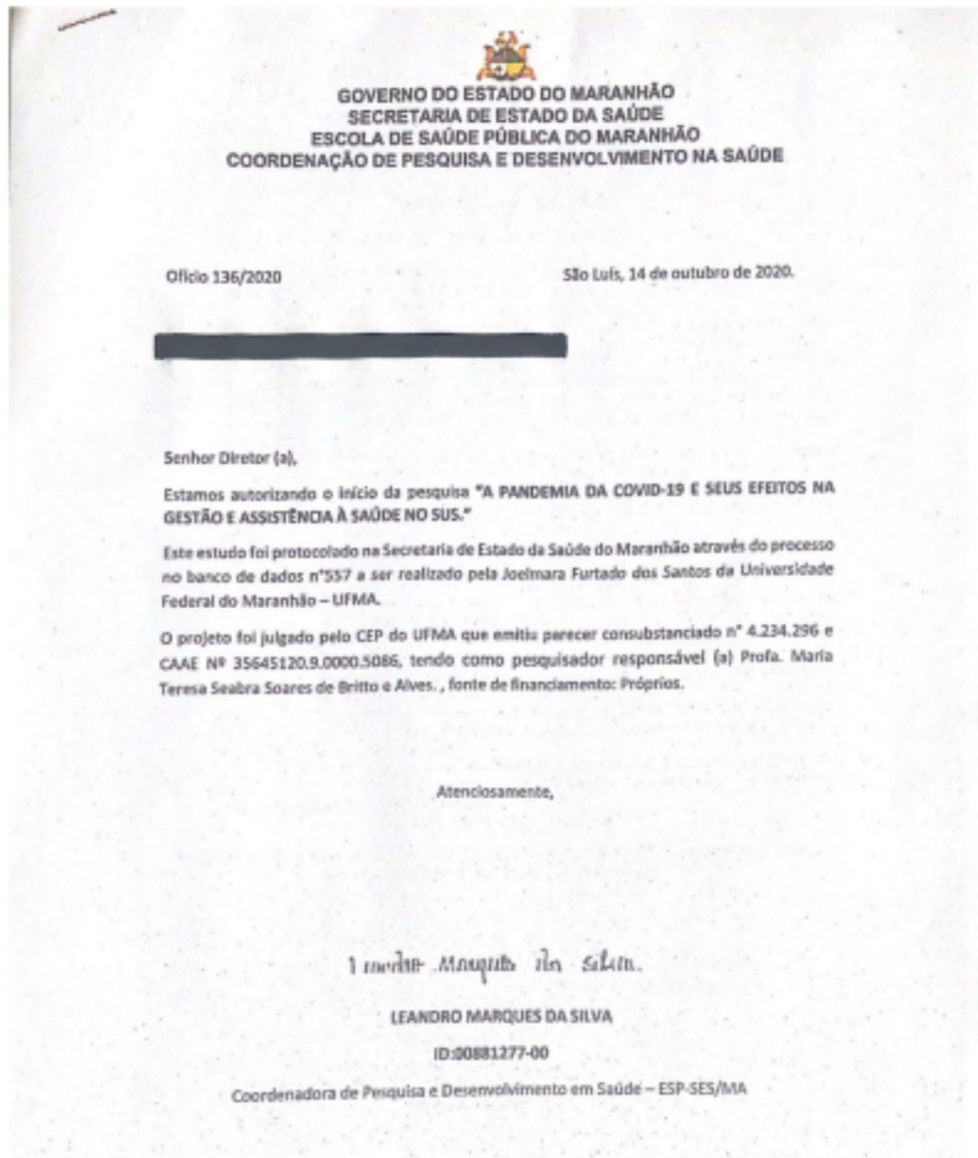
_____, ____/____/____

Pesquisador

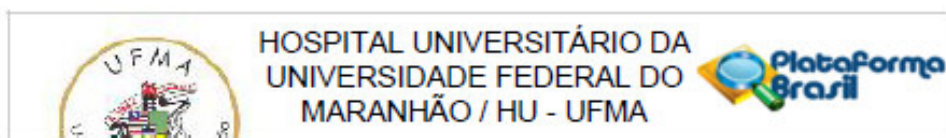
Assinatura do Participante da pesquisa

ANEXOS

ANEXO 1 – Autorização da Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão para início da pesquisa.



ANEXO 2 – Parecer consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A pandemia da COVID-19 e seus efeitos na gestão e assistência à saúde no SUS

Pesquisador: MARIA TERESA SEABRA SOARES DE BRITTO E ALVES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 35645120.9.0000.5086

Instituição Proponente: Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.234.296

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1595362. . Datado de 07/08/2020).

Introdução:

COVID-19 é a doença causada pelo vírus SARS-CoV-2 (severe acute respiratory syndrome coronavirus - 2), o novo coronavírus, que pertence à família de vírus Coronaviridae e causa infecções respiratórias (WHO, 2020a). Possui origem zoonótica, ainda não tão elucidada, mas sabe-se que houve uma mutação do coronavírus presente em morcegos ou pangolim, ambos presentes nos hábitos alimentares de chineses. Foi descoberto, inicialmente como surto na China, em 31 de dezembro de 2019 após casos registrados em Wuhan (ZHU et al., 2020). No dia 11 de março, presente em 114 países com um total de 118 mil casos confirmados e 4.291 mortes, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou pandemia pela infecção por SARS-CoV-2 (WHO, 2020b). Hoje, em 09 de julho de 2020, a maior crise sanitária da história recente foi responsável pela contaminação de 12.068.034 indivíduos e óbitos de 550.159 em 213 países (WORLDMETER, 2020). No Brasil, por ser um país de dimensões continentais e com importantes diferenças em termos de população e infraestrutura, os protocolos de mitigação podem ter efeitos diversos na propagação da COVID-19 nas diferentes regiões. Portanto, as medidas de enfrentamento devem ser realizadas de acordo com características inerentes a cada região, mas integradas com a

