

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Instituto de Ciências Agrárias
Curso de Graduação em Administração

Lorena Patrícia Liberto Dias

**ANÁLISE DOS IMPACTOS DA COVID-19 NA GESTÃO DA ALA PEDIÁTRICA DE
UM HOSPITAL EM MONTES CLAROS-MG**

Montes Claros
2023

Lorena Patrícia Liberto Dias

**ANÁLISE DOS IMPACTOS DA COVID-19 NA GESTÃO DA ALA PEDIÁTRICA DE
UM HOSPITAL EM MONTES CLAROS-MG**

Trabalho de Conclusão de Curso II apresentado ao curso de Administração da Universidade Federal de Minas Gerais – *Campus* Regional Montes Claros, como requisito parcial para o grau de bacharel em Administração.

Orientador: Prof. MSc. Dalton Rocha Pereira

Montes Claros
2023

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Instituto de Ciências Agrárias
Curso de Graduação em Administração

**ANÁLISE DOS IMPACTOS DA COVID-19 NA GESTÃO DA ALA PEDIÁTRICA DE
UM HOSPITAL EM MONTES CLAROS-MG**

Lorena Patrícia Liberto Dias

Trabalho de Conclusão de Curso II aprovado pela Banca Examinadora constituída pelos membros:

Prof. Dr. André Luiz Mendes Athayde - ICA/UFMG

Médica. Dr^a. Graziela Moraes de Oliveira - ICA/UFMG



Prof. MSc. Dalton Rocha Pereira - Orientador ICA/UFMG

Montes Claros-MG, 04 de dezembro de 2023

A Deus, por todas as graças que realiza em minha vida. À minha mãe, Shirley Liberto e aos meus irmãos pelo incentivo. A meu marido Maycon Dias por todo amor, dedicação e incentivo. Aos meus filhos Luís Miguel e Maria Isis, razão da minha dedicação e empenho

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus, pelo amparo nos momentos difíceis e por conduzir todos os dias para que eu me torne um ser humano melhor, justo e ético. À minha mãe, pelo carinho, ao meu esposo pela confiança e irrestrito amor, à minha sogra pelos dias de apoio. É demais familiar, pela presença em todos os momentos.

Sou grata a todos os professores que contribuíram com a minha trajetória acadêmica. Todo meu respeito e admiração, em especial ao Professor MSc. Dalton Rocha e ao Professor Dr. Giovanni Fonseca de quem tive o privilégio de ser orientanda, agradeço por estar sempre presente, pela orientação impecável, pela atenção, pela paciência, pela dedicação e por todo suporte e apoio dados.

Aos colegas, pela ajuda e conhecimentos partilhados e aos amigos que fiz nesta jornada. Ao ICA - UFMG pela estrutura, suporte e apoio sempre em excelente qualidade. E aos trabalhadores do ICA - UFMG, agradeço pelo estimulante ambiente de aprendizado proporcionado, comprometimento, empenho pelo zelo e competência com que exercem suas atividades.

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota”.

(Madre Teresa de Calcutá)

RESUMO

A COVID-19 surgiu no final do ano de 2019 e logo se espalhou pelo mundo, nesse cenário, o presente estudo norteou-se pelo seguinte problema: quais os impactos da pandemia de COVID-19 na gestão da ala pediátrica de um hospital no município de Montes Claros - MG? Diante disso, o presente trabalho teve como objetivo geral analisar a gestão da ala pediátrica de um hospital em Montes Claros - MG. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com a gestora da ala pediátrica, com a supervisora do setor pediátrico e com uma técnica de enfermagem do setor. Foi realizada também uma análise descritiva dos boletins epidemiológicos da ala pediátrica do hospital, disponibilizados no sítio eletrônico oficial da Prefeitura de Montes Claros - MG. Os resultados mostram que a ala pediátrica passou por poucas mudanças em sua estrutura funcional a maioria das suas adaptações foram na parte da gestão, a ala pediátrica continuou com a mesma dinâmica o que alterou foi a criação de 9 leitos para o atendimento de pacientes com a COVID-19. A princípio, ocorreu um aumento nas internações, mas logo, essas internações diminuíram com a implementação do Decreto da suspensão de cirurgias eletivas e também com a diminuição de crianças que precisavam de internação devido ao isolamento social. Não houve a “necessidade de contratação de funcionários” durante o período, porém ficou evidente que os colaboradores trabalharam sobrecarregados, por causa dos afastamentos.

Palavras-chave: Gestão hospitalar; Demanda; sobrecarga laboral; Pediatria; Pandemia.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1- Diferentes cenários de resposta.....	18
Quadro 2 - Decretos municipais sobre a covid-19	34
Quadro 3 - Identificação das falas das entrevistadas.....	35
Quadro 4 - Divisão da ala pediátrica e cti neo.....	36
Gráfico 1 - Ocupação de leitos Novembro 2020.....	26
Gráfico 2 - Ocupação de leitos Dezembro 2020.....	26
Gráfico 3 - Ocupação de leitos Janeiro.....	27
Gráfico 4 - Ocupação de leitos Fevereiro.....	27
Gráfico 5 - Ocupação de leitos Março.....	28
Gráfico 6 - Ocupação de leitos Abril.....	28
Gráfico 7 - Ocupação de leitos Maio.....	29
Gráfico 8- Ocupação de leitos Junho.....	29
Gráfico 9 - Ocupação de leitos Julho.....	30
Gráfico 10 - Ocupação de leitos Agosto.....	30
Gráfico 11- Ocupação de leitos Setembro.....	31
Gráfico 12 - Ocupação de leitos Outubro.....	31
Gráfico 13 - Ocupação de leitos Novembro.....	32

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

COVID-19 - Coronavírus Disease 19

CTI-NEO - Centro de Terapia Intensiva neonatal

SARS-COV-2 - Coronavírus 2 da síndrome respiratória aguda grave

UTI - Unidade de terapia intensiva

OMS - Organização Mundial da Saúde

SRAG - Síndrome Respiratória Aguda Grave

OPM - Órteses, próteses e materiais especiais

SUS - Sistema Único de Saúde

IEPS - O Instituto de Estudos para Políticas de Saúde

SCIH - Serviço de Controle de Infecção Hospitalar

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	13
2.1 Gestão hospitalar.....	13
2.2 Impactos psicológicos da COVID-19.....	15
2.3 Gestão Hospitalar durante a COVID-19.....	17
2.4 Demanda por leitos hospitalares durante a COVID-19.....	20
3 METODOLOGIA.....	23
3.1 Caracterização da pesquisa.....	23
3.2 População e amostragem.....	24
3.3 Instrumento de coleta de dados	24
3.4 Técnicas de análise de dados	24
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	25
4.1 Análise dos boletins epidemiológico.....	25
4.2 Análise das entrevistas e caracterização.....	34
4.2.1 Estrutura da ala pediátrica.....	35
4.2.2 Adaptações necessárias durante a COVID-19 na ala pediátrica.....	36
4.2.3 Demanda por leitos pediátricos.....	37
4.3 Estratégias e dificuldades para o enfrentamento da COVID-19.....	41
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	43
REFERÊNCIAS.....	45
APÊNDICE.....	51

1 INTRODUÇÃO

Na história da humanidade, as doenças infecciosas de transmissão em massa, causaram milhões de mortos e grandes mudanças políticas, sociais e econômicas na sociedade, desde a Peste Bubônica (Século XIV), passando pela Cólera (1917), Gripe Espanhola (1918), Gripe Suína (2009) e, mais recentemente, a COVID-19 (Senhoras, 2020).

De acordo com o Ministério da Saúde, COVID-19 é o nome dado a uma infecção respiratória aguda causada pelo Coronavírus SARS-CoV-2, potencialmente grave, de elevada transmissibilidade e de distribuição global. O SARS-CoV-2 é um betacoronavírus descoberto em amostras de lavado broncoalveolar obtidas de pacientes com pneumonia de causa desconhecida na cidade de Wuhan, província de Hubei, China, em dezembro de 2019. Pertence ao subgênero Sarbecovírus da família *Coronaviridae* e é o sétimo coronavírus conhecido a infectar seres humanos.

A COVID-19 registrou, até novembro de 2023, mais de seis milhões, novecentos e oitenta e um mil, duzentos e sessenta e três, óbitos no mundo segundo a Organização Mundial de Saúde, doravante - (OMS). Durante o período da pandemia os casos da doença que apresentassem sintomas leves eram tratados em casa e os casos mais graves precisavam de internações em hospitais, com procedimentos de intubação e sedação em Unidades de Tratamento Intensivo, adotaremos a partir de agora, apenas a sigla - UTI. Com isso, ocorreu um aumento na demanda por leitos de UTI nos hospitais gerando disputas no mercado internacional por lotes de máscaras, luvas e respiradores, A OMS realizou alertas acerca do risco de escassez dos equipamentos médicos e do impacto sobre a capacidade de atendimento dos sistemas de saúde nacionais. (Oliveira; Oliveira; Maia; Munhoz, 2022).

Nesse cenário, o presente estudo norteou-se pela seguinte questão problemática: quais os impactos da pandemia de COVID-19 na gestão da ala pediátrica de um hospital em Montes Claros - MG? Diante disso, o presente trabalho teve como objetivo geral analisar a gestão da ala pediátrica de um hospital em Montes Claros – MG durante a COVID-19. Subsidiando o alcance do objetivo geral, estabeleceram-se os seguintes objetivos específicos: caracterizar a demanda por leitos pediátricos do hospital de novembro de 2020 a novembro de 2021; descrever as adaptações gerais necessárias no setor para enfrentamento da COVID-19; identificar as principais dificuldades enfrentadas pela ala pediátrica durante a pandemia; analisar as principais estratégias adotadas pela gestão do setor durante o enfrentamento da COVID-19.

O interesse em investigar, a gestão da ala pediátrica se deu pelo fato de tentarmos aprofundar/elucidar, a realidade específica enfrentada pelo setor, embora haja dados disponíveis para o hospital como um todo. Os planos de contingência microrregional e boletins epidemiológicos da cidade de Montes Claros - MG apontaram a implantação de medidas para conter o avanço da doença. Diante do aumento no número de internações, os hospitais tiveram que se adequar à nova situação. Assim, os resultados desta pesquisa poderão levantar reflexões acerca da gestão adotada especificamente neste setor de interesse e que servirá como referência de conhecimento e aprendizado para enfrentamento de situações similares no futuro e tomadas de decisão.

Após, essa breve introdução, a seguir será apresentado o referencial teórico, compreendendo os seguintes temas: Gestão hospitalar, impactos psicológicos da COVID-19, gestão hospitalar durante a COVID-19 e demanda por leitos hospitalares durante a COVID-19. Logo após, será abordada a metodologia da pesquisa, a qual explicita a caracterização da pesquisa, a descrição da amostra e as técnicas de coleta e de análise de dados da pesquisa. Posteriormente, serão apresentados os resultados obtidos na pesquisa, bem como análises e discussões e, por fim, apresentar-se-á as considerações finais e limitações.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Gestão Hospitalar

A gestão de pessoas no ambiente hospitalar é necessária para que haja maior organização, facilidade dos processos assistenciais, redução de custos e, até mesmo, melhoria do atendimento. Ao descrever uma breve história da organização hospitalar, somos levados a refletir sobre o surgimento dessa palavra e como eram administrados esses hospitais, a organização hospitalar tinha um caráter exclusivo de tratamento religioso e espiritual, comandados por religiosos e seus dogmas. O hospital era tido como casa de hospedagem, onde abrigava peregrinos, pobres, recebiam doentes, asilo para idosos, orfanato, hospital para mulheres, esses aspectos contribuíram para a formação da palavra hospital (Campos, 1944; Borger, 2018). Já existiam hospitais antes do cristianismo, com estruturas bem diferentes das que conhecemos hoje.

O hospital oriundo de épocas remotas, anteriores ao cristianismo, e desenvolvido por iniciativa de organizações religiosas, converteu-se em instituição social como obrigação do Estado que passou a fundá-los e mantê-los quando se estabeleceu a transformação política democrática (Campos, 1994, p. 47).

O hospital passou por muitas mudanças após o cristianismo, saiu de uma organização religiosa caridosa para adquirir um formato de uma organização social, na qual o Estado deveria prestar assistência e tornou um direito dos cidadãos a assistência hospitalar gratuita e de qualidade, acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, conforme a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 no artigo 196. Segundo Magalhães e Rodrigues Júnior (2004), os hospitais eram administrados por padres, freiras, médicos e membros da comunidade sem preparações específicas. No Brasil, esse modelo de administração ainda é exercido na sua maioria, porém existem alguns casos em que se observa uma mudança nessa gestão, dentre outros fatores, com a implantação do curso de administração hospitalar. (Magalhães; Rodrigues, 2004). O primeiro curso de administração hospitalar foi lecionado por Michael Davis na Universidade de Chicago nos EUA em 1934 (Levy; Col, 1981; Bellin; Weeks, 1981; Kisil, 1989 *apud* Zoboli, 2004).

Com o tempo, os hospitais passaram a ser obrigação do Estado tendo esse que fundá-los e mantê-los, as verbas eram escassas e quem mais usavam os serviços era apenas os pobres. Os que tinham melhores condições financeiras eram tratados em suas casas, pois as instalações dos hospitais eram precárias e havia muita morte por falta de cuidados básicos de assistência.

