



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SOCIOECONÔMICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO

ALINE MORTARI MACHADO

**HU-UFSC/EBSERH: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E GESTÃO NO CONTEXTO
DA PANDEMIA COVID-19**

FLORIANÓPOLIS
2023

ALINE MORTARI MACHADO

**HU-UFSC/EBSERH: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E GESTÃO NO CONTEXTO
DA PANDEMIA COVID-19**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para a obtenção do título de Mestre em Administração.

Orientador: Prof. Sérgio Luís Boeira, Dr.

FLORIANÓPOLIS
2023

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Machado, Aline
HU-UFSC/EBSEERH: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E GESTÃO NO
CONTEXTO DA PANDEMIA COVID-19 / Aline Machado ;
orientador, Sérgio Boeira, 2023.
108 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro Sócio-Econômico, Programa de Pós-Graduação em
Administração, Florianópolis, 2023.

Inclui referências.

1. Administração. 2. Administração. 3. Representações
Sociais. 4. Hospital. 5. Covid-19. I. Boeira, Sérgio . II.
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós
Graduação em Administração. III. Título.

ALINE MORTARI MACHADO

**HU-UFSC/EBSERH: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E GESTÃO NO CONTEXTO
DA PANDEMIA COVID-19**

O presente trabalho em nível de Mestrado foi avaliado e aprovado, em 07 de março de 2023, pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Gabriela Fiates, Dr.^a
Instituição PPGAdm/UFSC

Prof. Lauro Mattei, Dr.
Instituição PPGAdm/UFSC

Prof^a Marcia Grisotti, Dr.^a
Instituição PGPP/UFSC

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Mestre em Administração

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Prof. Sérgio Luís Boeira, Dr.
Orientador

Florianópolis, 2023.

AGRADECIMENTOS

O que me instiga a escrever sobre esse assunto? Ao ingressar no mestrado, o HU-UFSC/EBSERH e o mundo estavam passando pelo fenômeno da pandemia covid-19 e isso me instigou a estudá-lo e buscar compreendê-lo, dentro do possível, do ponto de vista organizacional. As reflexões que esse trabalho traz são únicas. Trabalhar em um hospital nesse momento também foi uma experiência que me transformou como pessoa e profissional. Para Peter Drucker, hospital é uma das organizações mais complexas a serem administradas. É uma área muito desafiadora e ao mesmo tempo muito gratificante. E escrever sobre isso também é igualmente desafiador.

Agradeço a minha família por todo o apoio e entendimento quanto as minhas ausências. Aos meus pais Arildo e Lourdes, que são meus incansáveis incentivadores, por terem me proporcionado uma educação que valoriza o conhecimento e me instigarem a ir além. Ao meu irmão Leonardo, por me inspirar no meio acadêmico. Agradeço ao meu esposo Nicolas por me incentivar na busca por meus objetivos e por me fornecer o apoio diário nessa rotina de trabalho e estudos. A minha sogra Nelly, pelo apoio e auxílio durante esse período.

Trago brevemente um trecho do livro de Mariotti (2010), “Pensamento Complexo”. Um dos pontos apresentados pelo autor é o que Bohm chama de “doença do pensamento”: em nossa cultura, a maioria das pessoas tem dificuldade de fazer conexões e pensar fora do contexto imediato e com isso há a propensão de classificar como “teórico” tudo o que não seja estritamente operacional. O imediatismo está entre as principais características desse modelo mental, que faz com que não nos interessemos por assuntos cuja utilidade prática não é compreendida logo no primeiro momento. Agradeço ao meu orientador, Prof. Sérgio, por me fazer ir além da aplicabilidade prática imediata e proporcionar reflexões que vão muito além dessa dissertação. Muito obrigada pelos ensinamentos, por apoiar minhas ideias e por compartilhar sua vasta bagagem de conhecimento com tanto entusiasmo.

Agradeço ao HU-UFSC/EBSERH e aos colegas que me acompanharam nessa jornada, que dispuseram de seus tempos para as entrevistas e conversas. Deixo registrada minha admiração a esses profissionais.

Meus agradecimentos aos membros da banca, Prof^a. Márcia e Prof. Lauro, um agradecimento especial pelas provocações e novas propostas trazidas na qualificação que me proporcionaram fazer um trabalho mais completo.

“A incerteza é amedrontadora e tende a nos confinar cada vez mais ao concreto. Leva-nos a buscar certezas, muitas das quais inexistentes [...] Ao pretender fugir da incerteza, muitas vezes estreitamos e obscurecemos nosso horizonte [...] nessas condições, ao procurar fugir do perigo, afastamo-nos também daquilo que poderia conjurá-lo ou pelo menos atenuá-lo”
(MARIOTTI, 2010).

RESUMO

Esta dissertação teve por objetivo identificar e interpretar as representações sociais dos gestores e servidores em um hospital público universitário no que diz respeito ao enfrentamento da pandemia covid-19. Houve muitas pandemias na história da humanidade, mas a pandemia da covid-19 resultou em uma megacrise a partir da combinação de crises políticas, econômicas, sociais e nacionais que se sustentam mutuamente com interações múltiplas e interligadas, ou seja, complexas. A pandemia marca um momento atípico na história moderna, que se vê confrontada pela sua falta de controle sobre as manifestações da natureza, o que afeta a segurança e previsibilidade que o progresso alcançado até então garantiu. Nesse estudo, primeiramente se contextualiza a pandemia covid-19 dentro de uma problemática mais ampla, reconhecendo a complexidade desse fenômeno, com abordagem macro da situação e, posteriormente, o foco na realidade do ambiente pesquisado (HU-UFSC/EBSERH). Em tempos ditos “normais”, hospitais já desempenham um papel decisivo dentro do sistema de saúde, fornecendo serviços de saúde principalmente de cuidados críticos e alta complexidade. Com o início da pandemia covid-19 no Brasil, fez-se necessário aumentar a capacidade de atendimento dos hospitais para lidar com os desafios impostos, exigindo atitude imediata dos dirigentes de saúde, organizando de forma sistematizada o fluxo de informações e tomada de decisões no contexto de preparação na emergência hospitalar. Dessa forma, a base teórico-epistemológica desse estudo compreende principalmente a Teoria das Representações Sociais (TRS) de Serge Moscovici e hospitais como organizações complexas. A TRS abarca a ideia de que é necessário considerar o sujeito (quem representa) como parte de um conjunto indissociável de objeto (fenômeno social) e a sociedade para o entendimento do conhecimento, em que conceitos e explicações são originados no cotidiano e nas inter-relações sociais. Como estratégia de investigação, foi realizada uma pesquisa qualitativa através de entrevistas, observação e análise de documentos objetivando uma contribuição teórico-empírica (predominantemente empírica) a partir do recurso metodológico adotado, capaz de alicerçar a base empírica previamente orientada pela Teoria das Representações Sociais. As representações sociais encontradas foram situadas nos diferentes momentos da pandemia, desde o início de 2020 até 2022: Representações Sociais do início da pandemia, paralelamente ao momento de reorganização do hospital; Representações Sociais no momento da primeira onda de casos; Representações Sociais no pior momento da pandemia e Representações Sociais após as segundas doses de vacinação, quando a situação passou a ser menos crítica.

Palavras-chave: Teoria das Representações Sociais; Covid-19; Hospital.

ABSTRACT

The purpose of this dissertation was identify and interpret the social representations of managers and workers of a public university hospital about the covid-19 pandemic. There have been many pandemics in human history, but this pandemic resulted in a mega-crisis from the combination of political, economic, social and national crises that are sustained with multiple and interconnected interactions, that is, complex. The covid-19 pandemic marks an atypical moment in modern history, which is confronted with its lack of control over the manifestations of nature, which affects the security and predictability that the progress achieved so far has guaranteed. In this study, the covid-19 pandemic is first contextualized within a broader problem, recognizing the complexity of this phenomenon, with a macro approach to the situation and, subsequently, the focus on the reality of the researched environment (HU-UFSC/EBSERH). In so-called "normal" times, hospitals already play a decisive role within the health system, mainly providing intensive care and highly complex health services. With the onset of the covid-19 pandemic in Brazil, it was necessary to increase the service capacity of hospitals to deal with the challenges imposed, requiring an immediate attitude from health leaders, systematically organizing the flow of information and decision-making in the context of preparation in the hospital emergency. Thus, the theoretical-epistemological basis of this study comprises mainly Serge Moscovici's Theory of Social Representations (SRT) and hospitals as complex organizations. SRT encompasses the idea that it is necessary to consider the subject (who represents) as a part of an inseparable set of object (social phenomenon) and society for the understanding of knowledge, in which concepts and explanations are originated in daily life and in social interrelations. As an investigation strategy, a qualitative research was carried out through interviews, observation and analysis of documents aiming at a theoretical-empirical contribution (predominantly empirical) from the methodological resource adopted, capable of sustaining the empirical basis previously guided by the Theory of Representations Social. The social representations found were situated at different times of the pandemic, from the beginning of 2020 to 2022: Social representations of the beginning of the pandemic, parallel to the moment of hospital reorganization; Social Representations at the time of the first wave of cases; Social Representations at the worst moment of the pandemic and Social Representations after the second dose of vaccination, when the situation became less critical.