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227
Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070
UF: MA Município: SAO LUIS
Telefone: (98)2109-1250 E-mail: cep@huufma.br



situação geral do país (COSTA; COTA; FERREIRA, 2020). Considerando que a principal forma de disseminação do vírus ocorre por meio de gotículas de saliva, o distanciamento social constituiu-se como estratégia fundamental para a redução da transmissão entre humanos (ARAUJO et al., 2020). Em 08 de fevereiro de 2020 foi sancionada no Brasil a lei no 13.979, que dispõe sobre medidas para enfrentamento da COVID-19, de modo a postergar o pico de casos na curva epidêmica e não sobrecarregar a capacidade dos sistemas de saúde público e privado. As Unidades Federativas passaram a exercer tais medidas a partir da segunda semana de março de 2020 (BRASIL, 2020a). As condições clínicas podem variar de casos assintomáticos ou característicos de uma gripe (tosse, febre e indisposição) a manifestações clínicas graves (pneumonia e insuficiência respiratória aguda) que podem evoluir a óbito, sobretudo, em grupos de risco. Fazem parte destes:

idosos, gestantes, imunodeprimidos, portadores de cardiopatias leves ou descompensadas, de enfermidades renais crônicas ou em estado avançado, enfermidades hepáticas em estado avançado, enfermidades respiratórias e de uma ou mais comorbidades, como diabetes, hipertensão e obesidade (BRASIL, 2020c; WU et al., 2020). A discussão de especialistas sugere que o vírus, apesar de possuir baixa letalidade, pode potencialmente ocasionar o colapso do sistema de saúde. No dia 10 de junho havia uma ocupação de 34.300 leitos em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) adulto, sendo 18.546 ofertadas pelos Sistema Único de Saúde (SUS) e 15.754 da rede privada (BRASIL, 2020b). Como a maior parte da população brasileira utiliza exclusivamente o subsistema público de saúde, SUS está sendo desafiado e é uma ferramenta de grande valia nesse momento. Por meio de protocolos instituídos por investigações científicas, portarias, leis e pesquisas, há a instituição de inúmeras formas de combate à pandemia (FARIAS et al., 2020; LANA et al., 2020). Desde que o Brasil se tornou o epicentro da epidemia na América Latina, e considerando a heterogeneidade de diferentes cenários para a população brasileira (MELLAN et al., 2020), o SUS assumiu um papel central no controle da doença. Porém, tal controle não é apenas uma questão de saúde, mas envolve a conexão entre questões políticas, sociais e econômicas, e que exigem um conjunto de medidas que vão além da contenção imediata da cadeia de transmissão do vírus (SARTI et al., 2020).

Assim, surge o desafio de planejar um modelo social e de sistema de saúde que deve ter o objetivo de proteger vidas, especialmente as mais vulneráveis. Os princípios e ferramentas do SUS são pilares do sistema público de saúde que deve ser estruturado para alcançar e atender às demandas da população, inclusive de periferias e de cidades interioranas (SARTI et al., 2020). Porém, tais atributos podem estar fragilizados, devido à suspensão temporária de serviços de

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227
Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070
UF: MA Município: SAO LUIS
Telefone: (98)2109-1250 E-mail: cep@huufma.br



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO / HU - UFMA



Continuação do Parecer: 4.234.296

atendimento ambulatorial em Unidades Básicas de Saúde (UBS), visitas domiciliares, cirurgias eletivas e do remanejamento de prioridades nos sistemas de emergência, o que torna a população descoberta de tais serviços. Na Atenção Primária à Saúde (APS), porta de entrada do SUS, por intermédio da Estratégia Saúde da Família (ESF), houve a criação e constante atualização de protocolos para manejo clínico do coronavírus. Assim, foram estabelecidas orientações sobre o curso clínico da doença; o manejo por meio de teleatendimento; referência e contrarreferência; medidas para evitar contágio individual e de prevenção comunitária; apoio à vigilância ativa; recomendações para grupos especiais como gestantes e idoso (BRASIL, 2020c). Já na atenção especializada também houve a criação de um protocolo de manejo clínico cujo objetivo é orientar os profissionais da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS para identificação, notificação e manejo de casos suspeitos da doença, de modo a mitigar a cadeia de transmissão e apresentar os fluxos operacionais da doença com ênfase na atenção especializada (urgência e emergência hospitalar e não hospitalar) (BRASIL, 2020d). Foram também instituídos protocolos para atendimentos de serviços específicos, como os odontológicos, haja vista a equipe de saúde bucal (eSB) está muito mais exposta à contaminação durante atendimento clínico e ser capaz de acolher, diagnosticar e notificar casos suspeitos da doença, assim como orientar a população a respeito das medidas de prevenção (CFO, 2020). Mesmo com vasto investimento em infraestrutura hospitalar e habilitação de novos leitos, ainda é necessário identificar áreas prioritárias de atuação para redução de casos e criação de políticas para intervenções nacionais, regionais e locais, prevenindo o aumento de casos e reduzindo, assim, a necessidade de intimações (REQUIA et al., 2020). Discrepâncias históricas no acesso a leitos em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), distribuição desigual de médicos e de equipamentos, menor nas regiões Norte e Nordeste, demonstram que tais lugares precisaram de maiores investimentos e incrementos urgentes nos sistemas de saúde já fragilizados para poder atender à demanda de pacientes com COVID-19 (DORNA, 2020). Apesar da adoção de medidas preventivas de isolamento social e de manejo terapêutico de casos suspeitos e confirmados de COVID-19, observa-se aumento significativo de novos casos. Segundo o Ministério da Saúde, através da plataforma digital informativa (Painel Coronavírus) atualizado em 09 de julho de 2020, há 1.755.779 casos confirmados e 69.184 óbitos registrados, correspondente a uma taxa de letalidade de 3,9%, taxa de mortalidade de 32,9/100.000 e taxa de incidência de 835,5

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227
Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070
UF: MA Município: SAO LUIS
Telefone: (98)2109-1250 E-mail: cep@huufma.br

Página 03 de 11



Continuação do Parecer: 4.234.298

/100.000, por COVID-19 no Brasil (BRASIL, 2020e).