Porém, os hospitais mudaram de um padrão simples de proteção, repressão, segregação, detenção e no aprisionamento, por um padrão moderno melhorando o atendimento, tendo maior racionalidade e eficiência nos processos administrativos e assistenciais (Campos, 1944; Foucault, 1999).

Em tempos modernos, cujas inovações tecnológicas contínuas e crescente complexidade dos sistemas de saúde, não há espaço para a manutenção de padrões arcaicos de gestão ou de liderança (Bernardes, 2018, *apud Rosa et al.*, 2022). É necessário estimular estratégias eficazes, efetivas e eficientes de transferência do conhecimento produzido, de modo que possa ser utilizado em benefício da saúde pública, principalmente em áreas hospitalares (Rosa *et al.*, 2022).

Estudos recentes observam mudanças nas práticas político-gerenciais da esfera pública, pautadas em uma gestão em saúde com características de descentralização com grande destaque para a temática da administração hospitalar, provavelmente pelo fomento à mudança de modelo assistencial e reorientação da sua gestão (Santos *et al.*, 2020).

Um modelo de organização do cuidado à saúde pautado por lideranças que possibilitem a tomada de decisão coletiva e assertiva, incluindo os trabalhadores no processo reflexivo por meio de comunicação intensa e dialógica, tornando as evidências em prática e a prática em evidências para uma melhoria assistencial com a gestão social abordada por Cançado, Tenório e Pereira (2011).

No que se refere a estrutura, o hospital possui estrutura organizacional do tipo horizontal e vertical superdimensionadas, e que por isso há maior dificuldade para se ter um modelo assistencial segundo alguns padrões de qualidade (Bittar, 2004).

De acordo com Campos (1944), as instituições hospitalares teriam que ser estruturadas da seguinte forma:

- Entrada diferentes uma para médicos, enfermeiros e auxiliares administrativos e outra diferente para doentes, acompanhantes e visitantes;
- As enfermarias devem ter quatro quartos com seis ou oito leitos no máximo, permitir a separação de especialidades médicas;
- Quando o hospital receber parturientes, deve ter uma ala separada para atendimento de puérpera e de gestantes;
- Salas de parto e de curativos, isolamento para infectadas, berçário, ambulatório, o laboratório clínico de rotina, para serviço externo de contribuintes;
- A seção cirúrgica terá que ter: uma sala asséptica e outra séptica;

- Serviço de esterilização e arsenal de materiais cirúrgicos suficientes e de preferência próximos, constituindo o bloco cirúrgico;
- A farmácia, como pequeno laboratório anexo;
- Quartos para médicos e para enfermeiros residentes ou plantonistas e para auxiliares da administração;
- Cozinha geral completa, convenientemente equipada;
- Reservatório de água que dure pelo menos 48 horas sem abastecimento;
- Instalação de banheiros e aparelhos sanitários, de acordo com a lotação ou movimento geral do hospital;
- Necrotério com instalação anexa e equipamento especial para necrópsias inclusive frigorífico para conservação de corpos, capela mortuária ou velório;
- Rouparias, lavanderia mecânica e lavagem manual para complemento, incineração;
- Serviço de admissão e internação organizados, com portuários bem informatizados;
- Serviço Social para investigação sobre os recursos do doente e da família.

2.2 Impactos psicológicos da Covid-19

Segundo Noronha *et al.*, 2020, a COVID-19 é causada pelo coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARSCoV-2). Os sintomas com maior frequência são: febre, tosse seca, cansaço, coriza, obstrução nasal, dor de garganta e diarreia, sendo que 14% dos pacientes apresentam sintomas severos [dificuldade em respirar e falta de ar], necessitando de internação para oxigenoterapia e 5% apresentam sintomas críticos [insuficiência respiratória, risco de morte, entre outros] (SBI, 2020).

Em 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou que o surto da COVID-19 constituía em uma Emergência de Saúde Pública de importância internacional, o mais alto nível de alerta, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional (OMS, 2020). De acordo com o mapa interativo do Centro de Ciência e Engenharia de Sistemas (CSSE) na Universidade Johns Hopkins, registraram mortes em 18 países (Donge, *et al.*, 2020). Na América Latina a COVID-19 chegou mais tarde que em outros continentes. No Brasil, o primeiro caso registrado foi em 25 de fevereiro de 2020 (Donge, *et al.*, 2020). Ao final de abril, já havia ultrapassado 4 milhões de casos confirmados mundialmente, tornando os setores de saúde cheios, com profissionais

esgotados e em muitos locais sem revezamento de turnos devido à alta demanda e poucos médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas e outros profissionais, para a manutenção dos serviços essenciais de saúde, como o de prestação de primeiros socorros, reanimação, intubação e demais processos necessários que chegassem aos hospitais trazidos por parentes ou via ambulância (Kavoor Ar, *et al.*, 2020).

A OMS (2020) alertou sobre as medidas de proteção [individual e coletiva] dentre elas estão: lavar as mãos frequentemente com água e sabão ou álcool em gel e cobrir a boca com o antebraço quando tossir ou espirrar (ou utilizar um lenço descartável e, após tossir/espirrar, jogá-lo no lixo e lavar as mãos, também usar máscaras de proteção e manter o distanciamento social). Se uma pessoa tivesse com sintomas menores, como tosse leve ou febre leve, geralmente não havia a necessidade de procurar atendimento médico. O ideal era ficar em casa, fazer isolamento (conforme as orientações das autoridades nacionais de saúde) e monitorar os sintomas e procurar atendimento médico imediato se tivesse dificuldades em respirar ou dor/pressão no peito.

Barroso Bil, *et al.* (2020) fizeram um mapeamento mostrando o índice de risco que os trabalhadores brasileiros têm de serem contaminados pela COVID-19 durante suas atividades profissionais e os trabalhadores da saúde apresentaram de 97 a 100% de risco de contágio desde técnicos de saúde bucal a técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos. A categoria profissional com o maior número de registros no sistema foi a de “Técnico ou Auxiliar em Enfermagem” (68.250 ou 34,2%), seguida pela de “Enfermeiro” (33.733 ou 16,9%), em seguida pela de “Médico” (26.546 ou 13,3%), já a de “Recepcionista” (8.610 ou 4,3%) e “Outro tipo de agente de saúde” (5.013 ou 2,5%) (Brasil, 2020).

A crise revelou as fragilidades, principalmente quando se falava de isolamento social e isolamento físico. Percebe-se que com a mudança de rotina das pessoas, foram geradas expressivas alterações psicológicas, não só em pessoas com condições já pré-existentes, mas também em indivíduos que nunca apresentaram quadros de acometimentos psicológicos anteriores (Correa *et al.*, 2021). Indivíduos infectados com o coronavírus, por exemplo, tiveram níveis maiores de depressão e ansiedade do que aquelas que não foram infectadas (Ponti *et al.*, 2021). Além disso, as mulheres se mostraram mais suscetíveis a estressores psicológicos decorrentes da pandemia, como medo e estresse peritraumático, do que os homens (Abad *et al.*, 2020).

No Brasil, a vacinação começou a ser feita em janeiro de 2021, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) autorizou, para uso emergencial, as seguintes vacinas: Oxford/AstraZeneca e a Coronavac. Para Dales e Stylianou (2021) a vacinação era essencial e

envolve: processos científicos complicados, corporações multinacionais, logística, muitas promessas governamentais conflitantes e uma grande dose de burocracia e regulamentação, o que significa que descobrir quando e como as vacinas serão lançadas em todo o mundo não é exatamente simples.

2.2.2 Gestão Hospitalar durante a covid-19

Em uma pandemia, as demandas concorrentes por recursos, o impacto de longa duração e o risco de contágio e adoecimento da equipe de saúde levam a limitações quanto à transferência de recursos ou atendimento de pacientes (Hick *et al.*, 2014). Desse modo, a maioria dos modelos prevê que, em caso de pandemias, a capacidade de atendimento hospitalar e de cuidados intensivos é excedida (Ten Eyck, 2008; Hupert *et al.*, 2009). A Organização Mundial da Saúde, 2020 alertou que a pandemia de COVID-19 levou a uma escassez aguda de suprimentos essenciais, incluindo equipamentos de proteção individual, kits diagnósticos e produtos médicos. Considerando um cenário de escassez de recursos como o que o mundo vem enfrentando, Biddison *et al.* (2019) apresentam uma estrutura para priorização de recursos que pode ser aplicada por gerentes hospitalares e médicos para alocação de suprimentos durante a COVID-19.

O Quadro 1 apresenta as diferenças entre os cenários de resposta em situações normais, contingenciamento e de crise, para seis diferentes dimensões: espaço, funcionários, suprimentos, atendimento, objetivo de expansão e abrangência.

Fonte: Adaptado de Hick *et al.* , 2014.

cenários	Dimensões					
	Espaço	Funcionários	Suprimentos	Atendimentos	Objetivo de expansão	Abrangência
Convencional	Espaços usuais	Pessoal solicitado conforme necessidade	Disponíveis	Cuidados usuais	x 1,2 (20% capacidade usual)	Local
Contingência	Áreas de atendimento redirecionadas	Expansão das equipes	Conservação, adaptação e substituição de suprimentos quando seguros	Impactos mínimos nas práticas usuais	x 2 (100% capacidade usual)	Regional / Estadual
Crise	A expansão em cada hospital é superada pelo volume de casos, levando ao uso de áreas não tradicionais	Expansão das equipes	Escassez	Atendimentos intensivos em massa, incompatível com os padrões usuais	x 3 (200% capacidade usual)	Nacional

Segundo a nota técnica de Grabois *et al* 2020, as instruções para as Secretarias Estaduais de Saúde, juntamente com os municípios e o Governo Federal trouxeram recomendações para que os hospitais se preparassem para o atendimento dos pacientes com síndrome gripal ou COVID-19. Para resposta a pandemia do COVID-19, foi importante:

- organizar respostas assistenciais, de acordo com o nível de gravidade clínica, de forma a garantir o atendimento adequado da população na rede de saúde (Secretária do Estado do Rio de Janeiro, 2020b);
- tomar precocemente medidas de identificação, acolhimento e cuidado em áreas específicas para sintomáticos respiratórios, disponibilizando atendimento adequado aos infectados, de acordo com a gravidade clínica (Secretaria do Estado do Rio de Janeiro, 2020b);
- identificar e planejar a transformação de ambientes de cirurgia e recuperação pós anestésica em ambientes de terapia intensiva (Massuda *et al.*, 2020, apud Grabois *et al.*, 2020);

- treinar equipes hospitalares para que saibam atuar durante a crise, incluindo definição de funções e capacidade de desempenho de funções multidisciplinares (Einav *et al.*, 2014);
- implementar triagens externas às unidades de saúde a fim de reduzir/evitar transmissão da COVID-19 entre os pacientes com síndrome gripal e demais e os profissionais de saúde (Associação médica brasileira, 2020);
- reduzir a exposição de pacientes da síndrome gripal após a triagem externa encaminhando-os para áreas específicas a fim de reduzir/evitar a transmissão entre pacientes e profissionais de saúde (Zangrillo *et al.*, 2020; Secretaria do estado de São Paulo, 2020);
- alocar pacientes de acordo com a gravidade clínica, após a triagem e baseados em sinais vitais, exames laboratoriais e físicos (Zangrillo *et al.*, 2020, apud Graboid *et al.*, 2020);
- criar fluxos de circulação e ambientes de cuidados separados (coortes) para pacientes confirmados COVID-19 e pacientes suspeitos (Massuda *et al.*, 2020, apud Grabois *et al.*, 2020);
- disponibilizar equipes de resposta rápida em apoio a estados e municípios (Ministério da saúde, 2020b);
- designar para o cuidado de pacientes graves e críticos apenas profissionais de saúde com treinamento prévio em cuidados intensivos (Geiling *et al.*, 2014, apud Grabois *et al.*, 2020);
- utilizar medidas em colaboração com representantes das equipes de saúde para lidar com redução de pessoal (Einav *et al.*, 2014);
- implementar medidas para reduzir efeitos que podem ser evitáveis a partir da redução ou falta de pessoal, como por exemplo, abrigo para funcionários e suas famílias, apoio à saúde-mental, medidas para reduzir a fadiga e manutenção eficaz dos ambientes de trabalho (Einav *et al.*, 2014);
- supervisionar e orientar médicos e os demais profissionais de saúde com a inclusão de avaliação contínua do plano de tratamento (Einav *et al.*, 2014);
- estimar as necessidades para que profissionais sejam orientados quanto à reabilitação e cuidados prolongados (Geiling *et al.*, 2014, apud Grabois *et al.*, 2020);
- monitorar os estoques de suprimentos e recursos para atendimento (Ministério da saúde, 2020b);

- incluir comitês hospitalares de planejamento da capacidade e gestão das operações durante a pandemia (Hick *et al.*, 2014, apud Grabois *et al.*, 2020);
- realizar atividades de capacitação para os profissionais de saúde voltados ao uso adequado dos EPIs de acordo com os ambientes de cuidado e procedimentos a serem realizados, assim como nas técnicas de paramentação e de desparamentação (Grabois, 2020);
- utilizar o transporte de remoção de pacientes para transportar ativos como fornecedores e equipamentos especializados (Einav *et al.*, 2014);
- empregar ferramentas simples, pré-estabelecidas e padronizadas de coleta de dados pelas equipes de resposta, objetivando atender as necessidades das autoridades locais e facilitar o acompanhamento do atendimento durante o evento (Geiling *et al.*, 2014, apud Grabois *et al.*, 2020);
- utilizar tecnologia como complemento importante para a prestação de serviços (Einav *et al.*, 2014).