Keywords: Social Representations Theory; Covid-19; Hospital.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Quantidade de artigos publicados x ano da publicação.....	24
Figura 2 – Espiral da contextualização.....	54
Figura 3 – Notícia sobre mudança no atendimento de gestantes	70
Figura 4 – Notícia sobre pesquisa desenvolvida no HU-UFSC/EBSERH	72

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Objetivos	22
Quadro 2 - Categorias de análise – Temas dos Artigos.....	27
Quadro 3 – Estágio da interpretação dos dados	55
Quadro 4 – Síntese e comparativo entre os entrevistados.....	64
Quadro 5 - Situando as representações sociais em diferentes momentos da pandemia.....	92

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Autores e a produção científica sobre o tema	24
Tabela 2 - Publicações em periódicos.....	25
Tabela 3 - Principais palavras-chave	25
Tabela 4 - Áreas do conhecimento que pesquisam sobre o tema.....	26
Tabela 5 – Publicações por países	26

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CE – Colegiado Executivo
EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
HU – Hospital Universitário
HUFs - Hospitais Universitários Federais
RAS – Rede de Atenção à Saúde
REHUF - Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais
SARS-CoV-2 – *Severe Acute Respiratory Syndrome*
SES-SC - Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina
SUS – Sistema Único de Saúde
TRS – Teoria das Representações Sociais
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina
UNACON - Unidade de Alta Complexidade em Oncologia

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
1.1.	OBJETIVOS.....	21
2.	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	22
2.1	EVOLUÇÃO ANUAL DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA INTERNACIONAL SOBRE O TEMA 24	
2.2	AUTORES E A PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE O TEMA.....	24
2.3	PUBLICAÇÃO EM PERIÓDICOS	25
2.4	PRINCIPAIS PALAVRAS-CHAVE	25
2.5	ÁREAS DO CONHECIMENTO QUE PESQUISAM SOBRE O TEMA.....	26
2.6	PAÍSES COM MAIOR NÚMERO DE PUBLICAÇÕES	26
2.7	REPRESENTAÇÕES SOCIAIS PARA TRABALHADORES DA ÁREA DA SAÚDE	27
2.8	REPRESENTAÇÕES SOCIAIS NAS REDES DE COMUNICAÇÃO	28
2.9	REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: HERÓIS, VILÕES E VÍTIMAS DA PANDEMIA	29
2.10	PROCESSOS DE ANCORAGEM E OBJETIVAÇÃO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	31
3.	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	34
3.1.	TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS (TRS)	34
3.2.	HOSPITAIS: ORGANIZAÇÕES COMPLEXAS	40
3.2.1	Hospitais Universitários e a criação da EBSEH	41
3.2.2.	CARACTERIZAÇÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO.....	44
4.	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	47
4.1.	PARADIGMAS.....	48
4.2.	DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	50
4.3.	ESTRATÉGIA DE INVESTIGAÇÃO.....	51
4.4.	PLANEJAMENTO DA PESQUISA.....	56
5.	DESCRIÇÃO E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS.....	57
5.1.	ENTRADA NO CAMPO	57
5.2.	OS GESTORES DO HU-UFSC.....	59
5.3.	OS SERVIDORES DO HU-UFSC	61
5.4.	HOSPITAL ESCOLA: “ENSINAR PARA TRANSFORMAR O CUIDAR”	68
5.6.	A REORGANIZAÇÃO DO HOSPITAL E O INÍCIO DOS ATENDIMENTOS.....	77
5.7.	O PIOR MOMENTO DA PANDEMIA	86
5.8.	SEGUNDA DOSE DE ESPERANÇA.....	88

6. SÍNTESE DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....	91
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
8. REFERÊNCIAS	96
APÊNDICE A - ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	104
APÊNDICE B – CARTA DE ANUÊNCIA	108

1 INTRODUÇÃO

Esse estudo realizou uma abordagem do contexto da gestão hospitalar no enfrentamento da pandemia covid-19, relatando as vivências e desafios enfrentados nesse período a partir do olhar dos gestores e servidores do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC/EBSERH). Este estudo também procurou contextualizar o problema da pandemia dentro de uma problemática maior, reconhecendo a complexidade desse fenômeno mundial, com impacto em diferentes áreas da ciência, economia, sociedade e política. Ressalta-se que a pandemia covid-19 é um fenômeno de ordem gigantesca que ainda está em curso, e, até a presente data (março de 2023) não teve seu final decretado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Nesse trabalho, reconhece-se a complexidade do campo estudado, trazendo uma abordagem macro da situação e, posteriormente, o foco na realidade do ambiente pesquisado (HU-UFSC/EBSERH). Para tanto, nesta introdução, apresenta-se uma breve contextualização sobre a pandemia covid-19.

Conforme a OMS (2022), informação acessada no site da organização em agosto de 2022, a doença do coronavírus (covid-19) é do tipo infecciosa, causada pelo vírus SARS-CoV-2, cujo informe inicial à OMS sobre a existência da doença ocorreu em 31 de dezembro de 2019 após um relatório de um conjunto de casos de “pneumonia viral” em Wuhan, na China. Em 11 de março de 2020, a OMS declarou a pandemia pelo vírus devido à rápida disseminação geográfica que ele apresentava. No Brasil, os primeiros registros da doença datam fevereiro de 2020 levando o governo federal a aprovar o Decreto Legislativo nº 6 de 2020, que reconheceu o estado de calamidade pública.

Antes da covid-19, a pandemia mais recente ocorreu em 2009, com a chamada “gripe suína”, causada pelo vírus H1N1, conforme Fiocruz (2021). A OMS elevou o status da doença para pandemia em junho de 2009, após contabilizar 36 mil casos em 75 países, cujo fim da pandemia foi decretado pela OMS em agosto de 2010. É fato que houve muitas pandemias na história da humanidade, mas a novidade da covid-19 está no fato de ela dar origem a uma megacrise a partir da “combinação de crises políticas, econômicas, ecológicas, sociais, nacionais, planetárias, que se sustentam mutuamente com componentes, interações e indeterminações múltiplas e interligadas, ou seja, complexas” (MORIN, 2020, p. 19).

O vírus da covid-19 desencadeia sintomas respiratórios em grau leve e moderado nas pessoas infectadas, com recuperação sem necessidade de cuidados hospitalares na grande parte dos casos, porém alguns casos podem evoluir para sintomas graves, exigindo atenção médica (OMS, 2022). Pessoas com condições médicas subjacentes (doenças cardiovasculares, diabetes, doenças respiratórias crônicas, câncer, dentre outras) são mais propensas a desenvolver doenças graves, por vezes fatais. Trata-se de uma doença altamente transmissível por gotículas e contato, principalmente em locais fechados, de comportamento ainda não plenamente conhecido pela ciência.

No contexto de incertezas em que se encontrava a disseminação do vírus no período inicial da pandemia, o impacto influenciou a ordem mundial com cancelamento do trânsito de pessoas entre os países, suspensão de viagens, fechamento de fronteiras, suspensão de atividades econômicas, produções e atividades presenciais, situação que se estendeu por 2020, 2021 e, em parte, em 2022, visto também o surgimento de diferentes variantes do vírus.

Conforme Grisotti (2020, p. 1), nesse período, fomos confrontados com uma doença em que “os processos de tomada de decisões foram baseados em protocolos que mudaram conforme os contornos dinâmicos apresentados pela origem e distribuição do vírus, em diferentes indivíduos e grupos”. Isso impactou na rotina e laços sociais através do distanciamento para redução da disseminação do vírus e, conseqüentemente, do número de pessoas que, simultaneamente, precisariam da estrutura hospitalar para o tratamento dos sintomas graves.

A pandemia covid-19 marca um momento atípico na história moderna da humanidade, que se vê confrontada pela sua falta de controle sobre as manifestações da natureza, o que afeta a segurança e previsibilidade que o progresso alcançado até então garantiu (SANTOS, 2021). Antes desse momento, Ulrich Beck (2011), ao desenvolver a teoria da sociedade de risco a partir de 1986, com estudos ao longo dos anos 90 e publicação do livro “Sociedade de Risco Mundial: em busca da segurança perdida” publicado em 2007, já destacava que o progresso possui ambigüidades: ao mesmo tempo que era visto como fonte de geração de riquezas, também era gerador de riscos. Com mundo globalizado e hiperconectado, o vírus disseminou-se depressa até atingir todos os países, característica comum dos riscos globais que ultrapassam fronteiras, de forma rápida e silenciosa, até que o risco

epidemiológico se concretiza em uma catástrofe sanitária (BECK, 2011). A teoria da sociedade de risco nos lembra que a realidade é dinâmica e que o novo é inevitável.

Mariotti (2010, p. 15) faz menção a determinadas situações globais chamadas de “comunalidades”. São fenômenos originários de padrões globalizados de deslocamentos e práticas humanas, tratando-se de problemas, que por sua natureza complexa, “não podem ser resolvidos dentro dos limites de um único ou poucos países, são problemas sem fronteiras”. Esse é o caso das doenças transmissíveis e do vírus da covid-19.

Destaca-se que, no presente momento, existem vacinas disponíveis à população, porém essa realidade concretizou-se a partir do final do ano de 2020, cujo alcance vacinal estendeu-se durante todo ano de 2021, continuando nas doses de reforço em 2022 e 2023. A pandemia teve nas vacinas a esperança mais promissora e ansiosamente esperada como forma de controle da disseminação. Através da garantia de imunidade, reduz-se a preocupação com o distanciamento social e as suas grandes implicações socioeconômicas (DA FONSECA LIMA; ALMEIDA; KFOURI, 2021). Desde o início da pandemia, diferentes grupos de pesquisa realizaram estudos para desenvolvimento de vacina contra a covid-19. O rápido desenvolvimento vacinal representa um importante avanço da ciência, da saúde pública e alimenta a esperança de superação da pandemia (DE SOUZA; BUSS, 2021).

Além dos desafios elencados anteriormente, destaca-se também como desafio vivenciado a hesitação vacinal, pois, além do desenvolvimento da vacina, capacidade de produção, distribuição equitativa em escala global e interna de cada país, definição de grupos prioritários, organização de programas eficientes de vacinação, passando pela garantia de uma distribuição que obedeça a critérios éticos e epidemiológicos, é necessário que a população siga a recomendação do cronograma vacinal. A hesitação vacinal ocorreu (e ainda ocorre) porque havia uma parte da sociedade que permanecia indecisa e que passou por um processo prolongado de tomada de decisão sobre aceitar ou não a vacina, apesar da disponibilidade de serviços de vacinação (MCGRATH, 2022).

Embora o estudo tenha procurado realizar esta contextualização inicial mais ampla sobre a pandemia covid-19, o objeto em si da pesquisa foi delimitado para oferecer ao leitor uma perspectiva sobre o problema a partir do ponto de vista organizacional, a partir da realidade do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, HU-UFSC/EBSERH. As ideias que me permitem propor esta

dissertação perpassaram um caminho anterior, que é relevante relatar: sou formada em administração pela Universidade Federal de Santa Maria (graduação concluída em 2016), atuei como servidora na Secretaria de Saúde do Estado do Paraná – SESA, na Universidade Federal de Santa Maria e, desde 2018, sou servidora do HU-UFSC/EBSERH. Alicerçada no meu interesse profissional, comecei a amadurecer a proposta desse estudo alinhado ao atual contexto hospitalar e social: a pandemia covid-19 e seus diferentes impactos nas nossas vidas pessoais e profissionais.