Estudos científicos ainda embasam a necessidade de se obter mais conhecimento acerca do cenário atual e futuro, preenchendo as lacunas existentes. Assim, a vigilância epidemiológica da pandemia causada pelo vírus SARS-CoV-2 é construída à medida que a OMS consolida informações e há a criação de notas técnicas e evidências científicas publicadas. Nesse contexto, no qual já há sobrecarga no sistema de saúde pública brasileiro nos três níveis (primário, secundário e terciário), o planejamento e gestão em saúde se adaptam para garantir assistência adequada (FARIAS et al., 2020; LANA et al., 2020; REQUIA et al., 2020), uma vez que a COVID-19, além do impacto que causa por si só, alterou a dinâmica da oferta de serviços eletivos, acompanhamento ambulatorial e demais atividades, o que causa prejuízo à integralidade do cuidado. Diante das mudanças de cenário elencadas acima, é necessário conhecer como o SUS está se organizando para garantir assistência aos usuários. Além dos serviços voltados para o atendimento de pessoas com sintomas associados à doença causada pelo novo coronavírus, é importante estabelecer estratégias para a manutenção do cuidado àquelas com outras situações que também carecem de atenção. Nessa perspectiva, o presente estudo tem como objetivo avaliar os efeitos da pandemia da COVID-19 na gestão e assistência à saúde no Sistema Único de Saúde. De modo a investigar os impactos sobre indicadores de atenção à saúde, compreendendo a assistência ofertada às mulheres e suas vivências em relação à gestação, parto e puerpério e às crianças, nos primeiros dois anos de idade; os efeitos sobre a atenção em saúde bucal no Brasil, analisando quais impactos incidiram sobre os serviços públicos; as percepções de profissionais de saúde em relação aos cuidados prestados e condições de trabalho; a atuação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no contexto da COVID-19; a avaliação da dinâmica de regulação e gestão de leitos UTI e o processo de estabelecimento de prioridades.

Hipótese:

No atual cenário de enfrentamento de uma pandemia, o sistema público de saúde brasileiro se depara com situações desafiadoras. Dentre essas há o alto nível de exigência, em especial na gestão e assistência, para se readequar às atuais necessidades. Embora a cada dia suas limitações sejam visíveis, sua importância merece ser reconhecida e o momento é adequado para discussões acerca de possíveis modificações para o futuro. Essa doença evidenciou outros males como a desigualdade social, a violência doméstica, o instável trabalho de informais e autônomos, maiores dificuldades para os refugiados, imigrantes, populações deslocadas, pessoas em situação de rua,

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227
Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070
UF: MA Município: SAO LUIS
Telefone: (98)2109-1250 E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 4.234.298

deficientes e idosos. Com isso, deve-se aprender a enxergar as dificuldades do país (SANTOS, 2020). Assim, para entendimento de como essa pandemia está e ainda pode repercutir, até mesmo romper e gerar novos paradigmas para o sistema de saúde brasileiro, é importante ter um olhar quantitativo, para apontar generalizações; e qualitativo, para compreensão das particularidades das situações. Diante do cenário exposto, acredita-se que a pandemia apresenta implicações tais

como:- A pandemia está causando impacto nos indicadores de desempenho e produtividade dos trabalhadores do SUS, na atenção ao pré-natal, parto e nascimento, dentre outros;- A COVID-19 está desencadeando impactos nos atendimentos de saúde bucal da APS, afetando os indicadores de produtividade da equipe de saúde bucal;- O diagnóstico ou suspeita de COVID-19 aumenta o risco de complicações na gestação, parto e nascimento;- Os profissionais da APS, especialmente o ACS, estão sendo subutilizados no enfrentamento da pandemia na área adscrita de UBS

referências para síndrome gripal;- Não há concordância em relação às áreas com maior densidade de casos ao comparar os registros oficiais com os relatos dos ACS; e- A pandemia está gerando uma nova demanda por leitos de UTI no estado do Maranhão o que pode impactar no processo de estabelecimento de prioridades e influenciar a tomada de decisão para a admissão em UTL- A Rede de Apoio das gestantes e puérperas diminuiu

devido à necessidade de distanciamento social durante a pandemia de COVID-19; e - As desigualdades de gênero impactam de diferentes modos as relações de trabalho e familiares dos profissionais de saúde.

Metodologia Proposta:

O projeto diz respeito a uma pesquisa de abordagem quantitativa e qualitativa, que abrangerá diversos caminhos metodológicos, buscando esclarecer diferentes aspectos da pandemia da doença COVID-19, causada pelo novo coronavírus, SARS-CoV-2, que se estabeleceu no país no ano 2020. O objetivo é analisar os efeitos da pandemia em relação às gestantes, às puérperas, aos recém-nascidos, à saúde bucal, aos

profissionais e aos gestores por meio da combinação de distintas fontes de dados e instrumentos de coleta tais como questionários estruturados para extração de dados do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Prontuário eletrônico e livro de registros, Sistema da Central Integrada de Leitos (CIL) e

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) na abordagem quantitativa. Na qualitativa, utilizando diferentes técnicas como história oral de vida, observação participante, entrevista

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 4.234.298

estruturada, semiestruturada e grupos focais, que utilizarão roteiro de entrevista semiestruturada, e roteiro com pergunta norteadora como instrumento de coleta. Os locais de estudo são: o Brasil, com suas 26 unidades federativas, Distrito Federal e os 5.570 municípios; os hospitais Universitário e demais que tenham leitos de UTI para COVID-19 no estado do Maranhão; maternidades Materno Infantil do Hospital Universitário e de Alta Complexidade do Maranhão; Unidades Básicas de Saúde referências para a Síndrome Aguda Respiratória

Grave na cidade de São Luís e outras UBS, em demais macrorregiões de saúde do estado do Maranhão, que possuam equipe da Estratégia Saúde da Família e da Saúde Bucal. A amostra qualitativa será intencional buscando contemplar as diversidades dos sujeitos e o número final será definido por critério de saturação de dados. Para o cálculo do número de indivíduos necessários para a análise quantitativa das possíveis associações entre COVID-19 e os desfechos estudados foi utilizado o software de domínio público Epilnfo, versão 7.2.3.1, levando-se em conta um intervalo de confiança de 95%; poder de detecção de diferenças de 80%; relação de expostos/não expostos de 2:1 e razão de prevalência de 3.0. Utilizou-se a prevalência da variável-desfecho "anomalias congênitas" (prevalência de 0,50%), por ser o desfecho que necessitou do maior tamanho de amostra. O que resultou em 3.888 indivíduos. Serão acrescidos mais 112 participantes que participarão da intervenção proposta. As coletas dos dados serão iniciadas somente após parecer positivo do comitê de ética e envolvem dados referentes à pandemia e seu impacto nos âmbitos acima mencionados.