2.4 Demanda por leitos hospitalares durante a COVID-19

No estudo realizado pelo Instituto de Estudos para Políticas de Saúde, doravante - IEPS, sobre a demanda e da oferta de leitos e equipamentos de ventilação assistida considerando os diferenciais de estrutura etária, perfil etário de infecção, risco etário de internação e distâncias territoriais 2020, descrevem como principais resultados: que a pressão exercida pela COVID-19 poderá criar desafios regionais importantes para o sistema hospitalar. A análise dos leitos sofreria problemas quando a taxa de infecção por SARS-Cov-2 alcançasse 1% da população de cada microrregião, caso o tempo de absorção da demanda fosse de apenas 1 mês. O déficit de oferta seria sentido até no estado do Amazonas, além de alguns locais de Roraima, Pará e Tocantins e estados do Nordeste, os quais representam 11% (48) das microrregiões de saúde. Afirmam que nos demais cenários, a oferta de leitos gerais seria suficiente (IEPS, 2020).

Em termos de leitos UTI e respiradores, a situação seria mais preocupante, especialmente para leitos UTI. Na pesquisa apontou que num cenário de taxa de infecção de 1%, 95% das microrregiões de saúde teriam uma demanda por UTI em função da COVID-19 maior do que a oferta e 51% delas não conseguiriam atender a demanda por respiradores caso os casos de agravo tivessem que ser absorvidos em apenas 1 mês. Mesmo num período de 6 meses, ainda teríamos 53% das microrregiões deficitárias para leitos UTI e 24% para

equipamentos de ventilação assistida. Esses déficits ocorreriam em regiões mais vulneráveis do ponto de vista socioeconômico, como Norte, Nordeste, partes do Centro-Oeste e norte do estado de Minas Gerais.

Embora, a oferta de leitos UTI seja gerida na escala das macrorregiões de saúde, os resultados no nível microrregional revelam vazios assistenciais (bolsões de autocorrelação espacial de áreas deficitárias) que exigiram maiores esforços dos gestores em saúde para adequar a oferta na escala macrorregional, incluindo as melhores formas de reorientação de fluxos de pacientes agravados para COVID-19 (Noronha *et al* 2020).

Os autores do estudo aconselharam que as secretárias de saúde se organizassem, a facilitar o referenciamento de atendimento a pacientes de COVID-19 para evitar o tempo de espera que poderia levar esses pacientes ao óbito. Descrevem que é fundamental a secretária conhecer as necessidades de saúde da população para associá-las à estrutura de oferta e planejar novos investimentos. Mostram que no cenário de pandemia da COVID-19, para que o sistema possa atender prontamente os casos de agravamento da doença os gestores de saúde terão que ser capazes de transportar o paciente para os hospitais do município polo da macrorregião. Essa capacidade está condicionada à existência de unidades de suporte avançado à vida para a realização desse traslado e à distância percorrida.

Olhando para a realidade dos municípios mineiros, a distância mínima média percorrida para obter atendimento em leito UTI é relativamente baixa, em torno de 85 km. O maior valor (420 km) é observado no caso do município Santo Antônio do Jacinto (localizado na macrorregião Nordeste). Para essas localidades, uma alternativa seria a disponibilização de transporte aeromédico/aero ambulância/UTI aérea que pode ser mais custo-efetiva do que criar nova capacidade instalada.

As dificuldades de acesso podem estar presentes em 18% dos 853 municípios em Minas Gerais, nos quais os pacientes precisariam percorrer em média uma distância igual ou superior a 120km. Entre esses municípios, 40 estão localizados na macrorregião do Nordeste (208km), Jequitinhonha (155km), Noroeste (152km), Triângulo do Sul (136km) e a Norte (120km). Essas localidades são em geral mais vulneráveis do ponto de vista socioeconômico acentuando a necessidade de políticas direcionadas para garantir atendimento e acesso adequado aos pacientes mais graves da COVID-19. No caso do Estado de Minas Gerais, tem sido estipulado que localidades cuja distância média percorrida é superior a 200km serão elegíveis para transporte via o SAAV (Suporte Aéreo Avançado de Vida) ou UTI móvel. Esses municípios representam 8,65% do total do Estado e estão em sua maioria localizados na macrorregião Nordeste. (Noronha *et al.*, 2020).

Em relação a taxa de internação de crianças em leitos hospitalar, segundo Cavalcante *et al* no estudo de perfil clínico-epidemiológico de crianças e adolescentes com COVID-19 no Ceará 2021, foram registradas 319 (1,8%) ocorrências de internamento entre as crianças e adolescentes confirmadas com COVID-19 e dentre estas 58 (18,1%) utilizaram a UTI, das quais, 10 (17,2%) apresentavam comorbidades e 20 (34,5%) evoluíram para óbito durante a internação em unidade intensiva. Mesmo com esses dados a pesquisa revela que as crianças foram menos afetadas com a COVID e teve evolução mais favorável em comparação aos adultos. Segundo os autores, foram por três possibilidades, as aulas das escolas foram suspensas, diminuindo o contato entre as crianças e contactantes com a COVID-19; a maioria das crianças com COVID-19 foram assintomáticas, não procuraram assistência médica e, portanto, não foram diagnosticadas; as crianças apresentam sistema imune protetor à COVID-19, além de apresentarem menos comorbidades em relação aos adultos e idosos (Cavalcante *et al.*, 2021).

Após essa breve revisão bibliográfica apresentar-se-ão, a seguir, os procedimentos metodológicos adotados neste estudo para alcance de seu objetivo geral.

3 METODOLOGIA

3.1 Caracterização da pesquisa

Quanto à natureza, a presente pesquisa se caracteriza como aplicada, que tem como objetivo gerar conhecimentos para aplicação prática dirigidos à solução de problemas específicos e que envolve verdades e interesses locais (Gil, 2008).

Quanto à abordagem do problema, a presente pesquisa se caracteriza como multimétodo, segundo Creswell e Clark (2011), a abordagem multimétodo é um desenho completo de pesquisa, que assume múltiplas formas de dar sentido ao mundo, e variadas maneiras de ver e ouvir, integrando métodos quantitativos e qualitativos, seja na coleta (geração) ou na análise de dados. O método qualitativo busca compreender, com base em dados qualificáveis, a realidade de determinados fenômenos, a partir da percepção dos diversos atores sociais (Gil 1999; Cervo; Bervian, 2002). “A abordagem qualitativa de um problema, além de ser uma opção do investigador, justifica-se, sobretudo, por ser uma forma adequada para entender a natureza de um fenômeno social” (Richardson, 1999, p. 79). A pesquisa qualitativa se mostra apropriada no contexto deste estudo, haja vista que será observada a gestão dos profissionais da saúde da pediatria durante a pandemia da COVID-19, o que mudou nos seus processos de contratação, no treinamento, na estrutura do hospital para atender a demanda da pandemia, na gestão de profissionais da saúde, como se preenche o quadro de funcionários devido os afastamentos pela doença, como ficou definida a rotina da “Ala Pediátrica”, quantos funcionários foram necessários.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com a gestora da ala pediátrica, com a supervisora do setor pediátrico e com uma técnica de enfermagem do setor, por meio de um roteiro de entrevista (Apêndice). A entrevista contou com o anonimato tanto da entrevistada quanto da instituição pesquisada. Foi realizada também uma análise descritiva dos boletins epidemiológicos da ala pediátrica do hospital, disponibilizados no sítio eletrônico oficial da Prefeitura de Montes Claros - MG.

Quanto aos objetivos, a presente pesquisa se caracteriza como descritiva, que, na concepção de Gil (2008), tem como principal objetivo descrever características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre as variáveis. Se caracteriza também como exploratória, pois os estudos neste modelo permitem ao pesquisador aumentar sua experiência em torno de um determinado problema e ainda servem para levantar possíveis problemas de pesquisa (Triviños, 1987 *apud* Silva, 2014).

3.2 População e amostragem

A amostragem adotada no estudo foi do tipo não probabilística intencional e por acessibilidade, por meio de entrevistas realizadas no hospital pesquisado com a gestora, com a supervisora e com a técnica de enfermagem do setor pediátrico, são consideradas boa fonte de informações acerca dos objetos desta pesquisa. A entrevista é uma das principais técnicas de coleta de dados e pode ser definida como conversa realizada face a face pelo pesquisador junto ao entrevistado, seguindo um método para se obter informações sobre determinado assunto (Cervo; Bervian, 2002).

3.3 Técnica de coleta de dados

Os dados quantitativos concernentes aos índices de ocupação de leitos foram obtidos por meio dos boletins epidemiológicos da Secretaria Municipal de Saúde disponibilizados no sítio eletrônico oficial da Prefeitura de Montes Claros - MG.

Inicialmente, o projeto de pesquisa foi analisado pela comissão de ética do hospital e, após ser aprovado, os dados qualitativos puderam ser coletados por meio de entrevistas. De acordo com Gil (2008), a entrevista é uma das técnicas de coleta de dados mais utilizadas nas pesquisas sociais. Esta técnica de coleta de dados é bastante adequada para a obtenção de informações acerca do que as pessoas sabem, creem, esperam e desejam, assim como suas razões para cada resposta. Levará também em conta a observação do ambiente hospitalar, as mudanças decorrentes dessa nova gestão. Segundo Cervo e Bervian (2002), observar é voltar as atenções a um amplo objeto de estudo, para, a partir dessa observação, adquirir um conhecimento claro e preciso.

3.4 Técnica de análise de dados

Os dados provenientes dos boletins epidemiológicos foram analisados e apresentados por meio da estatística descritiva básica, descrevendo-se, por exemplo, a flutuação dos índices de ocupação de leitos da ala pediátrica.

A entrevista foi inicialmente transcrita para posterior análise. O conteúdo do corpus textual foi interpretado à luz da teoria e de estudos prévios sobre a temática. A análise de conteúdo se aplica a discursos diversos e é uma técnica para ler e interpretar o conteúdo de documentos, entrevistas, fotos, cartas etc. (Kauark; Manhães; Medeiros, 2010).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

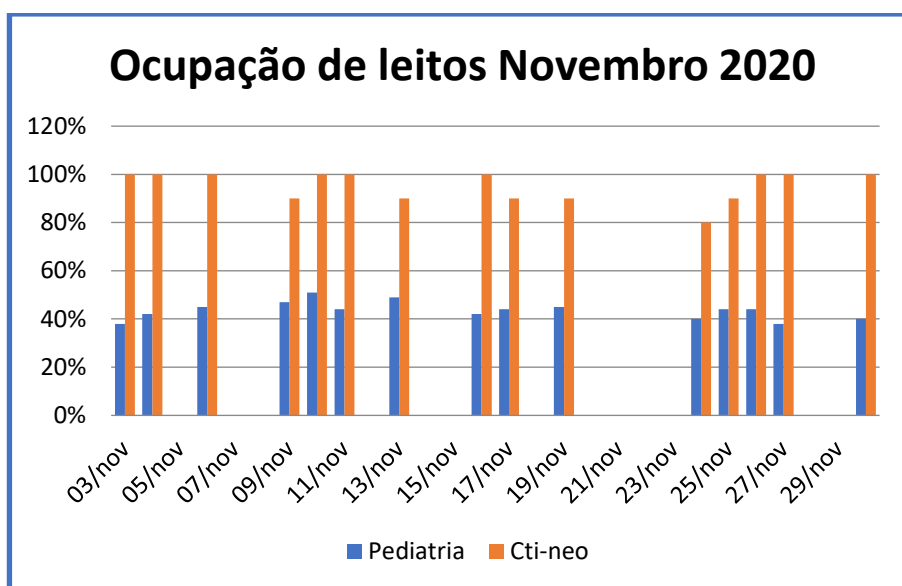
Esta seção apresentará os resultados empíricos do presente estudo para posterior discussão. Primeiramente, será caracterizada a amostra de participantes da pesquisa e, logo após, serão apresentados e discutidos os resultados através da análise do conteúdo e estatística básica descritiva.

4.1 Análise dos boletins epidemiológicos

Foram coletados dados dos boletins epidemiológicos da cidade de Montes Claros - MG durante o período de novembro de 2020 a novembro de 2021. Os dados analisados foram a taxa de ocupação de leitos covid pediátrico, e a taxa de ocupação de leitos covid CTI-NEO.