A respeito da percepção da realidade hospitalar no momento de pandemia, atuo na mesma não apenas como observadora, mas também como participante, uma vez que sou servidora do quadro de trabalhadores da instituição. Cabe destacar também que continuei com a rotina de trabalho presencial na instituição, possibilitando maior vivência e envolvimento no dia a dia desse período do hospital.

Em tempos ditos “normais”, hospitais já desempenham um papel decisivo dentro do sistema de saúde, fornecendo cuidados de saúde à comunidade, principalmente de cuidados críticos e alta complexidade. Surtos de diferentes doenças por um período prolongado podem ocasionar a disseminação progressiva da doença, com aumento rápido da demanda por serviços de saúde. Esse fato pode potencialmente sobrecarregar a capacidade dos hospitais e do sistema de saúde em geral. Com o início da pandemia covid-19 no Brasil, em março de 2020, fez-se necessário aumentar a capacidade de atendimento dos hospitais para lidar com os desafios impostos, exigindo atitude imediata dos dirigentes de saúde, organizando de forma sistematizada o fluxo de informações e tomada de decisões no contexto de preparação na emergência hospitalar.

Contextos de crise, como o causado pela covid-19, conferem visibilidade ao protagonismo dessas instituições que, por meio dos seus gestores, desenvolvem ações para o provimento das condições e dos recursos necessários para o cumprimento da missão assistencial no contexto da saúde (SANTOS *et al.*, 2020). Hospitais são instituições complexas e vulneráveis por natureza, dependentes de linhas externas de suporte e suprimento. Mesmo um aumento modesto no volume de internações pode sobrecarregar um hospital, além de esgotar sua reserva funcional.

Dessa forma, até para um hospital bem preparado, lidar com as consequências no atendimento de saúde na pandemia covid-19 é um desafio complexo. Faz-se necessária adoção de medidas para a continuidade da prestação dos serviços, definição de prioridades na adequação da estrutura e organização dos

fluxos organizacionais, comunicação interna e externa, adaptação às demandas, gestão de recursos escassos (por exemplo: mão de obra, suprimentos), ambiente seguro para profissionais (por exemplo: fornecimento de equipamentos de proteção individual - EPI, equipamentos de proteção coletiva – EPC e estrutura adequada). Cabe ressaltar também o risco de adoecimento dos profissionais de saúde, ocasionando afastamentos e escassez da mão de obra, o que pode levar a um colapso da assistência hospitalar.

Dessa forma, o estudo procura contextualizar o problema causado pela pandemia covid-19 e os impactos causados na gestão de um hospital público universitário. A importância desta problemática se reflete na emergência do assunto, em que o enfrentamento da pandemia remete a um contexto permeado de desafios que demandam o planejamento de políticas e práticas gerenciais eficazes para a provisão de condições para o cuidado em saúde. Para isso, são necessários estudos visando a identificação do que tem sido feito em resposta à pandemia e, principalmente, apoiar as decisões a serem tomadas para o enfrentamento dessa situação.

Esse estudo ocorre a partir da ótica da Teoria das Representações Sociais (TRS), desenvolvida por Serge Moscovici, na França, a partir de 1960. Esse conceito advém da psicologia social e abarca a ideia de que é necessário considerar o sujeito (quem representa) como parte de um conjunto indissociável de objeto (fenômeno social) e a sociedade para o entendimento do conhecimento de senso comum. As representações sociais tem seus conceitos e explicações originados do cotidiano e das inter-relações sociais (MOSCOVICI, 2015).

Como uma antropologia do mundo contemporâneo, a TRS lida com as maneiras como os grupos dão sentido ao real, elaborando-o e explicando-o para si mesmos, para se comunicarem e funcionarem cotidianamente. A TRS tem criado um amplo espaço de discussão e pesquisa capaz de possibilitar um melhor entendimento sobre atividades cognitivas, simbólicas e afetivas dos indivíduos nas suas interações cotidianas e tomadas de posicionamentos sociais (MOSCOVICI, 2007).

No estudo organizacional, cada vez mais se tem buscado a transdisciplinaridade com o objetivo de construir quadros de referência que possam ampliar as possibilidades de interpretação da complexidade do espaço organizacional, que reproduz, em parte, a dinâmica macrossocial (BRITO *et al.*, 2002). A partir da ideia do diálogo teórico-metodológico, o presente estudo tem uma proposta de análise

a partir da complementariedade entre a administração e psicologia social na tentativa de identificar as representações sociais em uma organização pública.

Embora o estudo tenha procurado realizar esta contextualização mais ampla, a pandemia covid-19 é um evento ainda em curso. Do ponto de vista da ciência da administração, o estudo fez emergir a reflexão sobre a gestão hospitalar em um período crítico com diferentes adversidades. Em termos de relevância social, esta pesquisa pode contribuir para a compreensão de como se constituem as representações sociais na organização hospitalar.

No capítulo sobre os aspectos teóricos e metodológicos, busquei apresentar uma leitura da TRS, juntamente com a complexidade das organizações hospitalares. Na sequência, abordei as estratégias de coletas de dados, através de entrevistas e observação *in loco* na organização objeto de estudo.

Quanto à interpretação e discussão dos dados, baseado também na TRS, a espiral da contextualização guiou a interpretação e a construção das representações sociais, considerando o enfrentamento da pandemia no hospital juntamente com os contextos imediatos, as ideias, a cultura e o imaginário social dos entrevistados (servidores e gestores). Destaco que o uso da espiral não ocorreu necessariamente nessa ordem, nem considerando todos os elementos para cada representação social, mas realizando ponderações de acordo com a predominância dos elementos abordados.

Destaco também que busquei construir as representações sociais a partir de categorias que não foram previamente concebidas, mas que emergiram dos próprios dados coletados a partir do princípio dialógico sem o objetivo de obter posicionamentos dicotômicos. Nesta etapa, também busquei trazer para a interpretação outros referenciais teóricos, e retomar conceitos identificados na revisão de literatura.

1.1. OBJETIVOS

O presente estudo possui a seguinte pergunta central: Como os gestores e servidores do HU-UFSC/EBSERH têm enfrentado a pandemia covid-19, considerando-se suas representações sociais (imagens/metáforas, preocupações, ideias recorrentes) sobre o fenômeno mundial desde seu início até o momento (meados de 2022)?

Quadro 1 - Objetivos

Objetivo geral
Identificar e interpretar as Representações Sociais dos gestores e servidores no que diz respeito ao enfrentamento da pandemia covid-19 em hospital público universitário.
Objetivos específicos
a) Identificar representações sociais dos gestores e servidores, situando-as nos diferentes momentos da pandemia, desde o início de 2020 até 2022 considerando o ponto de vista organizacional.
b) Interpretar e discutir as diferentes representações sociais encontradas que caracterizam o HU-UFSC na pandemia, sua identidade, desafios, controvérsias.

Fonte: Da autora

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A seguir, será apresentada a revisão bibliográfica da pesquisa, que consistiu no exame das publicações sobre o tema que orientaram a formação e a definição do escopo da pesquisa. Essa revisão bibliográfica ocorreu nos meses de julho e agosto de 2021, período inicial da pesquisa, com objetivo de contextualizar o tema, observando as diferentes publicações até então disponíveis nos portais de pesquisa acadêmicos.

O objetivo desta revisão foi compreender como a academia estava tratando o tema. Neste sentido, a seleção dos trabalhos que compõem esta revisão de literatura foi baseada na proposição de possibilitar uma visão ampla do assunto. Por ser uma visão abrangente e exploratória, cabe destacar que nem todos os trabalhos apresentados na revisão de literatura estão alinhados com a minha própria perspectiva como pesquisadora.

É importante salientar também que o termo “Representações Sociais” possui diferentes vertentes, uma europeia e a outra norte americana. Como se trata de uma

pesquisa inicial, observa-se que ambas aparecem na pesquisa bibliométrica, porém destaca-se que no decorrer da pesquisa adota-se a abordagem europeia de Moscovici, que será tratada no referencial teórico. Considerando Farr e Moscovici (1984), a abordagem europeia da TRS foi escolhida em detrimento da americana pois possui abordagem focada na dinâmica e interação social com o objeto no meio em que está inserido, enquanto a abordagem americana possui o foco no indivíduo e sua atitude no pequeno grupo (GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, 1995).

Foram utilizados dados de produção científica da base de dados Google Acadêmico considerando que a base de dados, além de aberta, possui a maior quantidade de material e por se tratar de um assunto recente, com menos de dois anos de publicações na data da pesquisa. Em um primeiro momento, foi utilizado como critério de seleção os termos "representações sociais" + "aprendizagem" + "covid". Foram obtidos inicialmente 921 resultados, que após a leitura de títulos e resumos, reduziu-se a uma amostra final de 12 artigos. Foram excluídos materiais relacionados ao processo de aprendizagem da área da educação, ensino remoto durante a pandemia, apresentações sociais no que tange à discussão de gênero (LGBTQ+), população de rua, precarização da relação de trabalho durante a pandemia, sustentabilidade ambiental e gamificação do ensino.

No intuito de ampliar a amostra, realizou-se uma segunda pesquisa utilizando como critérios de seleção os termos "*Social representation*" e "*pandemic*", obtendo-se 1.210 resultados, que possibilitaram a seleção de mais 10 artigos, o que gerou uma amostra final de 22 artigos. Como critério de exclusão, foram desconsiderados artigos que tratavam sobre a pandemia de influenza, representações sociais para pacientes em cuidado paliativo, representação social no mundo imaginário e real, representações sociais na igualdade de gênero, representação social perante HIV, aula remota durante pandemia (tanto ensino básico quanto superior), estudos sobre ansiedade e depressão, representações sociais sobre uso de máquinas (robôs), vulnerabilidade social, representações sociais perante outras doenças não-pandêmicas (diabetes, HIV, zikavirus, ebola, obesidade, HPV). A busca foi realizada em julho de 2021, abordando o período de 2020 a 2021.