Metodologia de Análise de Dados:

Para análise da parte qualitativa dessa pesquisa, as falas serão agrupadas de acordo com seu núcleo temático em categorias, interpretadas pela técnica de Análise de Conteúdo, que trata-se de um método organizativo de dados, utilizando-se três processos cognitivos: pré-análise (constituição do corpus do estudo); codificação (a transformação dos dados primários em unidades de representação do conteúdo); categorização (agrupamento das unidades por temática e composição das categorias). A análise temática será realizada em três fases: a primeira fase, na qual serão realizadas as transcrições das entrevistas e a organização de todo o material de pesquisa incluindo os questionários estruturados e os relatos.

A segunda fase é de exploração do material coletado no campo por meio de leitura flutuante e exaustiva do material. A terceira e última fase busca a compreensão das vivências relatadas. Para a

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227
Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070
UF: MA Município: SAO LUIS
Telefone: (98)2109-1250 E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 4.234.298

branco: sem memória, homocedásticos e normalmente distribuídos. Essa análise será conduzida no software STATA 14.0.

Desfecho Primário:

Efeitos da pandemia da COVID-19 na gestão e na assistência à saúde ofertada no SUS.

Desfecho Secundário:

Vivências das mulheres, profissionais e gestores de saúde durante a pandemia;

Estratégias de enfrentamento adotadas pelos participantes na mitigação dos efeitos da pandemia; e

Estimativa dos efeitos da pandemia nos indicadores de saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar os efeitos da pandemia pelo SARS-CoV-2 na gestão e assistência à saúde no SUS.

Objetivo Secundário:

- Analisar as repercussões maternas e perinatais da COVID-19 em mulheres e recém-nascidos com suspeita ou diagnóstico da doença;- Analisar os

indicadores de assistência à mulher e à criança nos primeiros 1000 dias no período pré e pós pandemia;-

Analisar a atuação da equipe de APS, bem

como sua percepção acerca da pandemia de COVID-19;- Analisar os indicadores da saúde bucal na APS no período pré e pós pandemia;-

Conhecer as percepções de profissionais de saúde acerca da integralidade da atenção ofertada na APS no período pré e pós pandemia; - Avaliar a

gestão de leitos de Unidades de Terapia Intensiva e o processo de estabelecimento de prioridades no âmbito do SUS no contexto da pandemia do

COVID-19;- Compreender vivências de mulheres em relação à gestação, parto e puerpério durante a pandemia de COVID-19;- Compreender as

percepções acerca de risco e segurança de profissionais de saúde que atuam em maternidade pública, na perspectiva laboral e familiar, durante a

pandemia; e- Capacitar ACS para identificar casos suspeitos no território, no intuito de apoiar a vigilância epidemiológica da pandemia.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 4.234.298

Segundo a pesquisadora: Serão solicitadas informações acerca das mudanças ocorridas no ambiente de trabalho, em percepções, vivências e perspectivas no contexto da pandemia da COVID-19. Também serão solicitadas informações de dados pessoais e profissionais. Embora sejam riscos mínimos, é reconhecido

que esta pesquisa poderá originar desconfortos, e os pesquisadores responsabilizam-se por reduzi-los, interrompendo ou adiando a entrevista e

garantindo sigilo, confidencialidade e apoio e compromisso por quaisquer questões que julgar cabível. Ressalta-se ainda que não haverá despesa

alguma ao participante de pesquisa.

Benefícios:

Segundo a pesquisadora: Os benefícios desta pesquisa incluem os resultados que ajudarão a conhecer melhor os efeitos da pandemia nos serviços e na vida dos

profissionais de saúde, o que poderá facilitar o planejamento de ações para redução dos impactos negativos da pandemia.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa relevante na área da saúde pública que tem como objetivo analisar os efeitos da pandemia pelo SARS-CoV-2 na gestão e assistência à saúde no SUS e poderá contribuir para conhecer melhor os efeitos da pandemia nos serviços e na vida dos profissionais de saúde, o que poderá facilitar o planejamento de ações para redução dos impactos negativos da pandemia.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo apresenta documentos referente aos "Termos de Apresentação Obrigatória": Folha de rosto, Declaração de compromisso em anexo os resultados na plataforma Brasil garantindo o sigilo, Orçamento financeiro detalhado, Cronograma com etapas detalhada, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), Termo de Assentimento (TA), Autorização do Gestor responsável do local para a realização da coleta de dados e Projeto de Pesquisa Original na íntegra em Word. Atende à Norma Operacional no 001/2013 (item 3/ 3.3). O protocolo apresenta ainda a declaração de responsabilidade financeira e termo de compromisso com a utilização dos dados resguardando o sigilo e a confidencialidade.

Recomendações:

Após o término da pesquisa o CEP-HUUFMA solicita que se possível os resultados do estudo sejam devolvidos aos participantes da pesquisa ou a instituição que autorizou a coleta de dados de forma anonimizada.

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227
Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070
UF: MA Município: SAO LUIS
Telefone: (98)2109-1250 E-mail: cep@huufma.br

Continuação do Parecer: 4.234.298

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O PROTOCOLO atende aos requisitos fundamentais da Resolução CNS nº 466/12 e suas complementares.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa–CEP-HUUFMA, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº.466/2012 e Norma Operacional nº. 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela **APROVAÇÃO** do projeto de pesquisa proposto.