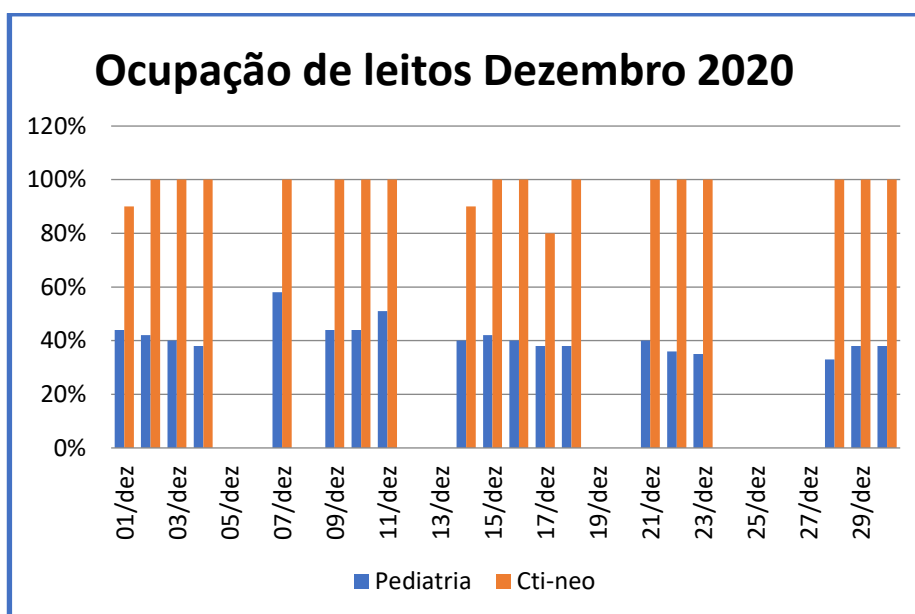
Abaixo, nos gráficos 1 a 13, seguem as taxas de ocupação de leitos do período analisado, o gráfico mostra em azul a taxa de ocupação de leitos da pediatria e em laranja a taxa de ocupação de leitos do CTI-NEO com os dias do mês de acordo com os boletins epidemiológicos. É importante mencionar que, no hospital pesquisado, há 45 leitos pediátricos, 10 leitos do berçário e 10 leitos do CTI-NEO. Os boletins epidemiológicos de Montes Claros se encontram a taxa de ocupação do UTI-NEO, porém no hospital pesquisado a mesma ala é chamada CTI-NEO, por isso os dados da tabela trazem o nome CTI-NEO e não UTI-NEO. A ala pediátrica é composta de acordo com o boletim epidemiológico de 55 leitos desses 45 são pediátricos e 10 são do berçário. O CTI-NEO é composto por 10 leitos que atendem pacientes neonatais a pediátricos. Durante a pandemia foi aberto um leito reserva no CTI-NEO e quando era necessário internavam pacientes.

Gráfico 1- Ocupação de leitos Novembro



Fonte: Dados da pesquisa

Gráfico 2- Ocupação de leitos Dezembro

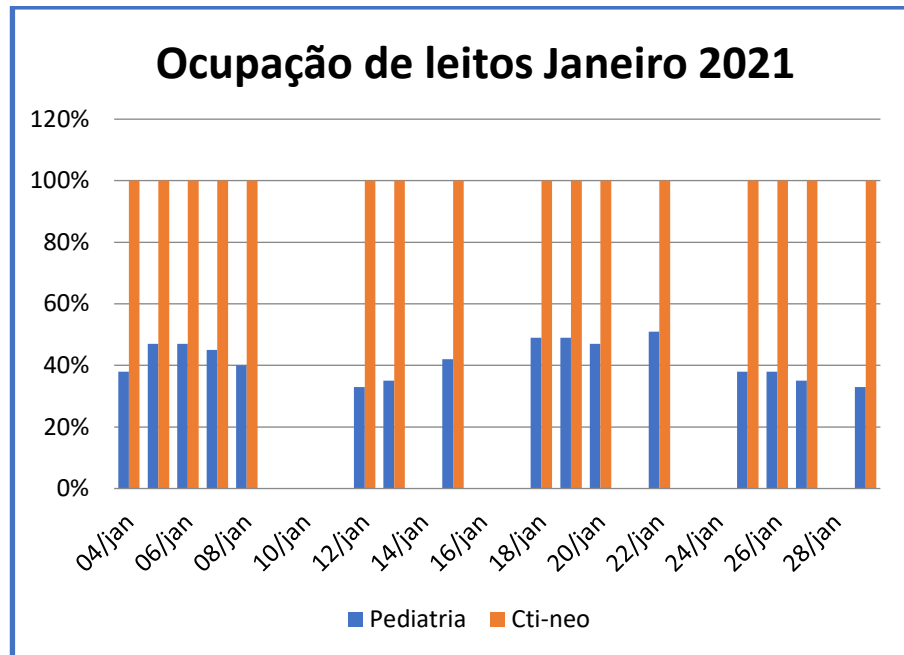


Fonte:Dados da pesquisa

Os dados dos gráficos 1 e 2, acima são do período de novembro e dezembro de 2020 logo no início da pandemia da COVID-19, a taxa de ocupação ficou abaixo de 60% na ala pediátrica e do CTI-NEO oscilou entre 80% e 100%. Abaixo segue a taxa de ocupação dos meses de janeiro a novembro de 2021 nos gráficos 3 a 13.

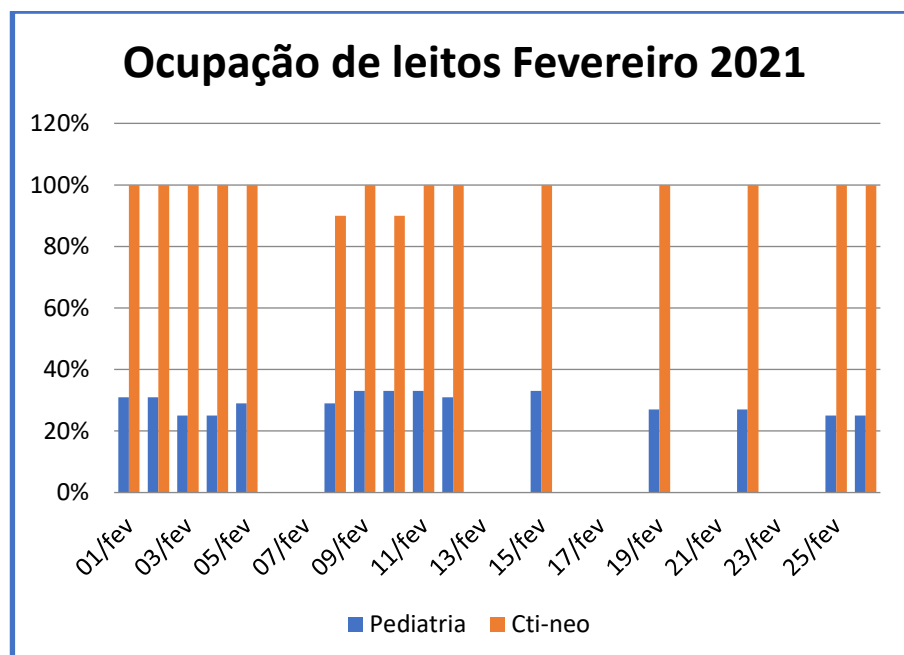
Taxa de ocupação de leitos pediátricos e cti-neo Janeiro a Novembro de 2021