A análise dos artigos ocorreu através da leitura, relação dos principais pontos abordados nos artigos e relacionamento das variáveis através das palavras-chave abordadas. Com a análise sistemática dos artigos, é possível constatar que, em sua grande maioria, as pesquisas buscam identificar as representações sociais de

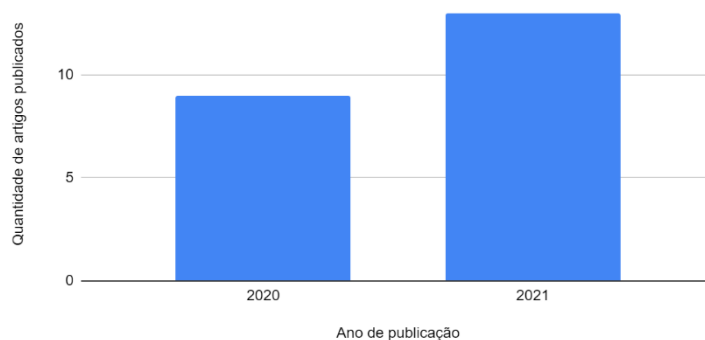
determinado grupo pesquisado. Para a análise sistemática da literatura, foram criadas categorias a partir da similaridade dos assuntos abordados.

2.1 EVOLUÇÃO ANUAL DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA INTERNACIONAL SOBRE O TEMA

Na Figura 1, observa-se que o primeiro artigo publicado sobre covid-19 nessa base de dados ocorreu em 2020. Essa data de publicação se deve ao fato de a covid-19 ter surgido em dezembro de 2019 e expandido a outros países no início de 2020.

Em 2021, observa-se um aumento da publicação de artigos sobre o tema, o que pode estar relacionado à consolidação da própria pandemia e o crescente interesse de pesquisas sobre o assunto.

Figura 1 - Quantidade de artigos publicados x ano da publicação.



Fonte: Elaborado pela autora, com dados da pesquisa (2021).

2.2 AUTORES E A PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE O TEMA

Na tabela 1, visualiza-se os seis autores que mais publicaram sobre o tema no período analisado. Cada um dos seis possui um total de duas publicações cada.

Tabela 1 - Autores e a produção científica sobre o tema

Autor	Frequência
Annamaria Silvana de Rosa	2
Brigitte Nerlich	2
Nahia Idoiaga Mondragon	2
Naiara Berasategi Sancho	2
Rusi Jaspal	2
Terri Mannarini	2

Fonte: Elaborado pela autora, com dados da pesquisa (2021).

Como se trata de um tema recente e há poucas publicações vinculadas ao objetivo da dissertação, ainda não era possível visualizar um estudioso como referência sobre essa temática.

2.3 PUBLICAÇÃO EM PERIÓDICOS

Na tabela 2, visualiza-se os três periódicos e base de dados que mais publicaram sobre o tema, no período analisado. O periódico com maior número de publicações é o Papers on Social Representations, com 04 artigos publicados

Tabela 2 - Publicações em periódicos

Periódico	Frequência
Papers on Social Representations	4
Scielo	3
International Journal of Social Psychology	2

Fonte: Elaborado pela autora, com dados da pesquisa (2021).

2.4 PRINCIPAIS PALAVRAS-CHAVE

Ao analisar as palavras-chaves presentes nos 22 artigos estudados, foram evidenciadas no total 75 palavras diferentes. A tabela 3 apresenta a síntese das 09 palavras que mais apareceram, sendo que estas foram repetidas em até 17 artigos.

Tabela 3 - Principais palavras-chave

Palavras-chave	Número de repetições
Social representation	17
Covid-19	16
Pandemic	5
Coronavirus	4
Nursing	4
Emotions	3
Psychology	3
Infectious disease	2
Social isolation	2

Fonte: Elaborado pela autora, com dados da pesquisa (2021).

As palavras-chaves mais evidenciadas nos estudos foram “social representation”, “covid-19” e “pandemic”, que foram palavras utilizadas nas buscas dos artigos. As palavras “nursing”, “emoticons”, “psychology”, “infectious disease”, “social isolation” também surgiram. Cabe destacar que nem todos os artigos que

tratam de “social representation” estão vinculados ao enfoque de Moscovici, utilizado nesse estudo.

2.5 ÁREAS DO CONHECIMENTO QUE PESQUISAM SOBRE O TEMA

A partir da análise da amostra, é possível identificar quatro áreas do conhecimento que estudam esse tema: Psicologia, Sociologia, Enfermagem e Administração.

Tabela 4 - Áreas do conhecimento que pesquisam sobre o tema

Área	Total artigos da amostra
Psicologia	10
Sociologia	8
Enfermagem	3
Administração	1

Fonte: Elaborado pela autora, com dados da pesquisa (2021).

Observa-se que as áreas da Psicologia e Sociologia, juntas, possuem 18 artigos do total de 22, evidenciando-se como as áreas que mais pesquisam e publicam sobre esse tema. Ademais, são áreas de referência na TRS, em que historicamente observa-se maior número de publicações e interesse sobre o assunto.

2.6 PAÍSES COM MAIOR NÚMERO DE PUBLICAÇÕES

Ao analisar a frequência de publicações por país, constata-se o maior número de publicações em estudos realizados por brasileiros, com total de 7 artigos. Cabe ressaltar que há estudos que foram realizados em conjunto, como Brasil e Inglaterra. Há também um artigo que envolveu 03 ou mais nacionalidades diferentes. Com isso, constata-se a relevância da participação do Brasil no tema pesquisado.

Tabela 5 – Publicações por países

País	Número de repetições
Brasil	7
Inglaterra	6
Itália	4
Espanha	3
Canadá	2
França	1
Estudos envolvendo 03 ou mais países	1

Fonte: Elaborado pela autora, com dados da pesquisa (2021).

A etapa seguinte da análise foi a Revisão Sistemática da Literatura a partir da leitura em profundidade da amostra, com organização dos materiais a partir do uso do software Mendeley em que foi possível compreender os objetivos e resultados dos artigos, e assim, os artigos foram divididos em diferentes categorias de análise.

Para a criação das categorias, procedeu-se inicialmente a leitura detalhada de cada um dos artigos a fim de compreender o foco de investigação dos mesmos, assim como a leitura, entendimento dos resultados e suas implicações para as organizações. Por fim, após a compreensão dos resultados das pesquisas, eles foram divididos em quatro categorias, conforme o Quadro 2 - Categorias de análise.

Quadro 2 - Categorias de análise – Temas dos Artigos

Temas	Referências
RS para trabalhadores da área da saúde	Coelho et. al. (2021); Almeida et. al. (2021).
RS nas redes de comunicação	Páez e Pérez (2020); Pizarro et. al. (2020); Rosa e Mannarini (2020); Jaspal e Nerlich (2021) Negura, Masse e Plante (2021).
RS: Heróis, vilões e vítimas da pandemia	Mohammed et. al (2020); Mondragon et. al. (2021); Costa, Cruz e Cavalcante (2020).
RS: Processos de ancoragem e objetivação	Jaspal e Nerlich (2020); Apostolidis, Santos e Kalampalikis (2020); Fasanelli, Piscitelli e Galli (2020); Rosa e Mannarini (2021); Coi, Norcia e Bruzzone (2020); Wassler e Talarico (2021); Joia e Michelotto (2021); Eiguren <i>et al.</i> (2021); Zanini et. al. (2021); Souza et. al (2021); Rateau, Tavani e Delouvée (2021); Magioglou e Coen (2021).

Fonte: Elaborado pela autora, com dados da pesquisa (2021).

Cada uma das categorias será detalhada na sequência, com a síntese dos artigos que a compõem.

2.7 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS PARA TRABALHADORES DA ÁREA DA SAÚDE

O estudo de Coelho *et. al.* (2021) objetivou analisar a estrutura das representações sociais sobre a covid-19 entre enfermeiros assistenciais. Trata-se de um estudo qualitativo, que apresentou a análise estrutural, destacando-se a presença do elemento emocional negativo como possível eixo central. A representação foi constituída por meio dos elementos “medo”, “isolamento” e “morte”.

Em Almeida *et. al.* (2021), o objetivo do estudo foi refletir sobre a covid-19 como um fenômeno de representações sociais para a equipe de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva, analisando as implicações dessa compreensão teórica no delineamento das práticas sociais de tais profissionais. Como um dos resultados,

obtém-se as representações sociais como possibilidade de subsídio à formulação e implementação de tecnologias educacionais direcionadas aos profissionais, com impacto na qualidade do cuidado e na saúde do profissional de enfermagem.

Verificou-se a partir dos estudos aqui apresentados que a covid-19 não é apenas um objeto médico e científico, mas também social. Nesse entendimento, as reações ao covid-19 evidenciam informações sobre as pessoas, seus sistemas de pensamento, as relações com os outros, os valores e princípios que regem a dinâmica social. Trata-se de um fenômeno revelador da sociedade em que as representações sociais permitem compreender como essa dinâmica social ocorre a partir dos pensamentos e práticas sociais (ALMEIDA *et al.*, 2021; COELHO *et al.*, 2021).

2.8 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS NAS REDES DE COMUNICAÇÃO

No artigo de Páez e Pérez (2020), objetiva-se definir as representações sociais, como as modalidades de comunicação explicam sua forma e conteúdo. Os autores abordam também os processos de ancoragem em conhecimentos anteriores e objetivação nas novas crenças que estão surgindo em torno da pandemia covid-19. Com o estudo qualitativo desenvolvido, forneceu-se algumas pistas sobre como as crenças do senso comum são moldadas, evoluem e são articuladas em comportamentos coletivos.

Já Pizarro *et al.* (2020) analisam a abrangência e o conteúdo das representações sociais sobre a pandemia covid-19 em 21 zonas geográficas de 17 países nas Américas, Europa e Ásia. Este artigo explora as diferentes RS da pandemia covid-19 que foram compartilhadas através dos meios de comunicação de massa e redes sociais. Os resultados mostram que as pessoas concordam com a representação hegemônica dominante de que covid-19 é uma doença viral. No entanto, não há acordo nem desacordo com uma RS Ecológica Emergente (como a superexploração do planeta). Além disso, os participantes expressam desacordo geral com a controversa RS conspiratória como arma biológica e como uma forma de “resolver problemas” (exemplo: usado para matar idosos). Com relação às representações sociais de objetificação em “vilões da elite política”, houve uma ligeira maioria de acordo com dois itens (ou seja, a percepção de que o governo os engana).