Eventuais modificações ao protocolo devem ser inseridas à plataforma por meio de emendas de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Relatórios parcial e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente após a coleta de dados e ao término do estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	comic.pdf	25/08/2020 08:23:41	Rita da Graça Carvalho Frazão Correia	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1595362.pdf	07/08/2020 20:34:45		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Solicitacao_dispenza_TCLE.pdf	07/08/2020 20:33:31	Francenilde Silva de Sousa	Aceito
Outros	Carta_Resposta_Pendencias.pdf	07/08/2020 20:32:57	Francenilde Silva de Sousa	Aceito
Outros	Termo_compromisso_dados.pdf	07/08/2020 20:31:55	Francenilde Silva de Sousa	Aceito
Parecer Anterior	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_4185092.pdf	07/08/2020 20:30:50	Francenilde Silva de Sousa	Aceito
Outros	TCLE_subprojetoVIII.pdf	07/08/2020 20:30:39	Francenilde Silva de Sousa	Aceito
Outros	TALE_subprojetoVII.pdf	07/08/2020 20:30:11	Francenilde Silva de Sousa	Aceito
Outros	TCLEb_subprojetoVII.pdf	07/08/2020 20:29:47	Francenilde Silva de Sousa	Aceito
Outros	TCLE_subprojetoVII.pdf	07/08/2020 20:29:22	Francenilde Silva de Sousa	Aceito
Outros	TCLE_subprojetoVI.pdf	07/08/2020	Francenilde Silva de Sousa	Aceito

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227
 Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070
 UF: MA Município: SAO LUIS
 Telefone: (98)2109-1250 E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 4.234.298

Outros	TCLE_subprojetoVI.pdf	20:29:01	Sousa	Aceito
Outros	TCLE_subprojetoV.pdf	07/08/2020 20:28:23	Francenilde Silva de Sousa	Aceito
Outros	TCLE_subprojetoIV.pdf	07/08/2020 20:27:51	Francenilde Silva de Sousa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_COVID.docx	07/08/2020 20:26:34	Francenilde Silva de Sousa	Aceito
Orçamento	Base_de_Custos.pdf	27/07/2020 16:33:32	Francenilde Silva de Sousa	Aceito
Outros	anuencia_SES.pdf	24/07/2020 20:58:58	Francenilde Silva de Sousa	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_pesquisadores.pdf	23/07/2020 22:46:51	Francenilde Silva de Sousa	Aceito
Declaração de concordância	Declaracao_concordancia_pesquisadore s.pdf	23/07/2020 22:37:30	Francenilde Silva de Sousa	Aceito
Outros	anuencia_SEMUS.pdf	23/07/2020 22:27:11	Francenilde Silva de Sousa	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	23/07/2020 22:16:38	Francenilde Silva de Sousa	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_apoio_infraestrutura_UFMA. pdf	23/07/2020 22:15:10	Francenilde Silva de Sousa	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	Solicitacao_pesquisador_responsavel.pd f	23/07/2020 22:14:56	Francenilde Silva de Sousa	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	23/07/2020 21:38:05	Francenilde Silva de Sousa	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 25 de Agosto de 2020

Assinado por:

Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br

ANEXO 3 – Submissão do Artigo 1 à revista Physis: Revista de Saúde Coletiva

Submission Confirmation



Thank you for your submission

Submitted to

Physis Revista de Saúde Coletiva

Manuscript ID

PHYSIS-2022-0062

Title

PARA ALÉM DO IMAGINÁVEL: experiências vividas por profissionais de saúde em UTI durante a pandemia da COVID-19

Authors

Pereira, Joelmara

Oliveira, Poliana

Filho, Fernando

Alves, Maria Teresa

Carvalho, Ruth Helena

Santos, Beatriz

Date Submitted

15-Mar-2022

ANEXO 4 – Normas - revista Physis: Revista de Saúde Coletiva

Artigo 1

Instruções aos autores

Escopo e política

Physis: Revista de Saúde Coletiva, revista trimestral publicada pelo Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e o Centro de Estudos, Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico em Saúde Coletiva (CEPESC), tem por objetivo geral divulgar a produção acadêmica em Saúde Coletiva. Está classificada como B1 na área de Saúde Coletiva, segundo os critérios Qualis da CAPES.

A versão online SciELO da revista, que utiliza modalidade contínua de publicação, inclui os textos completos dos artigos e está disponível gratuitamente, com acesso aberto. Está indexada também nas bases de dados: Directory of Open Access Journals, EBSCO Publishing, LILACS, PubMed, Scopus, Sociological Abstracts, REDALYC e PROQUEST - Social Science Journals.

A linha editorial de *Physis* enfatiza abordagens interdisciplinares, críticas e inovadoras em temas atuais no campo da Saúde Coletiva. A revista é composta basicamente de artigos originais de demanda livre e seções de resenhas, entrevistas, cartas e comentários. O Conselho Editorial poderá, ocasionalmente, propor temas específicos considerados relevantes, e publicar trabalhos de autores convidados especialistas no tema, e que também irão passar por um processo de revisão por pares.

Forma e preparação de manuscritos

Physis publica artigos nas seguintes categorias:

Artigos originais por demanda livre (até 7.000 palavras, incluindo notas e referências): textos inéditos provenientes de pesquisa ou análise bibliográfica. A publicação é decidida pelo Conselho Editorial, com base em pareceres - respeitando-se o anonimato tanto do autor quanto do parecerista (*double-blind peer review*) - e conforme disponibilidade de espaço.

Artigos originais por convite (até 8.000 palavras, incluindo notas e referências): textos inéditos provenientes de pesquisa ou análise bibliográfica. O Conselho Editorial e o editor convidado podem solicitar a autores de reconhecida experiência que encaminhem artigos originais relativos a temáticas previamente decididas, conforme o planejamento da revista. Neste caso, o Conselho Editorial e o editor convidado deverão deliberar sobre a publicação dos artigos recebidos com base em pareceres (*double-blind peer review*). Revisões e atualizações são em geral provenientes de convite. O número de autores será limitado ao máximo de dois por artigo, sendo que cada autor só poderá figurar em um único artigo por número.

Resenhas (até 4.000 palavras, incluindo notas e referências): podem ser provenientes de demanda livre ou convite. O Conselho Editorial decide quanto à publicação, levando em conta temática, qualidade, boa redação e disponibilidade de espaço. Só serão aceitas resenhas com um único autor.

Seção de Entrevistas (até 4.000 palavras, incluindo notas e referências): publica depoimentos de pessoas cujas histórias de vida ou realizações profissionais sejam relevantes para as áreas de abrangência da revista.