Gráfico 3 - Ocupação de leitos Janeiro



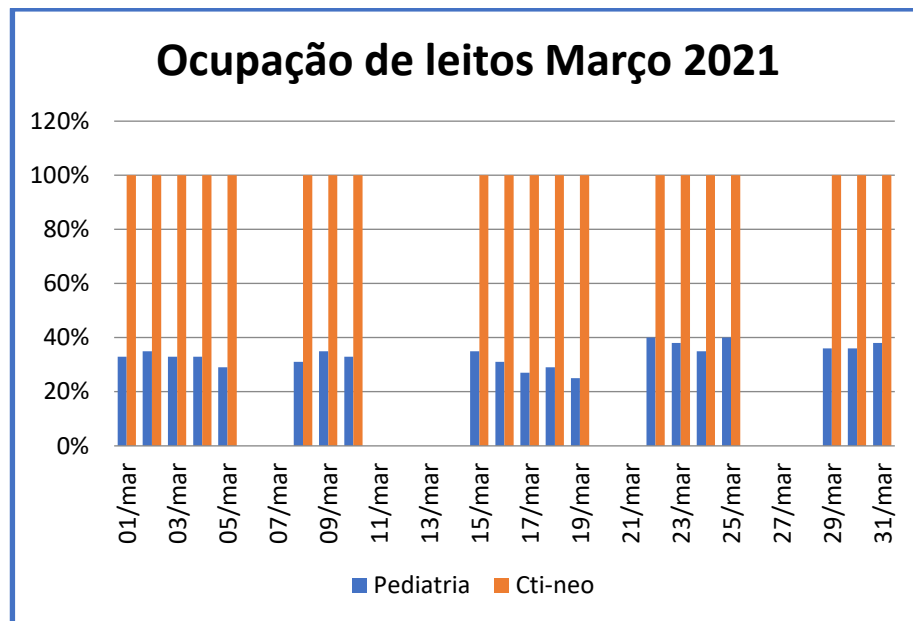
Fonte: Dados da pesquisa

Gráfico 4 – Ocupação de leitos Fevereiro



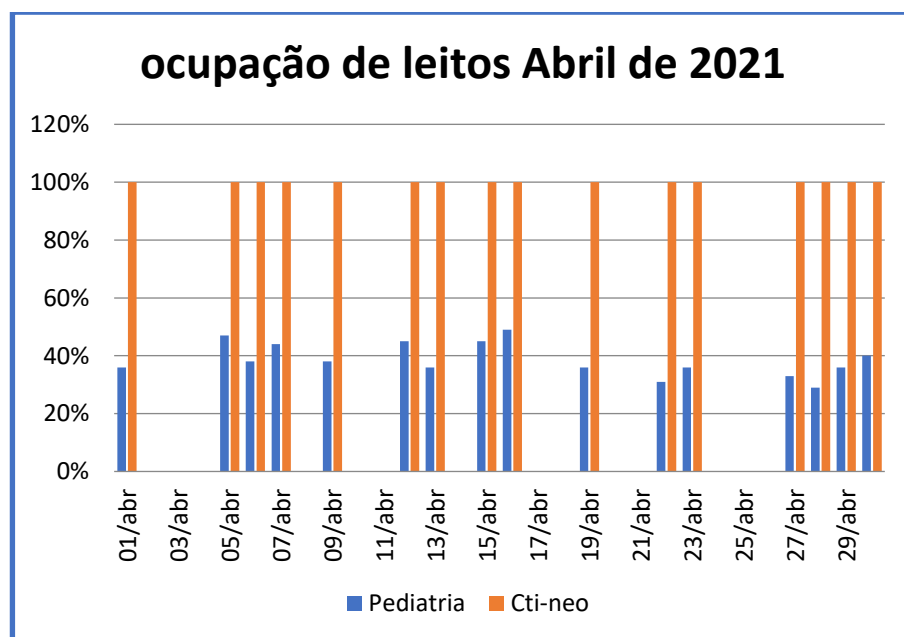
Fonte: Dados da pesquisa

Gráfico 5- Ocupação de leitos Março



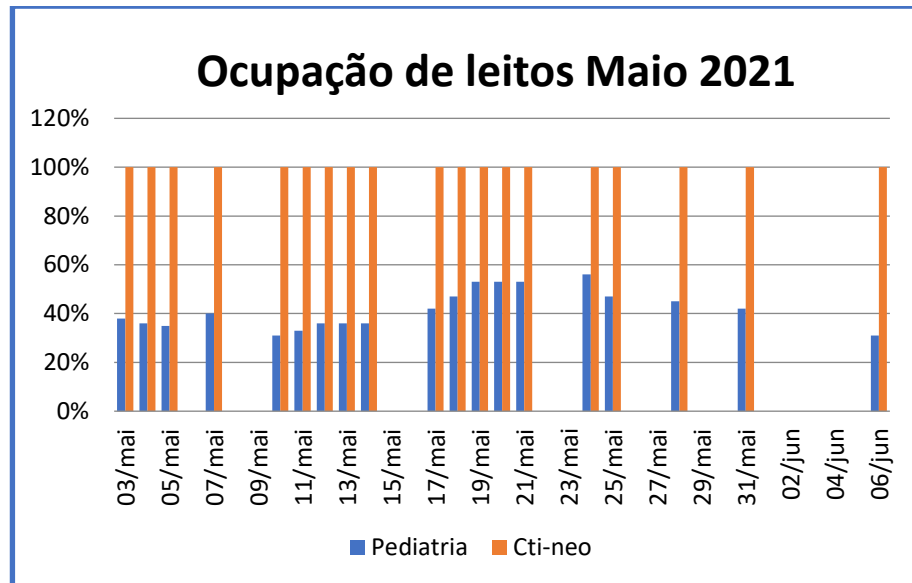
Fonte: Dados da pesquisa

Gráfico 6- Ocupação de leitos Abril



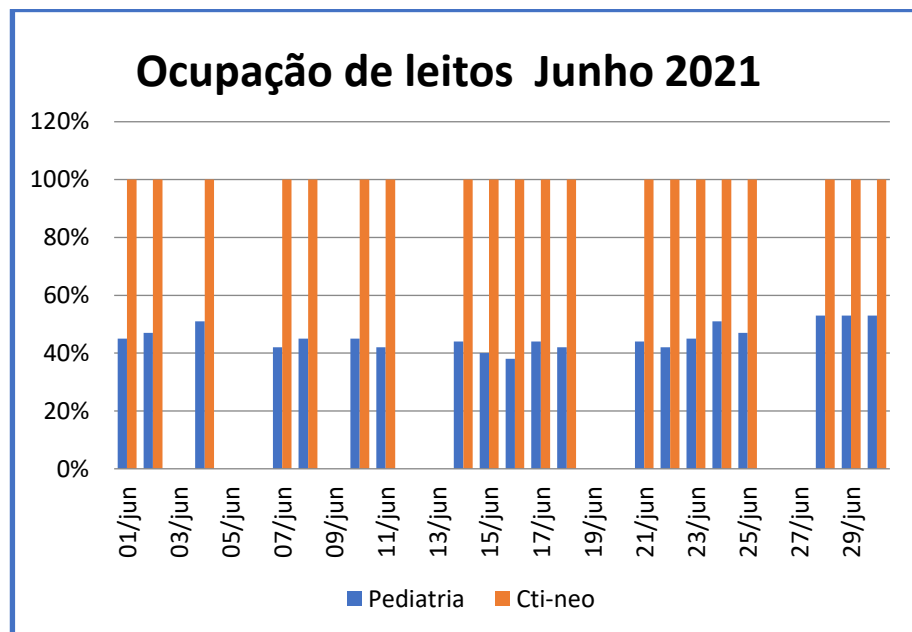
Fonte: Dados da pesquisa

Gráfico 7 – Ocupação de leitos Maio



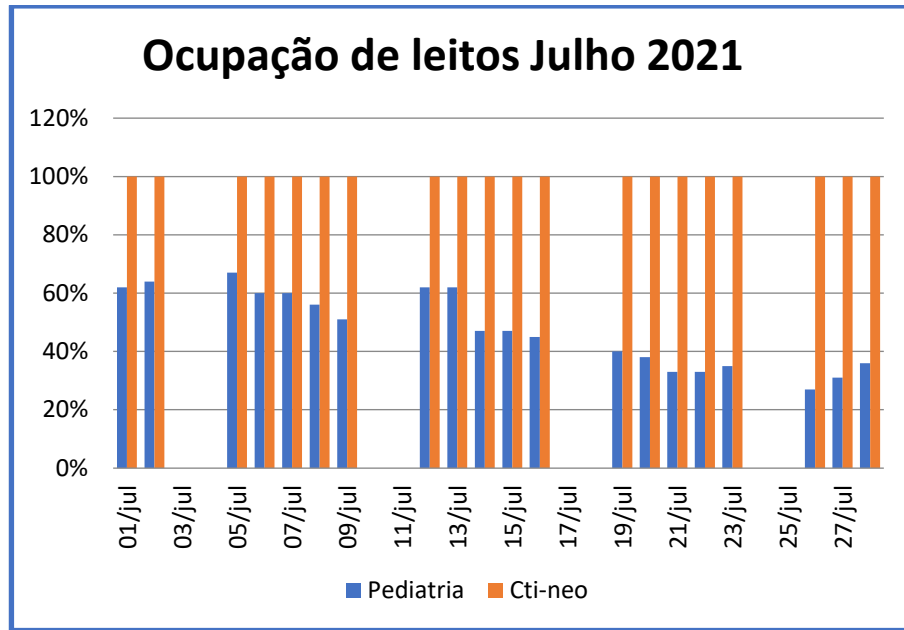
Fonte: Dados da pesquisa

Gráfico 8- Ocupação de leitos Junho



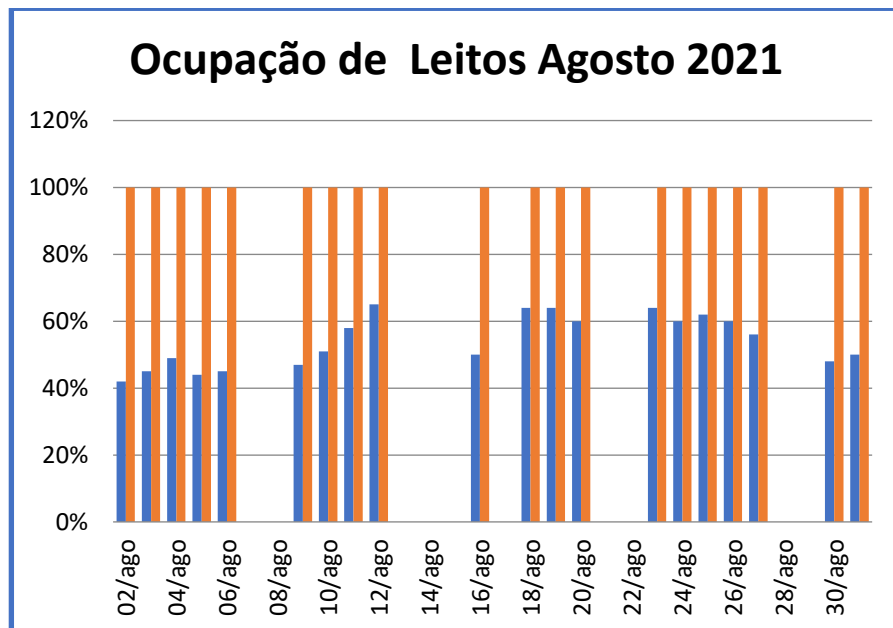
Fonte: Dados da pesquisa

Gráfico 9 – Ocupação de leitos Julho



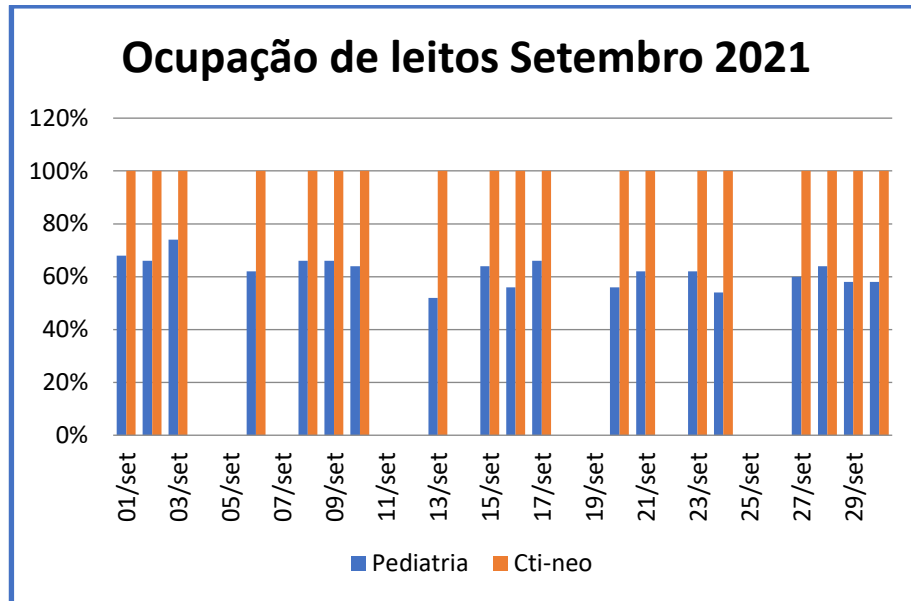
Fonte: Dados da pesquisa

Gráfico 10 – Ocupação de leitos Agosto



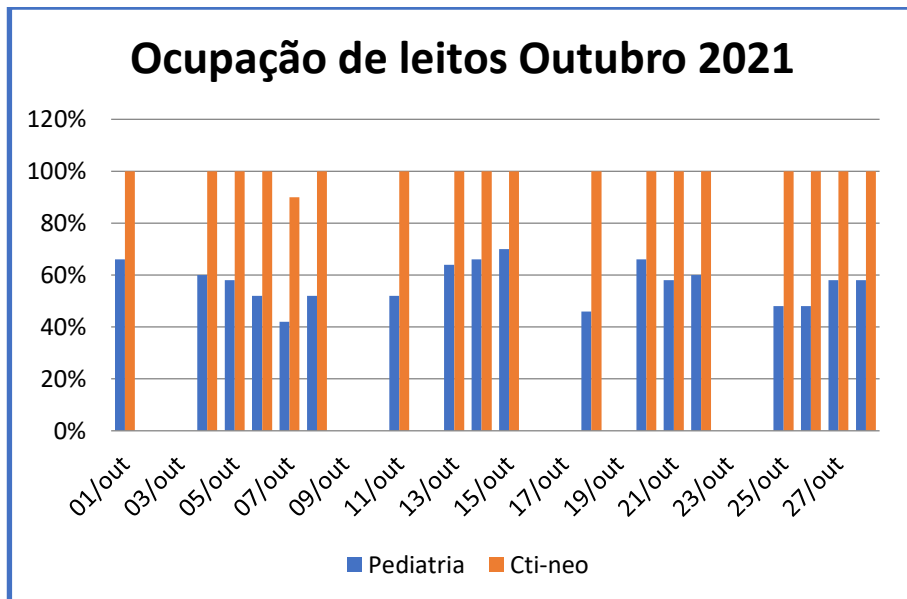
Fonte: Dados da Pesquisa

Gráfico 11- Ocupação de leitos Setembro



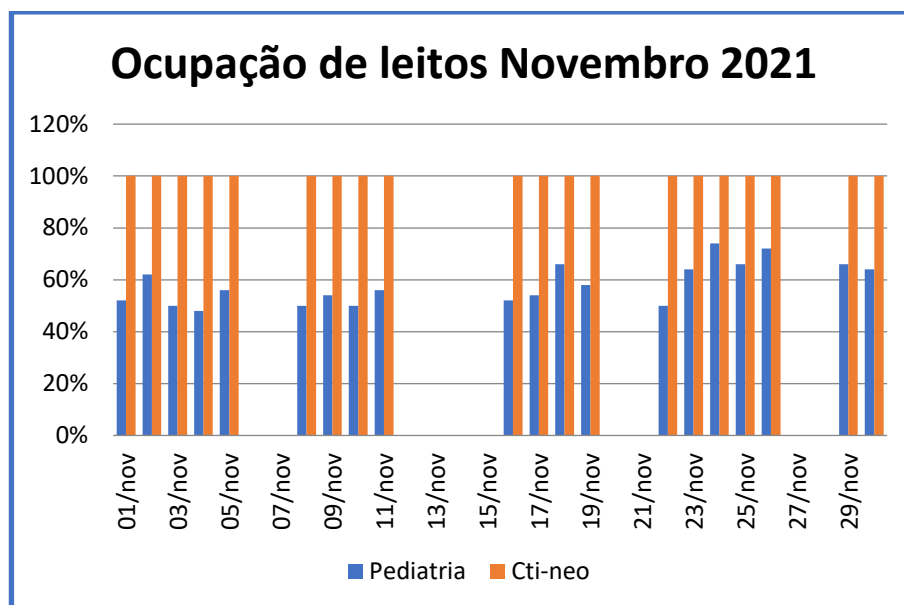
Fonte: Dados da pesquisa

Gráfico 12 – Ocupação de leitos Outubro



Fonte: Dados da Pesquisa

Gráfico 13- Ocupação de leitos Novembro



Fonte: Dados da Pesquisa

A análise dos gráficos do 1º ao 13º, revela que os meses que tiveram a taxa de ocupação de leitos acima de 60% foram os meses de julho, agosto, setembro, outubro e novembro de 2021, e os meses com índice abaixo de 60% foram os meses de janeiro, fevereiro, abril, maio, junho de 2021. O mês de fevereiro foi o mês que na pediatria teve a menor taxa de ocupação de leitos variando de 25% a 33%. Analisando o CTI-NEO, o mês que teve menor taxa de ocupação foi o mês de novembro de 2020, gráfico 1, variando entre 80% e 100%, nos demais meses a taxa de ocupação do CTI- NEO manteve alta, sempre em 100%, como a ala CTI-NEO é composta por 10 leitos observa que a demanda é grande e que na maioria das vezes não há leitos vagos, sempre funciona na sua capacidade total. Já na ala Pediátrica observa uma maior oscilação na sua taxa de ocupação, por haver mais leitos disponíveis de internação.

Schneide *et al* (2020), realizaram um estudo quantitativo, não experimental, com crianças de zero a quatro anos. Em 2020 o motivo de hospitalizações das crianças mudou, no primeiro semestre de 2020 as principais causas das internações foram afecções originadas no período perinatal, doenças do sistema respiratório, malformações congênitas caracterizadas por deformidades e anomalias cromossômicas. A pesquisa revela que quando comparados os seis primeiros meses de 2019 antes da pandemia, com o início da pandemia em 2020, constatou-se a redução de 84% de hospitalizações das crianças acometidas por infecções respiratórias, pois com os decretos de isolamento social as crianças não iam para creches e escolas, diminuindo a sua contaminação e consequentemente o número de internações.

É interessante que a teoria é vivenciada na prática, pois ao analisar a taxa de ocupação da ala pediátrica durante os meses de novembro de 2020 a junho de 2021 gráficos 1 a 8, observa

justamente a taxa de ocupação diminuindo ao invés de aumentar, uma hipótese seria que nessa época haviam decretos de isolamento social, as crianças permaneciam em casa, evitando o contato com outras crianças e adultos, diminuindo o adoecimento e a taxa de internação. O isolamento social pode ser definido, segundo Schuchmann *et al* (2020) como uma intervenção em saúde pública passível de realização que visa o controle de um surto de uma doença infecciosa quando aplicado a uma comunidade, região ou até mesmo a uma cidade inteira, com o intuito de reduzir interações e movimentos entre as pessoas, com exceção por uma interação mínima a fim de garantir suprimentos básicos. Esse isolamento envolve medidas de distanciamento social, como fechamento de escolas e cancelamento de eventos públicos, e até o bloqueio completo de atividades de uma cidade, colocando em conflito a necessidade de proteção da população como um todo versus direitos individuais (Schuchmann, 2020 *apud* Smith; Freedman, 2020).

Houve também a implementação da Portaria de 24 de março de 2020, que suspendeu as cirurgias eletivas nos hospitais para atendimento exclusivo a pacientes com a COVID-19. A 1ª. Portaria MS/SAES nº 245, de 24 de março de 2020, que inclui procedimento na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde (SUS), para atendimento exclusivo de pacientes com diagnóstico de COVID-19 (infecção pelo SARS-Cov-2). Com o cancelamento de cirurgias eletivas e atendimentos exclusivo para paciente com diagnóstico de COVID favoreceu a redução da taxa de internação de pacientes no setor pediátrico.