Rosa e Mannarini (2020) tematizam questões de “alteridade” nas representações da pandemia covid-19 na mídia e nos discursos institucionais. A

pesquisa de comunicação sugere que a desinformação pode ser comparada por meio de checagem de fatos, inoculação e provocações para que as pessoas reflitam sobre a precisão das notícias e informações. No entanto, a quantidade de informações não confiáveis produzida durante uma crise como a pandemia é tão grande que as estratégias de comunicação provavelmente se mostrarão ineficazes. Em tempos de grande incerteza, as respostas afetivas tendem a dominar e prevalecer de modo a dar sentido ao imprevisível, caindo na armadilha do raciocínio dicotômico que ressoa com a lógica das representações sociais polêmicas.

Já Nerlich e Jaspal (2020) examinam o surgimento da representação social “distanciamento social” retratada em um jornal do Reino Unido e em um tabloide de maior circulação: *The Times* e *The Sun*. Usando a Teoria das Representações Sociais e a análise temática, os autores mostram que o distanciamento social foi visto pela primeira vez como uma ameaça à vida normal, que a modernidade se baseia na mobilidade. Mais tarde, foi retratado como uma ameaça à ordem social e finalmente como uma nova norma de conduta social que gradualmente se incorporou à vida cotidiana.

Negura, Masse e Plante (2021) analisam a evolução do discurso de especialistas na mídia durante a primeira onda da pandemia covid-19 no Canadá, em que foi possível documentar o tipo de expertise mobilizado, os tipos de experts engajados pela mídia, as modalidades de apropriação desse discurso por não especialistas e o uso do discurso de especialistas por atores políticos. Por um lado, os discursos dos especialistas variam em termos de proximidade com o objeto de estudo, bem como com o poder de decisão. Por outro lado, o discurso também varia quanto aos resultados contraditórios dos estudos. Os pesquisadores constataam que não existe um discurso uniforme de especialistas sobre a verdade do vírus, ao contrário do que parece ser sugerido pelos formuladores de políticas quando afirmam na mídia, por exemplo, basear suas decisões nos melhores pareceres científicos.

2.9 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: HERÓIS, VILÕES E VÍTIMAS DA PANDEMIA

Mohammed *et al.* (2021) examinam criticamente os efeitos do discurso do herói sobre os enfermeiros que estão enfrentando a crise do covid-19 e consideram o impacto político, social, cultural e profissional desse discurso no trabalho da enfermagem. A equipe de enfermagem foi rotulada de heroica por políticos, meios de

comunicação e público em geral para descrever seu compromisso em fornecer atendimento na linha de frente às pessoas com covid-19, apesar dos riscos de exposição e da falta de recursos clínicos. Os três elementos principais do discurso do herói incluem: 1 - Enfermeiros como um “sacrifício necessário”; 2 - Enfermeiros como “cidadãos modelo” e 3 - Heroísmo em si como recompensa para enfermeiros.

O discurso do herói é uma ferramenta empregada para cumprir objetivos múltiplos, como a normalização da exposição dos enfermeiros ao risco, a imposição de modelo de cidadania e a preservação das relações de poder existentes que limitam a habilidade dos enfermeiros da linha de frente para determinar as condições de seu trabalho. Os resultados do estudo têm implicações para abordar a resposta política coletiva da enfermagem na crise contínua do covid-19 e formalizar os apoios emocionais, psicológicos, éticos e práticos contínuos dos enfermeiros à medida que a pandemia continua (MOHAMMED *et al.*, 2021).

Já Mondragon *et al.* (2021) examinam como as pessoas representam socialmente a pandemia covid-19 no estágio inicial da crise de saúde na Europa. O estudo apresenta a percepção da população em relação aos heróis da covid-19, que parecem ser caracterizados principalmente por médicos e profissionais da saúde, autoridades cujos conselhos devem ser seguidos. Apresentam também a percepção sobre as vítimas, que são aquelas que morreram ou pessoas infectadas (principalmente idosas). Mostram também os vilões como a mídia (responsável por disseminar medo), leigos que repassam notícias falsas na internet e cidadãos que não pensam no coletivo.

Para Costa, Cruz e Cavalcante (2021), cujo estudo objetivou analisar as representações sociais de internautas, a partir de comentários a reportagens sobre o Coronavírus no Brasil, observa-se representações sociais assentadas em valores negativos, convergindo seus sentidos para uma imagem de descrédito em instituições, governantes e mídia. Observa-se a atribuição de culpa aos gestores pelas falhas na gestão da crise de saúde, além da corrupção, que dificulta os investimentos no sistema de saúde e facilita a disseminação de doenças. Assim, observa-se a figura do político como vilão.

2.10 PROCESSOS DE ANCORAGEM E OBJETIVAÇÃO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS¹

Nessa categoria de análise encontra-se a maioria dos artigos estudados (12 do total de 22 da amostra). Jaspal e Nerlich (2020) possuem o artigo mais citado da amostra, com total de 37 citações. Os autores apresentam um amplo quadro teórico baseado na Teoria das Representações Sociais e Teoria do Processo de Identidade. Para promover mudanças eficazes, duradouras e sustentáveis no contexto da pandemia, as representações sociais da covid-19 (e as estratégias para mitigação dessa) devem ressoar entre as diversas pessoas que se busca engajar. Uma atenção particular deve ser dada aos processos de ancoragem e objetivação, bem como à fonte da representação que se deseja incorporar em uma comunidade (ou seja, quem a está divulgando).

Apostolidis, Santos e Kalampalikis (2021) abordam exemplos ilustrativos para identificar os processos de objetivação e ancoragem a fim de mostrar a relevância de algumas ferramentas conceituais no campo das representações sociais para analisar a construção da covid-19.

Fasanelli, Piscitelli e Galli (2020) utilizaram um quadro teórico para investigar as explicações leigas do surto de covid-19, buscando responder a questões sobre a existência de diferenças entre as representações sociais do covid-19 elaboradas por estudantes de ciências sociais e humanas, assim como estudantes de ciências biológicas.

Para Rosa e Mannarini (2021), o estudo aborda os aspectos da maneira como a dimensão do espaço no distanciamento social tornou-se uma medida central para a proteção da saúde própria e de outrem durante a pandemia de covid-19. O distanciamento prescritivo socioespacial assume vários significados em contextos culturais, dependendo se os estilos de vida são mais coletivistas ou individualistas e se as práticas sociais são marcadas por proximidade ou distância social.

Colí, Norcia e Bruzzone (2020) têm como objetivo analisar a estrutura e o conteúdo da representação social Coronavírus, com especial atenção aos significados socialmente construídos, a fim de compreender de que forma a pandemia covid-19 vai se concretizar na consciência coletiva. Com os resultados, observa-se que os

¹ O Conceito de Representação Social é tratado no tópico sobre referencial teórico.

aspectos compartilhados podem ser úteis nas primeiras fases de uma possível futura pandemia. Um ponto importante a ser destacado é a comunicação que emergiu e, também, que os meios de comunicação de massa desempenham um papel importante não só na formação da representação social, mas também na influência de comportamentos preventivos e na gestão do medo.

Wassler e Talarico (2021) abordam os impactos socioculturais da pandemia a partir da investigação das representações sociais de turistas chineses de uma perspectiva de acolhimento italiano. Por meio de entrevistas, a pesquisa mostra que, enquanto a representação hegemônica dominante está enraizada na racionalidade, a representação polêmica emergente está ancorada em medos socioculturais pré-iluministas.

Joia e Michelotto (2020) objetivam investigar a representação social da pandemia covid-19 no Brasil por meio da Teoria das Representações Sociais operacionalizada pela técnica de evocação de palavras. Os autores expõem que a população brasileira se divide em duas abordagens filosóficas contrastantes: o universalismo - entendendo a vida como um bem de valor infinito e, portanto, mais importante do que a preservação econômica do país - e o utilitarismo - em que o foco é a mitigação da pandemia covid-19. A conclusão é que o paradigma universalista triunfou sobre o utilitarista. Ou seja, a sociedade brasileira associou a representação social da pandemia covid-19 principalmente às questões de saúde (situando-a no núcleo central), deixando em segundo plano (ou seja, no sistema periférico) o impacto econômico derivado de sua gestão e mitigação. Cabe destacar críticas aos resultados obtidos no estudo pois representam domínio da visão utilitarista, com o número de mortes no país mostrando o oposto: elevadas aglomerações, contrariando as recomendações sanitárias (tanto em festas e aglomerações voluntárias, assim como a existência de muita pobreza e desigualdade social, fazendo com que muitas pessoas se aglomerassem em casas pequenas, em transportes públicos, em busca de sobrevivência não respeitando as regras sanitárias).

Eiguren *et al.* (2021) objetivam compreender como os idosos representam e enfrentam emocionalmente a covid-19 a partir da Teoria das Representações Sociais. Como resultado, os dados da pesquisa deixam claro que, ao se referir aos idosos como grupo de risco, é necessário especificar com precisão a faixa etária a que esse termo se refere e propor recomendações específicas para cada caso. Além disso, atenção especial deve ser dada à importância central do medo e ao surgimento de

sentimentos de solidão. Nesse sentido, é fundamental que o governo e as autoridades locais desenvolvam políticas sociais e inclusivas para ajudar os idosos a aliviar os efeitos potenciais do confinamento, atendendo as suas necessidades psicológicas, sociais, de saúde e de bem-estar.

Zanini *et al.* (2021) avaliam as características psicológicas e sociodemográficas associadas à adesão ou não adesão de indivíduos a essas práticas em duas fases distintas da experiência pandêmica no Brasil: no primeiro mês e após três meses. Os resultados mostraram que os respondentes que praticam o isolamento social para cumprir as recomendações sanitárias tiveram pontuações mais baixas nas escalas de neuroticismo e conscienciosidade. Eles relataram também menos estresse, ansiedade e depressão, assim como menos angústia. No geral, esses entrevistados também exibiram afeto mais positivo e tendem a reformular o estresse de uma forma mais positiva do que outros.