Seção de Comentários (até 1.500 palavras, incluindo notas e referências): publica comentários sobre publicações da revista e notas ou opiniões sobre temas relevantes para a Saúde Coletiva.

Instruções para encaminhamento de textos:

1. O processo de submissão é feito apenas online, no sistema **ScholarOne Manuscripts**, no endereço <http://mc04.manuscriptcentral.com/physis-scielo>. É necessário se cadastrar no sistema, fazer o *login*, acessar o "Author Center" e dar início ao processo de submissão. Todos os autores dos artigos aprovados para publicação deverão, obrigatoriamente, associar seu número de registro no ORCID (*Open Researcher and Contributor ID*, <https://orcid.org/>) ao seu perfil no ScholarOne e informá-lo na declaração de autoria (ver modelo adiante).

2. Embora *Physis* seja mantida por uma instituição pública, a verba atualmente destinada à revista não tem sido suficiente para sua manutenção. Assim, a partir de 1º de janeiro de 2020, será cobrada uma taxa de publicação, como forma de garantir a continuidade do periódico. **O valor dessa taxa é de R\$ 600,00 (seiscentos reais) por artigo aprovado, ou seja, na submissão o autor não pagará a taxa, apenas e exclusivamente se o artigo for aceito para publicação. O valor para publicação de textos nas demais seções de *Physis* será de R\$ 200,00 (duzentos reais).** Será fornecido aos autores comprovante do pagamento da taxa. Após aprovação do artigo, os autores serão orientados, por e-mail, sobre como proceder quanto ao pagamento da taxa. Solicitações de dispensa de pagamento da taxa de publicação, devidamente justificadas, deverão ser encaminhadas à Editoria da revista, que irá analisá-las.

3. Os artigos devem ser digitados em *Word* ou *RTF*, fonte *Arial* ou *Times New Roman 12*, respeitando-se o número máximo de palavras definido por cada seção, que compreende corpo do texto, notas e referências. Resumos são considerados separadamente. **O texto não deve incluir qualquer**

informação que permita a identificação de autoria; os dados dos autores deverão ser informados apenas nos campos específicos do formulário de submissão e na declaração de autoria (item 11, adiante)..

4. Os estudos que envolvam a participação de seres humanos deverão incluir a **informação referente à aprovação por comitê de ética** na pesquisa com seres humanos, conforme Resoluções do Conselho Nacional de Saúde do Brasil. Os autores devem indicar se **a pesquisa é financiada**, se é **resultado de dissertação de mestrado ou tese de doutorado** e se há **conflitos de interesse** envolvidos na mesma. Informações sobre financiamento devem constar no item **"Agradecimentos"**, ao final do artigo ou em nota de fim.

5. *Physis* incentiva o depósito de manuscritos em plataformas preprints. Caso ocorra o depósito, é necessário que os autores notifiquem aos editores utilizando o campo **"Cover Letter"** inserindo o link (URL) e o número do DOI do manuscrito aceito pela plataforma preprint. No que concerne aos artigos que já foram divulgados como preprints, a avaliação ocorrerá de forma simples cega, tendo em vista que será possível consultar os nomes dos autores do texto.

6. Os artigos devem ser escritos em português (preferencialmente), inglês ou espanhol. A Editoria reserva-se o direito de efetuar alterações nos originais recebidos para adequá-los às normas da revista, preservando, no entanto, estilo e conteúdo. Eventualmente, serão aceitos artigos traduzidos, já publicados em outro idioma, que, pela sua relevância, possam merecer maior divulgação em língua portuguesa. **Os textos são de responsabilidade dos autores**, não coincidindo, necessariamente, com o ponto de vista dos editores e do Conselho Editorial da revista.

7. O resumo do artigo e as palavras-chave em português devem ser incluídos **nas etapas indicadas do processo de submissão**. Resumo e palavras-chave em inglês devem ser incluídos no corpo do artigo, **após as referências** (somente nas seções de artigos originais por demanda livre e temáticos). Os resumos não poderão ultrapassar **200 palavras**, devendo destacar o objetivo principal, os métodos básicos adotados, os resultados mais relevantes e as principais conclusões do artigo. Devem ser incluídas de **3 a 5 palavras-chave em português e em inglês**. O título completo do artigo também deverá ser traduzido. A revista poderá rever ou refazer as traduções.

8. Imagens, figuras ou desenhos devem estar em formato tiff ou jpeg, com resolução mínima de 200 dpi, com legenda e fonte Arial ou Times New Roman
10. Tabelas devem ser produzidas em *Word*. **Todas as ilustrações devem estar inseridas no corpo do artigo, mas aquelas produzidas em formato que não seja Word deverão ser encaminhadas em arquivos separados também, e serão inseridas no sistema como "image" ou "figure", com respectivas legendas e numeração.**

9. As notas, numeradas sequencialmente em algarismos arábicos, devem ser colocadas no final do texto, após as referências, com fonte tamanho 10. **As notas devem ser exclusivamente explicativas, escritas da forma mais sucinta possível.** Não há restrições quanto ao número de notas.

10. **As referências devem seguir as normas da ABNT (NBR 6023: 2018).** No corpo do texto, citar apenas o sobrenome do autor e o ano de publicação, seguidos do número da página no caso de citações. Todas as referências citadas no texto deverão constar nas referências, ao final do artigo, em ordem alfabética. **Os autores são responsáveis pela exatidão das referências,**

assim como por sua correta citação no texto. No caso de usar algum software de gerenciamento de referências (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

11. Tendo em vista o crescimento no número de coautores em muitos artigos encaminhados a *Physis*, **o número máximo de autores está limitado a quatro**, e só com justificativas excepcionais será aceito número maior. Além disso, será avaliada com bastante rigor a contribuição efetiva de cada autor. A Editoria se reserva o direito de recusar artigos cujos autores não prestem esclarecimentos satisfatórios sobre este item, e/ou solicitar a exclusão de participantes sem contribuição substancial. As responsabilidades individuais de todos os autores na preparação do artigo deverão ser indicadas na "Declaração de responsabilidade" (vide modelo), conforme os critérios do *International Committee of Medical Journal Editors*, que determina que o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada a: (1) Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; (2) Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; (3) Aprovação final da versão a ser publicada; (4) Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. A declaração, assinada por todos os autores, deverá ser digitalizada e encaminhada como documento suplementar ("*supplemental file not for review*"). Poderá ser incluído no final do corpo do artigo ou como nota de fim um item de "Agradecimentos", caso seja necessário citar instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo mas não preenchem os critérios de coautoria. Não será admitido o acréscimo de autores após a submissão, e a retirada de algum dos nomes apontados como autor só poderá ser feita caso

responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. A declaração, assinada por todos os autores, deverá ser digitalizada e encaminhada como documento suplementar ("supplemental file not for review"). Poderá ser incluído no final do corpo do artigo ou como nota de fim um item de "Agradecimentos", caso seja necessário citar instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo mas não preenchem os critérios de coautoria. Não será admitido o acréscimo de autores após a submissão, e a retirada de algum dos nomes apontados como autor só poderá ser feita caso diretamente determinada pela editoria em função do não atendimento aos critérios de atribuição de autoria.