Observa-se um aumento da taxa de ocupação nos leitos da pediatria acima de 60% no mês de julho, gráfico 9, esse aumento poderia ser reflexo das medidas de flexibilização da cidade em decorrência a COVID-19, com a liberação da volta as aulas e a liberação do funcionamento das casas de festa, ocasionou a volta da circulação das crianças em locais públicos. O quadro 2, mostram os decretos municipais das medidas de flexibilização e é no mesmo período que os gráficos mostram um aumento da taxa de internações.

Decreto nº 4240, 05 de julho de 2021	Determina prorrogação de medidas transição no enfrentamento da covid-19 no município de Montes Claros a partir do dia 06 de julho de 2021 fica permitido o funcionamento das casas de festas e eventos, desde que respeitem o limite de público de até 30% (trinta por cento) dos lugares existentes, de acordo com os critérios definidos pelo Corpo de Bombeiros do Estado de Minas Gerais, limitado ao máximo de 100 (cem) pessoas.
Decreto nº. 4244, 12 de julho de 2021	Determina a partir da publicação do presente Decreto a realização de cultos e demais eventos religiosos poderá ocorrer com a participação de até 30% (trinta por cento) dos lugares existentes, de acordo com os critérios definidos pelo Corpo de Bombeiros do Estado de Minas Gerais, limitado ao máximo de 130 (cento e trinta) pessoas, devendo, ainda, ser respeitado o espaçamento mínimo de 2,0 (dois) metros entre os participantes;
No Decreto Nº. 4298, 08 de outubro de 2021	Dispõe sobre medidas de enfrentamento da COVID-19 no município de Montes Claros, revoga dispositivo do decreto municipal 4002/2020 e dá outra providências .A partir do dia 20 de outubro corrente, os serviços educacionais, nas redes privada e pública, no Município de Montes Claros, poderão contar com o comparecimento presencial de 100% (cem por cento) dos alunos, devendo, ainda, os referidos estabelecimentos de ensino atenderem integralmente o protocolo estabelecido pelo Decreto Municipal n.º 4169, de 08 de fevereiro de 2021.

Fonte: Dados da pesquisa

E para melhor esclarecer essas oscilações na taxa de ocupação e a realidade da ala pediátrica no período analisado foram realizadas entrevistas com funcionários do setor pediátrico e gestor de um hospital de Montes Claros – MG essas entrevistas seguem abaixo.

4.2 Análise das entrevistas e caracterização

A primeira entrevista foi realizada com a gestora da ala materno infantil de um hospital de referência de Montes Claros, a informante é formada em Enfermagem há 15 anos e está, aproximadamente 7 anos como gerente da ala pediátrica e da UTI neonatal. A entrevista foi realizada no dia 14 de março de 2023 às 15 horas e teve duração de 40 minutos. A segunda entrevista foi realizada com a técnica de enfermagem da ala pediátrica. Essa trabalha no setor há 36 anos, a entrevista teve duração de 30 minutos e foi realizada no dia 29 de agosto de 2023 às 18 horas. A terceira entrevista foi realizada com a supervisora do setor pediátrico com 11 anos de experiência na função. A coleta dos dados foi realizada no dia 30 de setembro de 2023 às 08 horas da manhã via Whatzapp com duração de 20 minutos. Para facilitar a ordem e as falas das entrevistadas usa-se o quadro 3, como referência.

Quadro 3- Identificação das falas das entrevistadas

Gestora	Entrevistada 1
Supervisora	Entrevistada 2
Técnica	Entrevistada 3

Fonte: Dados da pesquisa

4.2.3 Estrutura da ala pediátrica

A ala pediátrica tem 45 leitos de enfermaria e mais 10 leitos destinados à paciente neonatal, lactentes e pediátricos e é composta por um quadro mensal de 40 técnicos de enfermagem, 4 enfermeiros supervisores, realizando plantões de 12 por 36h, e 1 supervisor realizando 8 horas de segunda a sexta feira, em cada plantão trabalham 10 técnicos de enfermagem que ficam responsáveis por 5 pacientes e 1 supervisor de enfermagem. Na escala de plantão do dia, há fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos, radiologista, dentista, médicos especialistas e intercorristas, eles atendem durante o plantão. Na ala de pediatria, cada leito é destinado a um pediatra que atende com seu residente (médico estudante de pediatria). Há alguns leitos que ficam destinados a especialidades pediátrica. Quando há necessidade de internação da cirurgia pediátrica, neurologia infantil, ortopedia pediátrica, oncologia pediátrica. Quando não estão ocupados, são destinados a pacientes gerais da pediatria. Os pediatras atendem todos os dias de manhã, de segunda a sexta-feira e nos finais de semana fazem uma escala de revezamento. Na parte da tarde e noite, há um médico responsável que fica na intercorrência (Médico que atende caso aconteça alguma mudança no padrão clínico dos pacientes) e atende de acordo com a escala de plantão. É importante também relatar a estrutura do CTI neonatal, pois ele é uma extensão da ala pediátrica onde, quando o paciente sofre alguma complicação em seu padrão hemodinâmico e precisa de cuidados intensivos e é destinado a esse setor.

O CTI-NEO atende pacientes recém-nascidos, lactentes, pediátricos em condições delicadas, e é composto por 10 leitos. Sua equipe é formada por 20 técnicos de enfermagem mensal e 4 enfermeiros supervisores de escala de 12 por 36h. Em cada plantão de 12 horas ficam escalados 5 técnicos de enfermagem para cuidar de 2 pacientes, 1 supervisor de enfermagem, mais médicos e fisioterapeutas que ficam durante todo o plantão, diferente da pediatria que só ficam durante a manhã e à tarde segue com médicos da intercorrência. As outras especialidades de trabalhadores seguem no painel “plantão do dia” que são funcionários sobreaviso que ficam de plantão e são chamados quando necessário

Quadro 4 - Divisão da ala pediátrica e cti neo

Ala pediátrica	CTI- NEO
45 leitos	10 leitos
40 técnicos de enfermagem	20 técnicos de enfermagem
5 supervisores	4 supervisores
Escala 12/36 horas	Escala 12/36 horas
5 pacientes para cada técnico	2 pacientes para cada técnico

Fonte: Dados da pesquisa

4.2.4 Adaptações necessárias durante a covid-19 na ala pediátrica

No processo de adaptação para o enfrentamento da COVID-19 na ala pediátrica, foi desafiador, foram necessárias mudanças nas operações da ala pediátrica tanto funcional quanto estrutural e as principais mudanças se referiram à gestão de pessoal.

Houve readaptação nos leitos [...], a ala pediátrica do hospital é composta por 55 leitos, durante a COVID-19, foram criados leitos 9 destinados para pacientes com a doença. Já a ala CTI neo é composto por 10 leitos, durante a pandemia houve a necessidade de reservar um leito do CTI-NEO para pacientes com COVID-19. Houve também a necessidade de criar isolamentos para pacientes com suspeita de covid...O leito do CTI-neonatal quando necessário utilizar por pacientes de outras especialidades e não tinha demanda por pacientes de covid era usado normalmente, e quando surgia a necessidade de atendimento da covid o leito 11 era ativado temporariamente. (Entrevistada 1).

No início do processo havia muitas dúvidas e incertezas [...] Existia ainda o medo pela falta de imunidade pela Covid. O seguimento foi dado pelas diretrizes nacionais, do Ministério da Saúde, mas que poderiam modificar com certa frequência diante do cenário que era exposto. O foco era proteção da equipe, em primeiro lugar, para que ela pudesse cuidar dos pacientes. (Entrevistada 2).

[...] Foram abertos 2 quartos no setor próximo da ala pediátrica com 9 leitos no total, que eram destinados a pacientes de isolamento de covid (Entrevistada 3)

É importante analisar que foram abertos 9 leitos da covid para a pediatria e esses leitos foram inseridos no setor ao lado da ala pediátrica chamado Sagrado Coração de Jesus, no CTI-NEO foi aberto apenas 1 leito reserva no mesmo setor, observa que a pediatria não passou por muitas mudanças em sua estrutura as principais mudanças foram a adaptação dos funcionários a trabalharem com os novos leitos, houve o aumento de leitos com respiradores e com saída de oxigênio, necessários quando os pacientes complicavam. Foram inseridos capotes, luvas, mascarar n° 95 para funcionários que trabalhavam com pacientes isolados esses materiais ficavam disponíveis nas portas de entradas dos isolamentos. Durante o período foi obrigatório o uso de mascarar n° 95 para circular no ambiente hospitalar.

De acordo com a secretaria do estado do Rio de Janeiro 2020, as instruções para as secretarias estaduais de saúde, juntamente com os municípios e o governo federal traziam recomendações para que os hospitais se preparassem para o atendimento dos pacientes com

síndrome gripal ou COVID-19. “Para resposta a pandemia do COVID-19, é importante: Organizar respostas assistenciais, de acordo com o nível de gravidade clínica, de forma a garantir o atendimento adequado da população na rede de saúde” (Secretária do estado do Rio de Janeiro 2020).

De acordo com a técnica de enfermagem o processo de enfrentamento a covid foi traumatizante. A mesma nunca havia vivenciado algo parecido, teve dificuldade em adaptar ao processo de enfrentamento. Percebeu-se que durante a entrevista a mesma, manifestou muitas lembranças negativas pelo vivenciado no período, observa - se que apesar do processo de enfrentamento da covid ter sido difícil para todos os profissionais, os profissionais da base dos serviços assistenciais como os técnicos de enfermagem vivenciaram maior trauma da situação, por ver a morte de perto experimentarem o drama de realizar cuidados em pacientes infectados todos os dias, com a dúvida que poderiam adoecerem e morrer, ou que poderiam levar o vírus para casa.

Einav *et al* 2014, descrevem ações de como atuar em crise, dentre elas estão : Treinar equipes hospitalares para que saibam atuar durante a crise, incluindo definição de funções e capacidade de desempenho de funções multidisciplinares; Implementar medidas para reduzir efeitos que podem ser evitáveis a partir da redução ou falta de pessoal, como por exemplo, abrigo para funcionários e suas famílias, apoio à saúde-mental, medidas para reduzir a fadiga e manutenção eficaz dos ambientes de trabalho; Supervisionar e orientar médicos e os demais profissionais de saúde com a inclusão de avaliação contínua do plano de tratamento.

Durante o período não houve apoio psicológicos para os funcionários e também não houve nenhuma inserção de motivação financeira para os profissionais de linha de frente. Em estudo realizado no Canadá no surto de COVID-19, Pereira MD, *et al.* (2020) citaram alguns sintomas que exemplificam prejuízo na saúde mental dos trabalhadores da saúde, como sensação de alto risco de contaminação, efeito da doença na vida profissional e humor deprimido.

4.5 Demanda por leitos pediátricos

Um estudo realizado pela IEPS (Instituto de Estudos para Política de Saúde) relata que existem hospitais de diferentes tamanhos dentre eles pequeno, médio e grande porte. É importante saber a classificação do hospital, pois a partir dessa classificação que foi realizado os planos de contingência de atendimento a COVID-19. O hospital aqui analisado é de grande porte, sendo referência no Norte de Minas. Segunda a pesquisa do IEPS 2020, em termos de capacidade de atendimento, o número médio de internações é significativamente diferente entre os portes. Os hospitais de grande porte realizam em média 606 internações por mês, enquanto

os hospitais de pequeno porte realizam apenas 32. O número médio de leitos UTI SUS por hospital também é muito diferente entre os portes e revela, uma vez mais, as dificuldades que os hospitais de pequeno e médio porte apresentarão para ofertar cuidado aos pacientes com sintomas graves acometidos do COVID-19. Nos hospitais de médio porte esse valor é de 2,49, enquanto para o de grande porte atinge 19,46.

Hick *et al.* (2014) apontam que pandemias podem levar à necessidade de um aumento de cerca de 200% da capacidade corrente de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Assim, para que hospitais se estruturam para atender corretamente os pacientes com Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), suspeitos ou confirmados da COVID-19, cabe às Secretarias Estaduais de Saúde, articulada com os municípios e o governo federal, com base na rede de hospitais do estado, identificar e definir o serviço que cada hospital pode e deve oferecer. Quando entrevistadas e questionadas sobre a demanda e possíveis adaptações do setor pediátrico durante a COVID-19 afirmaram:

[...]Foi um processo desafiador, por ser uma doença nova não se sabiam ao certo como lidar com ela, houve dificuldade na gerência de questões emocionais dos funcionários, houve muitas atitudes inesperadas por parte da equipe, houve muitas reuniões para tentar adequar da melhor forma para atender a nova demanda e também definir as mudanças necessárias durante a COVID-19. (Entrevistada 1)

[...] A contaminação em crianças foi significativamente menor do que nos adultos, bem como a gravidade, visto que o número de crianças testadas positivas e sintomáticas foi menor. Bem como internações por outras causas, como disse, reduziu[...]. Deixamos um quarto, com 4 leitos de UTI montados para receber os pacientes mais graves próximo ao CTI neonatal (dentro da pediatria) e deixamos outro setor para o recebimento das crianças estáveis de covid. (Entrevistada 2).

Em relação a demanda de mão de obra durante a COVID -19 a gestora afirmou que não precisou realocar novos trabalhadores no setor, porque a taxa de internação diminuiu, pois, as cirurgias eletivas ficarão suspensas, e o índice de internações por outras doenças diminuirão devido a medidas de restrições de contato da pandemia. A portaria da suspensão de cirurgias eletivas segue abaixo:

A primeira Portaria MS/SAES nº 245, de 24 de março de 2020, que inclui procedimento na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde (SUS), para atendimento exclusivo de pacientes com diagnóstico de COVID19 (infecção pelo SARS-Cov-2).