Souza *et al.* (2021) apresentam as representações sociais da covid-19 construídas por adultos brasileiros de classe média e suas implicações ideológicas, proporcionando uma análise sociopsicológica desses fenômenos durante a pandemia. As representações sociais investigadas incluíram formas simbólicas contestatórias e crenças que desafiaram relações de dominação existentes. Referiram, por exemplo, a necessidade de proteger o meio ambiente e fornecer serviços de saúde e educação adequados a todas as camadas sociais, por exemplo. A discussão destaca as implicações ideológicas dessas teorias do senso comum. Grupos socialmente desfavorecidos apresentam maior risco relacionado ao covid-19, que as representações sociais investigadas podem contribuir para ocultar e naturalizar.

Rateau, Tavani e Delouvé (2021) evidenciam que a representação social está organizada em torno de cinco elementos descritivos potencialmente centrais, provocadores de ansiedade e globalmente negativos. Em termos de aplicação, este estudo alerta para a importância de se considerar cuidadosamente a maneira como os indivíduos constroem suas próprias representações de medo de acordo com a origem que atribuem a esses objetos. Isso é particularmente crucial no contexto das comunicações de prevenção de saúde pública.

Magioglou e Coen (2021) abordam como as mudanças climáticas e a pandemia covid-19 podem ser lidas como duas facetas de uma Representação Social. A pesquisa sobre covid-19 a partir de uma perspectiva de RS enfocou-a como um objeto emergente de RS ou seu significado socialmente construído para sociedades

ao redor do mundo. Isso é compatível com a teoria RS convencional, em que uma nova realidade ou objeto socialmente construído, por exemplo, covid-19, está emergindo na experiência cotidiana dos leigos.

Assim, esse foi o estudo inicial para elaboração desse trabalho, ressaltando que a revisão bibliográfica e a revisão sistemática da literatura foram ferramentas iniciais que permitiram contextualização sobre o tema para posterior elaboração e execução dessa pesquisa. Nem todos os artigos abordados apresentam a abordagem de representação social a partir da ótica de Moscovici. No próximo capítulo, é apresentada a fundação teórica, que possibilitou o embasamento teórico estudo realizado.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo são abordados os embasamentos teóricos para a realização da pesquisa. Vale ressaltar que esse trabalho não tem a pretensão de aprofundar a discussão sobre os enfoques apresentados, e sim situar as bases teórico-epistemológicas que servirão como pano de fundo para as análises e interpretações.

3.1. TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS (TRS)

A Teoria das Representações Sociais (TRS) originou-se através dos estudos de Serge Moscovici nos anos 1960 a partir da publicação da obra *Psychanalyse: son image et son public*. Moscovici desenvolveu o conceito de representações sociais a partir da ideia de representações coletivas de Durkheim, e propõe que a realidade social é tanto física como imaginária. Isso significa que os sujeitos representam os fatos de acordo com as circunstâncias contextuais e cotidianas, eles existem como parte de uma “rede social” e individual, e coletivamente, criam representações para se expressarem e agirem (MOSCOVICI, 2007).

A superação de um modelo dicotômico entre as representações individuais e coletivas foi o início desse campo de pesquisa que busca “compreender as formas dos sujeitos pensarem, sentirem e agirem considerando que são elementos de uma trama social em que existem constantemente trocas simbólicas e afetivas no intuito de apreender os espaços, os objetos, os discursos, o outro e a realidade que está materializada na vida dos sujeitos” (RIBEIRO; ANTUNES-ROCHA, 2016, p. 407).

Existem duas vertentes nos estudos em Representações Sociais (RS): uma norte-americana e a outra europeia. Para esse estudo, o foco é na RS europeia, especificamente na desenvolvida por Moscovici. Desde o início, a TRS de Moscovici se constitui como uma importante crítica sobre a natureza individualizante da maior parte da pesquisa em psicologia social na América do Norte. Apesar dos estudos compartilharem o mesmo solo (metáfora proposta por Allport), a psicologia social se desenvolveu na América do Norte como subdisciplina da psicologia, centralizando-se no indivíduo (FARR, 1995). Já a abordagem da psicologia social de Moscovici enfatiza a necessidade de se evitar os extremos, ou seja, tanto o psicologismo quanto o sociologismo. A TRS de Serge Moscovici é uma forma sociológica de psicologia social, contextualizada numa perspectiva europeia com ênfase no estudo das relações intergrupais (FARR, 1995).

No campo das ciências sociais, a obra de Moscovici pode ser inserida na área da sociologia do conhecimento. Moscovici se interessou não apenas em compreender como o conhecimento é produzido, mas também em analisar o impacto nas práticas sociais e vice-versa. Em suas próprias palavras, interessou-se pelo “poder das ideias” de senso comum (OLIVEIRA, 2004). A TRS tem passado por “um processo de crescimento e expansão, deixando de ser um corpo de conhecimento da psicologia social para alcançar diversos campos e áreas do conhecimento” (MARTINS-SILVA *et al.*, 2016, p. 1).

Moscovici buscou compreender como a produção de conhecimentos plurais constitui e reforça a identidade dos grupos, como influi em suas práticas e como estas reconstituem seus pensamentos (OLIVEIRA, 2004). Para Moscovici (2007), a TRS é um sistema de valores, ideias e práticas, com dupla função. A primeira delas é estabelecer uma ordem que possibilitará as pessoas orientarem-se em seu mundo material e social e, assim, controlá-lo. Em segundo lugar, a TRS possibilita que a comunicação seja possível entre os membros de uma comunidade, fornecendo-lhes um código para nomear e classificar os vários aspectos de seu mundo e das suas histórias, tanto individual quanto social. A TRS, para Moscovici (1978), como uma antropologia do mundo contemporâneo, lida com as maneiras como os grupos dão sentido ao real, elaborando-o e explicando-o para si mesmos, para se comunicarem e funcionarem cotidianamente.

Para Moscovici (2015), as representações sociais emergem não apenas como um modo de compreender um objeto em particular, mas também como forma que o

sujeito (pode ser o indivíduo ou o grupo) adquire capacidade de definição e função de identidade, que é uma das maneiras como as representações expressam um valor simbólico. É uma forma de conhecimento prático, conectando um sujeito a um objeto (JODELET, 2008). Uma representação não é uma cópia fidedigna de algum objeto existente na realidade objetiva, mas sim uma construção coletiva em que as estruturas do conhecimento do grupo recriam o objeto com base em representações pré-existentes, substituindo-as (MOSCOVICI, 2007).

O fenômeno das representações sociais está, por isso, ligado aos processos sociais implicados com diferenças na sociedade. E é para dar uma explicação dessa ligação que Moscovici (2015) sugeriu que as representações sociais são a forma de criação coletiva em condições de modernidade, uma formulação implicando que, sob outras condições de vida social, a forma de criação coletiva pode também ser diferente. As representações sustentadas pelas influências sociais da comunicação constituem as realidades de nossas vidas cotidianas e servem como o principal meio para estabelecer as associações com as quais nós nos ligamos uns aos outros (MOSCOVICI, 2015).

Os dois processos que geram Representações Sociais são a ancoragem e a objetivação (MOSCOVICI, 2007). O processo de ancoragem é o mecanismo de tentar ancorar ideias estranhas, reduzindo-as a categorias e imagens comuns, colocando-as em um contexto familiar. Significa comparar o novo com algo que já existe, reconstruindo o objeto por meio de uma estrutura familiar de interpretação. Assim, ao tornar o desconhecido mais familiar, ele eventualmente se torna menos ameaçador (MOSCOVICI, 2007).

Esse processo consiste em transformar algo estranho e perturbador em nosso sistema particular de categorias e compara com um paradigma de uma categoria que nós pensamos ser apropriada. Dessa forma, ancorar é classificar e dar nome a alguma coisa, pois coisas não classificadas e sem nomes são estranhas e não existentes. As pessoas experimentam uma certa resistência quando não são capazes de avaliar algo, de descrevê-lo para si próprio ou para outros (MOSCOVICI, 2015).

A superação desse distanciamento, em direção à conciliação do objeto à pessoa, ocorre quando somos capazes de colocar esse objeto em determinada categoria, rotulando-o com nome conhecido. No momento que conseguimos falar sobre algo, avaliá-lo e então comunicá-lo, podemos representar o não usual em nosso mundo familiar. Pela classificação do inclassificável, somos capazes de imaginá-lo e

representá-lo e, dessa forma, a representação é fundamentalmente um sistema de classificação e denotação, com alocação de categorias e nomes. A neutralidade é proibida pois cada objeto deve possuir um valor positivo ou negativo, assumindo um determinado lugar em uma escala de hierarquia (MOSCOVICI, 2015).

Categorizar um objeto significa escolher um dos paradigmas estocados em nossa memória e estabelecer uma relação positiva ou negativa com ele. Ao nomeá-lo, nos libertamos do anonimato perturbador para dotá-lo de uma genealogia e para incluí-lo em um complexo de palavras específicas. Quando positiva, nós registramos nossa aceitação; quando negativa, nossa rejeição. A tendência para classificar, tanto pela generalização quanto particularização, não é uma escolha puramente intelectual, mas reflete uma atitude específica com o objeto, no intuito de defini-lo e classificá-lo. É uma operação relacionada com uma atitude social, ditada pelo senso comum (MOSCOVICI, 2015).

Assim, classificar e dar nomes são dois aspectos de ancoragem das representações. O objetivo principal é facilitar a interpretação de características, a compreensão de intenções e motivos subjacentes às ações das pessoas (MOSCOVICI, 2015).

Já a objetivação une as ideias de não familiaridade com as de realidade, “torna-se a verdadeira essência da realidade”(MOSCOVICI, 2007, p. 71). Percebida primeiramente como um universo puramente intelectual e remoto, a objetivação aparece física e acessível. Trata-se de materializar o abstrato, passando a tratá-lo com naturalidade e familiaridade. Como o físico inglês Maxwell disse, o que parecia abstrato a uma geração se torna concreto para a seguinte. Teorias incomuns não levadas a sério passam a ser normais e explicadores da realidade algum tempo depois, e isso não ocorre apenas pela passagem do tempo ou costumes, mas é resultado da objetivação (MOSCOVICI, 2015). A materialização de uma abstração é uma das características mais misteriosas do pensamento e da fala.