12. Os trabalhos publicados em *Physis* estão registrados sob a licença *Creative Commons Atribuição 3.0 Brasil (CC-BY 3.0 BR)*. A declaração de responsabilidade, cujo modelo se encontra ao final destas instruções, deverá ser assinada por todos os autores, digitalizada e inserida no sistema, como "supplemental file not for review", de modo que os avaliadores não identifiquem o(s) autor(es) do artigo. Quaisquer **outros comentários ou observações encaminhados aos editores deverão ser inseridos no campo "Cover letter".**

13. Conforme orientação da SciELO, a identificação da afiliação de cada autor deverá restringir-se a nomes de entidades institucionais, cidade, estado e país. O endereço eletrônico poderá ser informado. Os nomes e endereços informados serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

14. Não serão aceitos trabalhos que não atendam às normas fixadas, mesmo que eles tenham sido aprovados no mérito (pelos pareceristas). Os editores se reservam o direito de solicitar que os autores adequem o artigo às normas da revista, ou mesmo descartar o artigo, sem nenhuma outra avaliação. Quaisquer outros comentários ou observações poderão ser encaminhados no campo "Cover letter".

15. Em caso de artigo já aceito para publicação, será possível publicá-lo também em inglês ou espanhol, se for de interesse do autor. No entanto, a tradução deverá ser feita por empresa qualificada (ou recomendada pela Editoria de *Physis*), e os custos de tradução correrão por conta do autor. As

versões em português e/ou espanhol ou inglês de cada artigo só poderão ser publicadas no mesmo volume e número da Revista e serão identificadas com o mesmo DOI.

16. Todo conteúdo publicado nos artigos e resenhas é de inteira responsabilidade dos autores.

ANEXO 5 – Normas - Revista Texto e Contexto Enfermagem

Artigo 2

Normas e instruções para submissão dos manuscritos

Podem ser submetidos para avaliação inicial, manuscritos que não estejam formatados de acordo com as normas da Texto & Contexto. No entanto, a submissão inicial do manuscrito deve seguir o padrão de artigo científico e incluir todos os arquivos de submissão necessários para revisão. Os artigos revisados ou com aceite final deverão ser formatados pelos autores de acordo com os requisitos específicos da Texto & Contexto (padrão das referências, tabelas e figuras etc.).

Preparo dos documentos: manuscrito e estrutura dos textos

Para submissão do manuscrito, os autores deverão compor dois documentos: 1) Página de identificação; e 2) Documento principal (*Main document*).

1) Página de Título (Modelo 1)

Deve conter título do manuscrito (conciso, mas informativo, com no máximo 15 palavras em negrito e caixa alta) somente no idioma original; nome completo de cada autor, registro do [ORCID](#) ativo na conta do author no *ScholarOne*, afiliação institucional, cidade, estado, país; nome e endereço eletrônico do autor correspondente.

Origem do manuscrito: extraído de tese, dissertação, trabalho de conclusão de curso, projetos de pesquisa, informando o título do trabalho, programa vinculado e ano da apresentação.

Agradecimentos: incluem instituições que, possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

Contribuição de autoria: Os critérios devem corresponder às deliberações do [ICMJE](#) nos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto, coleta, análise, interpretação dos dados e participação ativa na discussão dos resultados; 2.

Contribuição de autoria: Os critérios devem corresponder às deliberações do [ICMJE](#) nos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto, coleta, análise, interpretação dos dados e participação ativa na discussão dos resultados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Revisão e aprovação final da versão a ser publicada; 4. Concordância com todos os aspectos do manuscrito em termos de veracidade ou integridade das informações. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

Fontes de financiamento: informar o nome das instituições públicas ou privadas que deram apoio financeiro, assistência técnica e outros auxílios.

Aprovação de Comitê de ética em Pesquisa: informar o número de parecer do Comitê de ética em Pesquisa da instituição e do Certificado de Apresentação para Apreciação ética (CAAE), quando pesquisa envolvendo seres humanos.

Conflito de interesses: relacionar, se houver, os conflitos de interesse de todos os autores.

2) Manuscrito (Documento principal) (Modelo 2)

Os manuscritos devem ser preparados de acordo com as normas editoriais da revista, redigidos na ortografia oficial e digitados com espaço entrelinhas de 1,5 cm, justificado, À recuo inicial de parágrafo 1,25, sem espaço entre parágrafos em papel A4 e com numeração no rodapé das páginas, margem 2 cm. Letra *Arial* tamanho 12, utilizando editor *Word for Windows 97-2003* ou editores compatíveis.

Estrutura/seções

- Título somente no idioma do manuscrito
- Resumo estruturado somente no idioma do manuscrito

Estrutura/seções

- Título somente no idioma do manuscrito
- Resumo estruturado somente no idioma do manuscrito
- Descritores somente no idioma do manuscrito
- Introdução
- Método
- Resultados
- Discussão
- Conclusão
- Referências

Observação: O manuscrito deverá ser encaminhado no idioma original do primeiro autor. Caso o manuscrito esteja versado na língua inglesa e os autores sejam brasileiros, o manuscrito deve ser encaminhado também na versão em português para avaliação da qualidade da tradução pelo corpo editorial da **Texto & Contexto Enfermagem**.