Não houve a necessidade de contratação, porém no início da pandemia foram necessários muitos funcionários; esses trabalhadores eram remanejados de outros setores para atenderem a demanda de mão de obra da pediatria.

Não se sabia ao certo quantos funcionários precisariam, de acordo com as necessidades que foram surgindo providenciava funcionários, a princípio a demanda foi alta, porém com o passar do tempo as cirurgias eletivas ficaram suspensas acabou que a taxa de ocupação de leitos da pediatria caiu [...], sendo assim o quadro de funcionários ficou maior que a demanda existente o que ocasionou a realocação de funcionários para outros setores que precisavam (ENTREVISTADA 1).

[...] Não me recordo de contratação no período. É importante ressaltar que reduziu de forma importante outros tipos de internação, principalmente por outras causas respiratórias (Pneumonia, bronquiolite), o que deixou o setor mais vazio, sendo possível dimensionar dentro da própria equipe. Outro fator, as cirurgias eletivas foram canceladas, o que gerou menor número de pacientes, sendo possível a melhor assistência dos internados. O dimensionamento entre os setores da área, também foi uma alternativa, quando necessário (ENTREVISTADA 2).

[...] Houve excesso de serviço, trabalhamos sobrecarregados, a maioria dos pacientes estavam em suporte ventilatório, dobrava o horário de trabalho, realizava plantões extras, poucos funcionários devido aos afastamentos (TÉCNICA).

Segundo a gestora não foram contratados novos trabalhadores e não houve modificação nos critérios para contratação durante o enfrentamento da COVID-19. Porém, fica evidente na fala da técnica de enfermagem que trabalharam sobrecarregados isso porque muitos funcionários adoeceram e tiveram que ausentar para tratamento e outros afastaram por ser do grupo de risco como por exemplo as gestantes.

Em relação aos afastamentos dos funcionários quando adoeciam pela COVID-19 era realizado hora extras, extras em dinheiro ou análise de outros setores para possível remanejamento para a ala pediátrica quando necessário. De acordo com a supervisora do setor não houve mudanças nas jornadas de trabalho e nem alteração do número de trabalhadores por turno.

[...] O afastamento era acompanhado pela medicina do trabalho. O supervisor do setor era responsável por direcionar o colaborador para a coleta de exame e a medicina acompanhava o resultado até a liberação do colaborador ao trabalho. As coberturas (substituições) eram feitas diariamente com remanejamentos das áreas afins. (ENTREVISTADA 2)

[...]A jornada manteve a mesma 12x36. O número de trabalhadores manteve o mesmo. Gestantes foram afastadas. Lactantes e pessoas com comorbidades não podiam assistir os pacientes com covid. (ENTREVISTADA 2)

Na literatura afirma que em uma pandemia, as demandas concorrentes por recursos, o impacto de longa duração e o risco de contágio e adoecimento da equipe de saúde levam a limitações quanto à transferência de recursos ou atendimento de pacientes (HICK *et al.*, 2014). Desse modo, a maioria dos modelos prevê que, em caso de pandemias, a capacidade de atendimento hospitalar e de cuidados intensivos é excedida (Ten Eyck, 2008; Hupert *et al.*, 2009).

Em relação aos treinamentos para novos e antigos trabalhadores durante a pandemia a gestora informou que foram realizados de maneira constante e todas as vezes que mudava algum protocolo de atendimento era necessário repassar para os funcionários.

Na literatura afirma que em uma pandemia, as demandas concorrentes por recursos, o impacto de longa duração e o risco de contágio e adoecimento da equipe de saúde levam a limitações quanto à transferência de recursos ou atendimento de pacientes (Hick *et al.*, 2014). Desse modo, a maioria dos modelos prevê que, em caso de pandemias, a capacidade de atendimento hospitalar e de cuidados intensivos é excedida (Ten Eyck, 2008; Hupert *et al.*, 2009).

Em relação aos treinamentos para novos e antigos trabalhadores durante a pandemia a gestora informou que foram realizados de maneira constante e todas as vezes que mudava algum protocolo de atendimento era necessário repassar para os funcionários.

Foi realizado treinamento sobre a doença, fluxo de atendimento, Utilização de EPIs, e entre outros, além de ter aumentado o número de treinamentos que já realizavam (ENTREVISTADA 1).

Foram realizados treinamentos durante a COVID-19, participei de dois treinamentos (ENTREVISTADA 3).

[...] Foram realizados treinamentos: sobre o que era a COVID-19, lavagem das mãos, paramentação para assistência, VM e oxigenoterapia em pacientes com covid. Normalmente duração de 50/60 min. Perfil dos participantes: todos os colaboradores do hospital em exercício de suas funções. O volume foi maior, pois as mudanças liberadas pelo Ministério da Saúde eram frequentes, e os treinamentos tinham que ser na mesma proporção. O conteúdo também foi específico, voltado para o período pandêmico. (ENTREVISTADA 2)

Uma pandemia pode causar crise nos sistemas de saúde, resultando na escassez de suprimentos, medicamentos e equipamentos médicos, incluindo o contágio de profissionais de saúde, levando-os a quarentenas ou até mesmo ao óbito. De acordo com Wang *et al.*, (2020) a resposta eficiente a estes problemas envolve as reservas e a alocação adequada de suprimentos médicos de emergência.

De acordo com a técnica de enfermagem entrevistada a escassez de materiais foi algo desafiador, pois como a demanda de materiais era grande houve o aumento dos preços e escassez de alguns materiais necessários para o bom funcionamento do setor, foram realizadas reuniões para tentar conscientizar da utilização consciente e relatar o aumento de custo dos materiais.

4.6 Estratégias e dificuldades para o enfrentamento da COVID-19.

Segundo a gestora as principais estratégias para o enfrentamento a COVID-19 foram: montagem de fluxo de atendimento, leitos , destinação, fluxo de porta, atendimento dos paciente (De acordo com a entrevistada já separava pacientes com sintomas gripais dos pacientes de outras queixas logo na porta de entrada do hospital, foi criada uma área de isolamento enquanto aguardavam atendimento, e depois que se decidiam internar a criança, se apresentasse sintomas gripais colocava em um quarto de isolamento para realizar exames e teste de COVID-19, com o resultado negativo era colocado junto com os pacientes que não apresentavam sintomas gripais ou estavam internado por outra doença, essa foi uma solução encontrada para diminuir o número de contaminações no ambiente hospitalar por COVID-19. Pois a primeira instante não separava crianças que internavam com sintomas gripais ou suspeita de Covid. Como a testagem era tardia, esses pacientes tinham contato e adoeciam o que ocasionou o aumento do número de contaminações entre pacientes e funcionários por covid. Mas, com essa medida de isolamento reduziu a quantidade de infecção. Foram instituídos novos protocolos institucionais, assistência da medicina do trabalho a colaboradores, aquisição de Kits de EPIs, vacinação mais breve possível, reuniões com municípios, reuniões internas, criação do comitê de crise com o intuito de discutir ações para minimizar as contaminações internas.

[...] As principais estratégias foram o fornecimento de equipamentos, uma rápida reação para o atendimento dos pacientes infectados e uma boa estruturação no setor para o atendimento dos pacientes com COVID -19 (ENTREVISTADA 3).

[...] As estratégias foram atualização contínua, acesso às informações a todo momento para repasse à equipe. Um Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) mais disponível para retirar dúvidas e orientar. (ENTREVISTADA 2).

Dentre as principais dificuldades, a gestora enfatizou, o número de afastamentos (covid ou psiquiátricos), dificuldades de insumos, aumento de preço de materiais, fazer os funcionários entenderem a nova realidade e colaborarem com a gestão de redução de gastos, lidar com o psicológico, sobrecarga emocional. Uma dificuldade, no início da pandemia, foi realizar o

dimensionamento dos profissionais, pois alguns tinham restrições e não podiam ficar com pacientes acometidos pela doença, aumento do tempo de serviço, sair mais tarde, na área gerencial plantão no fim de semana, lidar com o dinamismo de informações ou orientação nova para repassar para os colaboradores, modificação do número de dias que os funcionários ficavam afastados por covid.

Para a técnica as principais dificuldades foram: em relação a demanda e a falta de funcionários e transtornos psicológicos passados durante o enfrentamento da doença.

Para a supervisora as principais dificuldades foram: grande número de colaboradores contaminados, período longo de afastamento, no início, medo por parte da equipe (conseguir passar segurança para os mesmos). Alto custo dos materiais e medicamentos, que por vezes quadruplicaram de preço (mas o repasse não), falta de insumos e medicamentos pelo grande consumo. A conscientização sobre o uso racional e correto do EPI's.

5-CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo geral do presente estudo foi atingido, a saber analisar a gestão da ala pediátrica de um hospital em Montes Claros–MG durante a covid-19, ademais objetivos específicos foram cumpridos através da caracterização da demanda por leitos pediátricos do hospital de novembro de 2020 a novembro de 2021; e as adaptações gerais necessárias no setor pediátrico para enfrentamento da COVID-19; Foram identificadas as principais dificuldades enfrentadas pela ala pediátrica durante a pandemia; e as principais estratégias adotadas pela gestão do setor naquele momento.

Conclui-se na análise dos boletins epidemiológicos da cidade de Montes Claros-MG, que os meses que tiveram a taxa de ocupação de leitos acima de 60% foram os meses de julho, agosto, setembro, outubro e novembro de 2021, e os meses com índice abaixo de 60% foram os meses de novembro, dezembro de 2020 e os meses de janeiro, fevereiro, março, abril, maio, junho de 2021. O mês de fevereiro foi o mês que na pediatria teve a menor taxa de ocupação. A taxa de ocupação do CTI-NEO manteve alta, sempre em 100%, funcionando na sua capacidade total. Já na ala Pediátrica observou uma maior oscilação na sua taxa de ocupação, por haver mais leitos disponíveis de internação. A taxa de ocupação da ala pediátrica durante os meses de novembro de 2020 a junho de 2021 diminuiu, uma hipótese seria que nessa época haviam decretos de isolamento social. O aumento da taxa de ocupação nos leitos da pediatria acima de 60% no mês de julho justifica como reflexo das medidas de flexibilização da cidade em decorrência a COVID-19.

Os resultados das entrevistas mostram que a ala pediátrica passou por poucas mudanças em sua estrutura funcional a maioria das suas adaptações foram na parte da gestão, a ala pediátrica continuou com a mesma dinâmica o que alterou foi a criação de 9 leitos a mais para o atendimento de pacientes com covid, a princípio, ocorreu um aumento de internação mais logo essas internações diminuirão com a implementação do decreto da suspensão de cirurgias eletivas, e também com as medidas de isolamento social que favoreceu a diminuição de infecção de crianças durante o período da COVID-19. Não houve a necessidade de contratação de funcionários durante o período, porém ficou evidente que os colaboradores trabalharam sobrecarregados, pois quando tinham afastamentos de funcionários os mesmo que ficavam cobriam a demanda de mão de obra realizando horas extras, houve treinamentos sobre a doença e fluxo de atendimento, é importante destacar que a parte psicológica dos profissionais também

foram afetadas, por trabalharem sobrecarregados e com o medo e incertezas sobre a doença. Também ficou evidente que o hospital teve que lidar com o aumento dos preços dos insumos e materiais utilizados nos procedimentos e também com a falta de alguns materiais básicos para o atendimento. A gerência teve dificuldade em criar hábitos de consumo consciente nos funcionários. Observou também que não se sabiam ao certo como atuar no cenário a princípio houve muitos erros mais, depois, começaram a dá certo as medidas implementadas.

O presente estudo contribui ao gerar discussão que pode servir de base para futuras tomadas de decisão, uma vez que uma crise no sistema de saúde pode se espalhar por todo o mundo rapidamente, dessa forma a discussão gerada sobre os impactos da COVID-19 na gestão da ala pediátrica de um hospital pode contribuir para futuras pesquisas que abordem o assunto.

Entre as limitações do estudo, cabe destacar o fato de não terem sido explorados outros setores hospitalares devido a burocracia para realização da pesquisa, o tempo gasto para a aprovação do comitê de ética hospitalar para a realização da pesquisa também influenciou na realização da pesquisa. Nesse sentido, sugere-se, como oportunidades de pesquisas futuras, que novos estudos qualitativos sejam realizados em outros setores hospitalares para aderir maior escopo representativo.

REFERÊNCIAS

ABAD, A. et al. Evaluation of Fear and Peritraumatic Distress during COVID-19 Pandemic in Brazil. **Advances in Infectious Diseases**, v.10, p. 184-194, 2020.

ANDERSON. R. **Adaptação da capacidade hospitalar em resposta à pandemia por COVID-19**, Nota técnica, 2020.

BOEGER. M. **Gestão em hospitalidade e humanização**. Hotelaria Hospitalar. 3.ed. 2018.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BIDDISON, E. L. D.; FADEN, R.; GWON, H. S.; MAREINISS, D. P.; REGENBERG, A. C.; SCHOCH-SPAN, M.; SCHWARTZ, J.; TONER, E. S. Too many patients... a framework to guide statewide allocation of scarce mechanical ventilation during disasters. **Chest**, v.155, n.4, p. 848-854, 2019.