Conforme Moscovici (2015), objetivar é descobrir a qualidade icônica de uma ideia ou ser impreciso. É reproduzir um conceito a partir de uma imagem, em que comparar um objeto a outro já é representar, é encher o que está naturalmente vazio com substância. Nosso ambiente é fundamentalmente composto de tais imagens, em que estamos constantemente acrescentando algo ou modificando-o.

Do mesmo modo que a natureza detesta o vácuo, assim também a cultura detesta a ausência de sentido, colocando em ação algum tipo de trabalho

representacional para familiarizar o não familiar e, assim, estabelecer um sentido de estabilidade. Não é tarefa fácil transformar palavras e ideias não familiares em palavras usuais, próximas e atuais. Para isso, é necessário dar-lhes uma feição familiar. Os mecanismos de ancoragem e objetivação transformam o não familiar em familiar primeiramente transferindo-o a nossa própria esfera particular, onde podemos compará-lo e interpretá-lo, e posteriormente, reproduzindo-o entre as coisas que podemos ver e tocar (MOSCOVICI, 2015).

Ancoragem e objetivação são mecanismos para lidar com a memória, em que a ancoragem mantém a memória em movimento e está dirigida para dentro do indivíduo, absorvendo e classificando objetos de acordo com um tipo e rotulando com um nome. Já a objetivação é mais direcionada para fora (para outros), tira daí conceitos e imagens para juntá-los e reproduzi-los no mundo exterior, para fazer as coisas conhecidas a partir do que já é conhecido (MOSCOVICI, 2015).

Conforme Moscovici (2015, p. 89), as pesquisas realizadas em representações sociais compartilham de 4 princípios metodológicos, resumidos a seguir:

- a) **Obter material de amostras de conversações normalmente usadas na sociedade.** As interações que ocorrem naturalmente no decurso das conversações possibilitam que os indivíduos e grupos tornem-se familiarizados com objetos e ideias incompatíveis e, desse modo, lidar com eles. A conversação situa-se no centro de nossos universos consensuais, configurando as representações sociais e dando-lhes vida própria.
- b) **Considerar representações como meio de recriar a realidade.** A partir da comunicação, pessoas e grupos concebem uma realidade física a ideias, imagens, sistemas de classificação e fornecimento de nomes. Os fenômenos que lidamos no dia a dia são produto de uma coletividade, de uma instituição, em que toda a realidade é realidade de alguém ou realidade para algo, não sendo lógico pensar esses fenômenos fora de contexto.
- c) **Que o caráter das representações sociais é revelado especialmente em tempos de crise e insurreição, quando um grupo ou suas imagens está passando por mudança.** Durante

períodos de crise e insurreição, as pessoas estão mais dispostas a falar, as imagens e expressões são mais vivas, com memórias coletivas afloradas e comportamento mais espontâneo. Os indivíduos tornam-se mais motivados para entender o mundo cada vez mais não familiar e perturbado, que é o ocorrido com a pandemia de covid-19.

- d) Que as pessoas que elaboram tais representações sejam vistas como algo parecido a “professores” amadores e os grupos que formam como equivalentes modernos daquelas sociedades de professores amadores que existiam há mais ou menos um século.** Tal natureza da maioria das reuniões não oficiais são comentadas e laços sociais são estabelecidos nessas ocasiões.

A Teoria das Representações Sociais, como uma antropologia do mundo contemporâneo, lida com as maneiras como os grupos dão sentido ao real, elaborando-o e explicando-o para si mesmos, para se comunicarem e funcionarem cotidianamente. Trata-se de um pressuposto da teoria, o da construção social da realidade socialmente erigida e compartilhada. Esta se dá em cada espaço social, faz-se com códigos sociais a partir do olhar que tal espaço experiência ao sujeito aí posto, facultando-lhe projetar sobre o objeto representado (ARRUDA, 2005).

Para Moscovici (2007), o caráter das representações sociais fica mais evidente especialmente em períodos de crise e mudanças, como no caso da pandemia covid-19. As representações sociais se mostram mais transparentes, pois os limites entre o que é privado e o que é público tornam-se confusos. Esse é exatamente o momento no qual os indivíduos estão mais propensos a falar, as memórias coletivas são mais acessadas e o comportamento é mais espontâneo. A pandemia tornou o que era familiar em algo não familiar e, por isso, os indivíduos foram motivados a entender esse fenômeno.

Partindo da TRS e, considerando o objeto de estudo, no próximo item abordarei as organizações hospitalares, apresentando a fundamentação teórica a partir do olhar organizacional da administração.

3.2. HOSPITAIS: ORGANIZAÇÕES COMPLEXAS

Os hospitais são os componentes mais importantes e onerosos de qualquer sistema de saúde. A quantidade de serviços oferecidos, desde atendimentos clínicos básicos, cirurgias complexas e tratamentos de alta tecnologia, englobando diferentes processos meios, torna a administração complexa e desafiadora. Para assegurar o controle e o funcionamento de um hospital, é necessário uma profundidade e amplitude de conhecimentos para compreender os componentes de uma organização hospitalar e integrá-los efetivamente (FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

Ademais, soma-se o fato de hospitais serem um centro de interação de várias disciplinas e profissões, incorporando tecnologias, gerando um modelo assistencial com uma variedade enorme de itens e graus de diversidade (NETO; FILHO, 1998). Hospitais são organizações complexas em que o conhecimento e a maturidade são essenciais para atingir seus objetivos primordiais. Um hospital é composto por vários serviços e situações simultâneas: hospital é hotel, lavanderia, serviços médicos, limpeza, vigilância, restaurante, recursos humanos, relacionamento com consumidor/cidadão e fornecedores.

O contexto no qual a estrutura e a tecnologia hospitalar situam-se caracteriza-se por considerável imprevisibilidade, determinando a necessidade de implementação de processos permanentes de gestão e assistência de modo a permitir uma decisão rápida e competente em torno de mudanças que ocorrem dentro e fora da instituição.

Conforme Morgan (2006), Henry Mintzberg identificou cinco tipos de organizações: a máquina burocrática, a forma divisionalizada, a burocracia profissional, a estrutura simples e as espécies a que nos referimos como adhocracias. Dentro de cada espécie, a organização eficaz depende do desenvolvimento de um conjunto de relações coesas entre o plano estrutural, da idade, tamanho e tecnologia da organização, assim como das condições do setor de atividades em que ela funciona.

Para Morgan (2016), a burocracia profissional modifica os princípios do controle centralizado para permitir maior autonomia do pessoal e é adequada para lidar com condições relativamente estáveis em que as tarefas são relativamente complicadas. Este tipo revelou-se uma estrutura adequada para universidades, hospitais e outras organizações profissionais em que pessoas com habilidades e conhecimentos-chave precisam de uma grande dose de autonomia e arbítrio para

serem eficazes em seu trabalho. Mas, desde 1980, a eficácia da burocracia profissional vem sendo severamente desafiada pelos ambientes em mudança com os quais esses tipos de organizações têm precisado lidar. A estrutura da burocracia profissional tende a ser quase plana, isto é, as altas hierarquias são substituídas por um sistema descentralizado de autoridade. A padronização e integração são alcançadas mais através do treinamento profissional e da aceitação das normas operacionais-chave do que de formas de controle mais direto.

Para Morgan (2006), as organizações burocratizadas possuem princípios organizacionais fundamentais que, na realidade, atrapalham o processo de aprendizado pois a burocratização tende a criar padrões fragmentados de pensamento e ação. Nessas organizações em que as divisões hierárquicas são fortes, as informações e o conhecimento raramente fluem livremente. Dessa forma, diferentes áreas da organização operam com diferentes visões da situação total, perseguindo metas de subunidades quase que como fins em si mesmas.

A existência dessas divisões enfatiza as distinções entre diferentes elementos da organização, favorecendo o desenvolvimento de sistemas políticos que impõem barreiras ao aprendizado. Os trabalhadores dessas organizações são geralmente encorajados a ocupar e manter lugares predefinidos dentro do todo, em situações em que as políticas e os padrões operacionais são desafiados tendem a ser exceções e não a regra. Esse tipo de organização aparece como processo de autoproteção, em que comportamentos defensivos podem tornar-se parte central da cultura da organização, gerando normas e padrões de conformidade que impedem as pessoas de enfrentar aspectos cruciais da realidade com que estão lidando (MORGAN, 2006).

Essas características das organizações hospitalares serão abordadas e aprofundadas no trecho da análise de dados, em que é possível identificar as características abordadas nas relações e falas tanto dos gestores e servidores entrevistados. A partir da abordagem sobre organizações hospitalares como um todo, no próximo tópico, serão abordadas especificamente as características de hospitais universitários e aprofundamento sobre a criação da EBSEH.

3.2.1 Hospitais Universitários e a criação da EBSEH

Os hospitais universitários são instituições de saúde ligadas a universidades, sendo centros de formação de recursos humanos e desenvolvimento de tecnologia na

área da saúde. A criação desses hospitais ocorreu devido à necessidade de ensino prático às Ciências da Saúde e, com advento do Sistema Único de Saúde (SUS), passou a atuar também na Rede de Atenção à Saúde (RAS), exercendo também a assistência à população em geral.

A concepção tradicional proposta por Medici (2001) define um hospital universitário como uma instituição que se caracteriza: (1) por ser um prolongamento de um estabelecimento de ensino em saúde (de uma Universidade, por exemplo); (2) por prover treinamento universitário na área de saúde (para aplicações práticas das ciências da saúde); (3) por ser reconhecido oficialmente como hospital de ensino, estando submetido à supervisão das autoridades competentes; (4) por propiciar atendimento médico de maior complexidade (nível terciário) a uma parcela da população.

Os hospitais universitários são caracterizados como algumas das organizações sociais mais complexas, sendo possível sua análise a partir de múltiplos enfoques: porte, vinculação com o sistema de saúde, assistência prestada, nível de complexidade e modelo organizacional. Ademais, os hospitais também são considerados do ponto de vista de sua contribuição na formação de profissionais de saúde, na incorporação e desenvolvimento de novas tecnologias, modelos de gestão, dentre outros aspectos (MACHADO; KUCHENBECKER, 2007). Além do enfoque no ensino, os hospitais universitários federais prestam serviço à população, vinculados ao SUS.