Resumo: o resumo deve ser apresentado na primeira página, somente no idioma do manuscrito, com limite máximo de 250 palavras. Deve ser estruturado com as seguintes seções: objetivo(s), método, resultados e conclusão. Os ensaios clínicos e as revisões sistemáticas devem apresentar o número de registro do respectivo do protocolo ao final do resumo. Itens **não** permitidos no resumo: siglas e citações de autores.

Descritores: abaixo do resumo, incluir cinco a oito descritores no idioma original. Para determiná-los, consultar a lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), em <http://decs.bvs.br> ou o *Medical Subject Headings* (MeSH) do *Index Medicus*, disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>.

Apresentação das seções: o texto deve estar organizado sem numeração progressiva para título e subtítulo, devendo ser diferenciado através de tamanho da fonte utilizada. Exemplos:

Apresentação das seções: o texto deve estar organizado sem numeração progressiva para título e subtítulo, devendo ser diferenciado através de tamanho da fonte utilizada. Exemplos:

Título = **OS CAMINHOS QUE LEVAM À CURA**

Primeiro subtítulo = **Caminhos percorridos**

Segundo subtítulo = **A cura pela prece**

Ilustrações: as tabelas, quadros e figuras devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que forem citadas no texto, sendo limitadas a cinco no total. Configuradas na mesma fonte do texto, com espaçamento simples entre linhas, negrito apenas no cabeçalho, caixa alta apenas nas iniciais da variável, exceto tabelas e quadros, todas as demais ilustrações devem ser designadas como figuras.

Tabelas: devem ser apresentadas conforme as Normas de Apresentação Tabular, da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>

- devem apresentar dado numérico como informação central;
- título informativo, conciso e claro, contendo "o que", "de quem", cidade, sigla do Estado, país, ano da coleta de dados, seguido de ponto. Na sequência, informar o tamanho da amostra estudada entre parênteses precedido da letra n.
- exemplo: **Tabela 1 - Distribuição das mulheres vítimas de violência doméstica, segundo idade, cor, estado civil e escolaridade. Salvador, BA, Brasil, 2014. (n=209)**
- os dados devem estar separados corretamente por linhas e colunas de forma que esteja, cada dado, numa casela;

- os dados devem estar separados corretamente por linhas e colunas de forma que esteja, cada dado, numa casela;
- devem possuir traços internos somente abaixo e acima do cabeçalho e na parte inferior. Devem ser abertas lateralmente.
- não são permitidos: quebras de linhas utilizando a tecla *Enter*, recuos utilizando a tecla *Tab*, espaços para separar os dados, sublinhado, marcadores do *Microsoft® Office Word* e cores nas células;
- evitar tabelas extensas, com mais de uma página;
- tabelas curtas devem ser convertidas em texto;
- As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé da tabela, utilizando os símbolos na sequência: *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡.
- as legendas devem estar localizadas após a linha inferior da tabela, restritas ao mínimo necessário, sem negrito, apresentando o termo em caixa alta separado da descrição por dois pontos (ex.: VCM: volume corpuscular médio). Entre as legendas, deve-se usar ponto e vírgula e fonte *Arial*, tamanho 10.
- o teste estatístico utilizado deve ser mencionado na legenda;

Citações no texto

Citações indiretas: deverão conter o número da referência da qual foram subtraídas, suprimindo o nome do autor, devendo ainda ter a pontuação (ponto, vírgula ou ponto e vírgula) apresentada antes da numeração em sobrescrito, sem espaço entre ponto final e número da citação. Exemplo: as trabalhadoras também se utilizam da linguagem não verbal⁷.

Quando as citações oriundas de dois ou mais autores estiverem apresentadas de forma sequencial na referência (por exemplo, 1, 2, 3, 4 e 5), deverão estar em sobrescrito, separadas por um hífen. Exemplo: estabeleceu os princípios da boa administração, sendo dele a clássica visão das funções do administrador¹⁻⁵.

Citações diretas (transcrição textual): devem ser apresentadas no corpo do texto entre aspas, indicando o número da referência e a página da citação, independentemente do número de linhas. Exemplo: [...] "o ocidente surgiu diante de nós como essa máquina infernal que esmaga os homens e as culturas, para fins insensatos"^{1:30-31}.

Verbatims: as citações de pesquisa qualitativa devem estar em itálico, no corpo do texto, identificando entre parênteses a autoria e respeitando o anonimato. A identificação da autoria deve ser **sem** itálico. Exemplo: [...] *envolvendo mais os acadêmicos e profissionais em projetos sociais, conhecendo mais os problemas da comunidade* (e7).

Notas de rodapé: o texto deverá conter, no máximo, três notas de rodapé, que serão indicadas por: * primeira nota, ** segunda nota, *** terceira nota.

REFERÊNCIAS

As referências devem estar numeradas consecutivamente na ordem que aparecem no texto pela primeira vez e estar de acordo com o (*International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE*). Os títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus* e *International Nursing Index*.

O número de referências nos manuscritos limita-se a 30, exceto em artigos de Revisão de Literatura. Atentar para: atualidade das referências (preferencialmente dos últimos cinco anos); prioridade de referências de artigos publicados em periódicos científicos.

Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

No caso de usar algum *software* de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), os autores deverão converter as referências para texto.

Referências de artigos publicados na Revista Texto & Contexto Enfermagem e em outros periódicos brasileiros bilíngues devem ser citadas no idioma INGLÊS e no formato eletrônico.

Devem ser citados responsáveis de dados de pesquisa, bem como métodos e programas de computador.

Literatura cinzenta: devem ser evitadas citações de publicações, não convencionais, não indexadas, de difusão restrita e que em regra geral não apresentem ISBN, ISSN, ISAN ou DOI (teses, dissertações, trabalhos de conclusão de curso, apostilas, anais, portarias e publicações oficiais).

Os manuscritos extraídos de teses, dissertações e TCCS não devem citar o trabalho original nas referências. Esta informação deverá ser inserida na página de identificação.

Observação: trabalhos não publicados não deverão ser incluídos nas referências, mas inseridos em nota de rodapé.

Para outros exemplos de referências, consultar: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html. Para as abreviaturas de títulos de periódicos em português, consultar: <http://www.ijicr.br>