BITTAR, O. J. N. V. Cultura & qualidade em hospitais. In: QUINTO NETO, Antônio; BITTAR, Olímpio J. Nogueira (Orgs.). **Hospitais: administração da qualidade e acreditação de organizações complexas**. Porto Alegre: **Dacasa**, p. 15-31, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coronavírus Brasil**. Painel de casos de doenças pelo coronavírus 2019 (COVID-19) no Brasil pelo Ministério da Saúde, 2020.

BARROSO BIL, et al. Saúde do trabalhador em tempos de COVID-19: reflexões sobre saúde, segurança e terapia ocupacional. João Pessoa: **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, Preprint, p.14, 2020.

CAMPOS, F. E.; ALBUQUERQUE, E. M. As especificidades contemporâneas do trabalho no setor saúde. **Revista Economia Contemporânea**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, jul./dez., p. 79-96, 1999.

CAMPOS, E.S. **HISTÓRIA E EVOLUÇÃO DOS HOSPITAIS**. MINISTÉRIO DA SAÚDE DEPARTAMENTO NACIONAL DE SAÚDE DIVISÃO DE ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR, Rio de Janeiro, v. 1, p 47, 1947.

CAMPOS, F. E.; ALBUQUERQUE, E. M. As especificidades contemporâneas do trabalho no setor saúde. **Revista Economia Contemporânea**, Rio de Janeiro, ano 3, n. 2, jul./dez., p. 79-96, 1999.

CANÇADO, A. C., TENÓRIO, F. G. e PEREIRA, J. R. Gestão social: reflexões teóricas e conceituais. **Cadernos EBAPE.BR**, v. 9, n. 3, p. 681-703, 2011.

CORREA, B. C. et al. Impactos na saúde mental por distanciamento e isolamento sociais pela COVID19: uma perspectiva brasileira e mundial. Revista **Eletrônica Acervo Saúde**, v.13, n.2, p. 2-7, 2021. doi:10.25248/reas. e6535.2021.

CRESWELL, J.W.; CLARK, V.L.P. Designing and Conducting Mixed Methods Research, **Thousand Oaks**, Sage, p.488, 2011.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica**. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

CAMPOS, M. A; SANTANA, L. M. C; DOMINGOS, F. L; CARVALHO, M. N; SILVA, O. D; PAIVA, F.S. PANDEMIA DA COVID 19 E ADERÊNCIA ÀS VACINAS, Universidade Católica de Petrópolis, Rio de Janeiro, Brasil Universidade Federal de Sergipe, Sergipe, Brasil. Revista **Valore, Volta Redonda**, 8, e-8014, 2023.

CAVALCANTE, M. N; TAVA, S. V. L; BASTO, A. L. M; ALMEIDA, F. L. R. **Perfil clínico-epidemiológico de crianças e adolescentes com COVID -19** no Ceará, Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 21 (Supl. 2): S437-S443, maio., 2021.

DALE, B.; STYLIANOU, N. **Vacinas contra covid**: como está a vacinação no Brasil e no mundo, 2021.

DONG E, DU H, GARDNER L. An interactive web-based dashboard to track COVID-19 in real time. The Lancet. **Infectious diseases**, v. 3099, n. 20, p. 19–20, 2020.

EINAV, S.; HICK, J. L.; HANFLING, D.; ERSTAD, B. L.; TONER, E. S.; BRANSON, R. D.; KANTER, R. K.; KISSOON, N.; DICHTER, J. R.; DEVEREAUX, A. V.; CHRISTIAN, M. D. **Surge capacity logistics**: care of the critically ill and injured during pandemics and disasters: CHEST consensus statement. Chest, v. 146, n.4, p. 17-43, 2014.

GRABOIS. V; MACHADO. F. C; PEREIRA. F. H; CUNHA. A. R. L; CARDOSO. A. P; BANDEIRA. M. A. R; FONTAINHA. C. T; ANDERSON. R. **Adaptação da capacidade hospitalar em resposta à pandemia por COVID-19**, Nota técnica, 2020.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas em pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GRABOIS, V. **Como reduzir o risco de contágio e morte dos profissionais de saúde**. Disponível em: https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/opiniao/2020/04/20/internas_opiniao,846340/como-reduzir-o-risco-de-contagio-e-morte-dos-profissionais-desauade.shtml. Acessado 03 setembro 2023.

GOMES, Rita Nayara Ferreira; SOUSA, Milena Nunes Alves de. Gestão hospitalar em tempo de pandemia: dificuldades e estratégias de enfrentamento. **Bioethics Archives, Management and Health**, v. 1, n. 1, 22 ago. 2021. p. 89-101.

KAUARK, F.; MANHÃES, F.C.; MEDEIROS, C.H. Metodologia da pesquisa: **guia prático**. Itabuna. Ed. Via Litterarum, 2010.

KAVOOR AR, *et al.* Remote consultations in the era of COVID-19 pandemic: Preliminary experience in a regional Australian public acute mental health care setting. **Asian J Psychiatr**, v.51, n.0, p 2-3, 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2020b). Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19. 2020. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/13/planocontingencia-coronavirus-COVID19.pdf>. Acesso em: 11 de setembro, 2023.

MAGALHÃES, Júlio César; RODRIGUES JÚNIOR, Teobaldo O. **A contabilidade gerencial via sistemas de informação aumenta receitas e resultados no Hospital Português**. Salvador: Faculdade Visconde de Cairu, 2004.

NORONHA, K; GUEDES, G; TURRA, M. C; ANDRADE, V. M *et all.* **Instituto de Estudos para Políticas de Saúde**, Texto para Discussão. nº 4. Abril de 2020.

Noronha, K.; Guedes, G.; Turra, M.C.; Andrade, V.M.; Botega, L.; Nogueira, D.; Calazans, J.; Carvalho, L.; Servo, L.; Silva, V.; Nascimento, V.; Ferreira, F.M.; Santos, O.R. **Pandemia por COVID-19 em Minas Gerais, Brasil**: análise da demanda e da oferta de leitos e equipamentos de ventilação assistida considerando os diferenciais de estrutura etária, perfil etário de infecção, risco etário de internação e distâncias territoriais. IEPS WP, Vol. 4, 2020.

OMS - Organização Mundial de Saúde e OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde. (2020) *Folha informativa COVID-19 - 2020*. (Doença causada pelo novo coronavírus).

OLIVEIRA, P. R; OLIVEIRA, G; MAIA, P. J; MUNHOZ, D. E. **ESTUDO SOBRE O IMPACTO DA PANDEMIA DA COVID-19 NOS CUSTOS DO SETOR DE SAÚDE**, São Paulo, julho de 2022, GO Associados.

PRADO, D. A; PEIXOTO, C. B; SILVA, B. M. A; SCALIA, M. A. L. A saúde mental dos profissionais de saúde frente à pandemia do COVID-19: uma revisão integrativa, **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, 2020. Acesso em 05 de julho de 2023.

PEREIRA MD, et al. The COVID-19 pandemic, social isolation, consequences on mental health and coping strategies: an integrative review. **Revista Research, Society and Development**.v. 9, n.5, p.1-29, 2020.

PONTI, A.M. et al. **Reactions to the pandemic in Brazil**: Predictors of mental health and life satisfaction. *International Journal of Development Research*, 30 jan. 2021.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Editora Atlas, 1999.

ROSA, K. M. E; LIMA, P. G; NETO, M. L. UM OUTRO OLHAR NA GESTÃO HOSPITALAR. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, Vol. 19, n. 2, Belo Horizonte, MG, Mai-Jun 2022.

RIBEIRO, G. E; SOUZA, L. E; NOGUEIRA, O. J; ELER, R. Saúde Mental na Perspectiva do Enfrentamento à COVID -19: Manejo das Consequências Relacionadas ao Isolamento Social, **Revista enfermagem e saúde coletiva**, faculdade São Paulo 2020.

REBOUÇAS, N. R. E; COSTA, F. R; MIRANDA, R. L; CAMPO, G. N. Perfil demográfico e clínico de pacientes com diagnóstico de COVID-19 em um hospital público de referência na cidade de Fortaleza-Ceará. **J. Health Biol Sci**. V.8, n.1, p.1-5, 2020.

SILVA, M. C. S. **Pressões culturais e comportamentais na gestão de pessoas no setor público**. In: TEIXEIRA, H. J.; BASSOTTI, I. M.; SANTOS T. S. Mérito, desempenho e resultados: ensaios sobre gestão de pessoas para o setor público. 1. ed. São Paulo: FIA/USP, Cap. 6, p. 153- 192, 2014.

Schuchmann, A. Z., Schnorrenberger, B. L., Chiquetti, M. E., Gaiki, R. S., Raimann, B. W., & Maeyama, M. A. **Isolamento social vertical X Isolamento social horizontal**: os dilemas sanitários e sociais no enfrentamento da pandemia de COVID-19. *Brazilian Journal of Health Review*, v.3, n.2, p. 3556–3576, 2020.

SCHNEIDER, C. A; TELÓ, M. A; SCHNEIDER, F.C; KORB, A; ARGENTA, E. **COVID-19: COMPARAÇÃO DO PERFIL DE HOSPITALIZAÇÕES INFANTIS ANTES E DURANTE O PERÍODO DE PANDEMIA**. Pesquisa desenvolvida para disciplina de Abordagens

Metodológicas do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), 2020.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO (2020). Plano de Resposta de Emergência ao Coronavírus no Estado do Rio de Janeiro. 2020. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/13/PLANO-DE-CONTINGENCIA-novo-coronavirus-RIO-DE-JANEIRO-EM-REVIS--O.pdf>. Acesso em: 01 de setembro, 2023.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE SÃO PAULO. Plano de Contingência do Estado de São Paulo para Infecção Humana pelo novo Coronavírus - 2019-nCoV. 2020. Disponível em: <http://www.cosemssp.org.br/wp-content/uploads/2020/02/Plano-decontingencia-do-estado-de-Sa%CC%83o-Paulo-para-infecc%CC%A7a%CC%83ohumana-pelo-novo-coronavirus-2019-nCoV.pdf.pdf.pdf>. Acessado em 01 de setembro de 2023.

SBI. Sociedade Brasileira de Infectologia. 2020. Informe da sociedade brasileira de infectologia (SBI) sobre o novo coronavírus nº 10: Perguntas e respostas para profissionais da saúde e para o público em geral. In: São Paulo: Associação Médica Brasileira (AMB).

SANTOS, T. B. S. et al. **Gestão hospitalar no Sistema Único de Saúde: problemáticas de estudos em política, planejamento e gestão em saúde.** Ciência & Saúde Coletiva. v. 25, n. 9. pp. 3597-3609. ago/set, 2020.

TEN EYCK, R. P. **Ability of regional hospitals to meet projected avian flu pandemic surge capacity requirements.** Prehospital Disaster Medicine, 23(2), 103-112, 2008.

ZOBOLI, E, L. **Ética e administração hospitalar.** Ed. São Camilo, 2ª edição, mar. 2004.

Wilder-Smith, A., & Freedman, D. O. (2020). **Isolation, quarantine, social distancing and community containment: pivotal role for old-style public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak.** J. Travel Med, 27(2), 1–4.

WANG, X.; ZHANG, X.; e HE, J. Challenges to the system of reserve medical supplies for public health emergencies: reflections on the outbreak of the severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) epidemic in China. **Bioscience trends**, v.14, n.1, p. 3-8, 2020.

APÊNDICE



Universidade Federal de Minas Gerais
Instituto de Ciências Agrárias
Campus Regional Montes Claros

ENTREVISTA PARA TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO
GESTÃO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE EM UMA ALA PEDIÁTRICA EM MONTES CLAROS DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

Olá,

Antes de começar, gostaria de agradecer o interesse em contribuir com essa pesquisa.

A mesma tem o objetivo acadêmico, ou seja, ela será usada para elaboração de trabalho de conclusão de curso, sendo as informações prestadas sigilosas, e seus dados mantidos em anonimato.

Destacando, que não existe resposta certa ou errada, apenas gostaria de saber sua opinião sobre as perguntas abaixo.

Aluna: Lorena Patricia Liberto Dias

Orientador: Giovanni Fonseca

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1- Como se deu o processo para o enfrentamento da COVID-19?

2- Houve necessidade de abrir novos leitos pediátricos? Quantos e como foi o processo?

3- Quantos trabalhadores foram necessários para suprir a demanda da COVID - 19 na ala pediátrica?

4- Houve realocação de trabalhadores de outros setores para a ala pediátrica durante a COVID-19? ou foram contratados novos trabalhadores? Ou seja, como foi atendido o aumento da demanda de mão de obra?

5- Houve alguma modificação dos critérios para contratação antes e depois da pandemia?

6- Como a gestão da ala pediátrica administrou os afastamentos dos trabalhadores quando adoeciam por covid-19? Como foi realizada a substituição desses trabalhadores?

7- Como foi a jornada de trabalho dos profissionais da ala pediátrica? Houve mudança de jornadas durante a pandemia? E no número de trabalhadores por turno, houve alteração? Quais alterações ocorreram?

8-Foi realizados treinamentos para novos e antigos trabalhadores durante a pandemia? Quais foram esses treinamentos? qual a duração e qual o perfil dos participantes? O volume e o conteúdo desses treinamentos foram diferentes se comparados ao período pré-pandemia?

9-De modo geral, segundo a sua opinião, quais foram as estratégias usadas pela instituição para enfrentar a COVID-19? E quais as principais dificuldades enfrentadas pela gestão hospitalar para administrar a instituição durante a COVID -19?