Já os hospitais universitários federais são órgãos considerados referência para a assistência de saúde pública, situados em um ambiente organizacional de constante mudanças como avanço de tecnologias, alterações na legislação, incremento de custos dos serviços, objetivando atender aos usuários com qualidade e sustentabilidade (MEYER JR; PASCUCCI; MURPHY, 2012). Tratando especificamente de hospitais universitários, é necessário abordar nesse estudo o movimento ocorrido para a reestruturação desses que culminou no decreto nº. 7082/2010, de 27 de janeiro de 2010, que criou o Programa REHUF cuja finalidade relaciona-se à reformulação e revitalização dos hospitais das universidades federais, integrados ao SUS (BRASIL, 2010). O objetivo da medida adotada foi proporcionar aos hospitais universitários federais recursos que permitem cumprir com as funções de ensino, pesquisa e assistência. Esse programa, que ainda vigora, almeja criar

mecanismos de financiamento para educação e saúde, de forma igualitária; aprimoramento da gestão; e modernização estrutural e tecnológica.

Como uma das ações do Programa REHUF, criou-se a EBSEH através da lei nº. 12550/2011. A criação da EBSEH foi um processo conturbado, com agentes públicos a favor e outros contra a empresa. Existiam muitas dúvidas relacionadas à autonomia administrativa e ao quadro de profissionais dos hospitais universitários federais (ASSIS, 2017).

A partir da implantação, representantes da EBSEH fizeram um trabalho de sensibilização sobre os objetivos da empresa em diversos hospitais universitários federais a fim de conseguirem realizar os contratos de gestão com os mesmos. Conforme consta no site da referida empresa pública, a partir da criação da EBSEH, vinculada ao Ministério da Educação, a instituição passou a ser a responsável pela gestão de hospitais universitários federais. A rede de hospitais universitários federais é formada por 40 hospitais vinculados a 35 universidades federais (EBSEH, 2021).

Entre as atribuições assumidas pela empresa, estão a coordenação e avaliação da execução das atividades dos hospitais, o apoio técnico à elaboração de instrumentos de melhoria da gestão e a elaboração da matriz de distribuição de recursos para os hospitais. A EBSEH tem como diretrizes o desenvolvimento gerencial desses hospitais, de forma que possam disponibilizar serviços assistenciais de qualidade, prover capacitação e formação de profissionais da área, e contribuir com o crescimento de pesquisas (EBSEH, 2021).

As universidades federais aderiram à EBSEH a partir da assinatura de um Termo de Adesão e Contrato, cabendo a decisão no âmbito de cada universidade, respeitando suas respectivas autonomias. O contrato entre a EBSEH e cada instituição contém as obrigações dos signatários, as metas de desempenho, indicadores, prazos de execução, a sistemática para o acompanhamento e avaliação das metas estabelecidas (EBSEH, 2021).

Nesse contexto, o Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, é um dos hospitais geridos pela EBSEH, caracterizando-se como uma organização com tríplice missão: ensino, pesquisa e assistência, assim como os demais hospitais universitários federais. No próximo item, será aprofundada a descrição sobre o HU-UFSC/EBSEH.

3.2.2. CARACTERIZAÇÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO

Nesse tópico, abordarei a organização que compõe o objeto desse estudo: o HU-UFSC/EBSERH. Em relação ao tamanho, o HU-UFSC/EBSERH é um hospital de médio porte que conta com 1.500 servidores e funcionários para atender as demandas de (1) atenção à saúde, (2) campo de prática em ensino e pesquisa e (3) atividades meio. Possui 37.000 m² de área construída, conta atualmente com 226 leitos ativos disponibilizados para tratamento clínico e cirúrgico aos usuários do SUS, realiza mensalmente em torno de 1.000 internações, 370 cirurgias em centro cirúrgico, 520 procedimentos no setor de cirurgia ambulatorial e 200 partos, além de possuir um ambulatório que atende em média 8.200 consultas especializadas/mês (EBSERH, 2021).

No que tange ao campo de atividades de ensino e pesquisa, estima-se que anualmente 2.000 alunos atuam no hospital (EBSERH, 2016). Esses acadêmicos realizam estágios curriculares e não curriculares, para diversos cursos, principalmente medicina, enfermagem, nutrição, psicologia, serviço social, odontologia, farmácia e fisioterapia. Em relação às residências, existem 106 residentes matriculados na área médica e 63 residentes do programa multiprofissional. Em relação à produção técnico-científica no HU-UFSC/EBSERH, estima-se que anualmente são 150 projetos aprovados, 25 dissertações de mestrado, 10 teses de doutorado e 160 artigos publicados em periódicos nacionais e internacionais (EBSERH, 2016).

Quanto ao ambiente, o Hospital possui contrato de gestão com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), que foi criada em 2011 como uma empresa pública vinculada ao Ministério da Educação. A EBSEH tem a finalidade de prestar serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar à comunidade e, também, objetiva prestar às instituições públicas federais de ensino serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão. A rede é composta pela Sede em Brasília e 40 Hospitais Universitários Federais (EBSERH, 2013).

Na estrutura organizacional da UFSC, o hospital é considerado um órgão suplementar, diretamente vinculado ao Reitor, conforme previsto no Estatuto no Artigo 12, Inciso V (UFSC, 1978). Cabe destacar que o hospital é gerido pela EBSEH por meio de contrato de gestão, porém pertence à Universidade Federal de Santa Catarina (EBSERH, 2021).

Ademais, o HU-UFSC/EBSERH possui contratualização com a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC) desde 2004. A contratualização no âmbito do SUS é um processo pelo qual o gestor do SUS e o representante legal do hospital estabelecem obrigações, metas quantitativas e qualitativas de atenção à saúde e de gestão hospitalar, formalizadas por meio de convênio mediante Instrumento Formal de Contratualização – IFC (EBSERH, 2016). Desta forma, o hospital disponibiliza seus procedimentos à Rede de Atenção à Saúde (RAS) e é referência estadual em diversas especialidades, com grande demanda na área de oncologia e cirurgias de grande porte (EBSERH, 2021). O IFC permite transparência na organização dos serviços assistenciais, bem como monitoramento das metas pactuadas pelo Hospital e pela SES/SC, e prevê, além dos serviços assistenciais, metas de ensino, pesquisa e extensão, pautadas por indicadores de qualidade.

No que se refere à estratégia, conforme o Plano Diretor Estratégico 2021-2023, a visão do HU-UFSC/EBSERH é ser “reconhecido no Estado de Santa Catarina pelo ensino, pesquisa e assistência multiprofissional de qualidade em oncologia, com ênfase no sistema digestivo, alicerçados na inovação tecnológica e na gestão sustentável e participativa” (EBSERH, 2020, p. 26).

Os objetivos estratégicos a serem atingidos nesse período são: (1) Melhorar o ensino, pesquisa, extensão e a assistência por meio da excelência do campo de prática e gestão hospitalar eficiente; (2) Empregar os recursos de maneira eficiente, visando à perenidade e ao equilíbrio da Rede; (3) Gerir com competência, agilidade e transparência, garantindo continuidade das atividades na Rede; (4) Otimizar a operação por meio da simplificação e digitalização de processos, inovação e disseminação das melhores práticas e (5) Valorizar, capacitar e reter os talentos.

Quanto à tecnologia, o hospital caracteriza-se por utilizar a tecnologia intensiva, com habilitação como Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) com Serviço de Hematologia, contando ainda com as seguintes habilitações em alta complexidade: nefrologia, atenção ao portador de obesidade grave, terapia nutricional, transplante de fígado, tecidos oculares humanos e pele, cirurgia vascular e procedimentos endovasculares extracardíacos, gestação de alto risco e implante coclear (EBSERH, 2021).

O Hospital é referência estadual e municipal para a avaliação de incorporação tecnológica na área de imagenologia (EBSERH, 2021). Também é referência estadual em urgência em hemorragias digestivas e em ultrassonografia endoscópica assim

como na realização de procedimentos quimioembolização, radiologia intervencionista, e colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (EBSERH, 2021).

Além disso, o hospital participa do programa Tele Saúde e Rede Universitária de Telemedicina (RUTE). A participação nesta iniciativa contribui para a ampliação da Educação Permanente em nível local, regional, estadual e nacional (EBSERH, 2021).

A estrutura do HU-UFSC/EBSERH está organizada em três gerências, sendo elas: (1) Gerência de Atenção à Saúde, (2) Gerência de Ensino e Pesquisa e (3) Gerência Administrativa, vinculadas à Superintendência do hospital (EBSERH, 2013). Conforme consta no Manual de diretrizes técnicas da estrutura organizacional dos hospitais sob gestão da EBSEH, publicado em 2013, compete às gerências as atividades e processos detalhados a seguir.

A Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP) é responsável pelas atividades de ensino e pelos diversos projetos de pesquisa desenvolvidos no hospital. É a área responsável por guiar o processo de implantação da Política de Educação Permanente, assim como lidera a implantação do Escritório de Projetos de Pesquisa, atuando no fomento e alinhamento de pesquisa às necessidades assistenciais e de gestão da instituição.

A Gerência de Atenção à Saúde (GAS) é responsável por coordenar as atividades da equipe multiprofissional de saúde; implantar ações de atenção integral à saúde, com foco na organização de linhas de cuidado; gerenciar a implantação das diretrizes da política de humanização do cuidado; gerenciar o contrato com a gestão do SUS, monitorando as responsabilidades e metas da assistência à saúde (EBSERH, 2013).

Já a Gerência Administrativa (GA) é responsável pela implementação e controle das políticas de gestão administrativa, orçamentária, financeira, contábil, patrimonial, logística, insumos, infraestrutura hospitalar e de gestão de pessoas (EBSERH, 2013). Essa gerência caracteriza-se como área meio, prestando o suporte necessário para o funcionamento das atividades fim do hospital (EBSERH, 2013).

Conforme consta no Manual de diretrizes técnicas da estrutura organizacional dos hospitais sob gestão da EBSEH (2013), o modelo adotado para os hospitais que compõem a Rede EBSEH é do tipo estrutura funcional, cuja rigidez e verticalidade são atenuadas por dispositivos integradores, tais como instâncias colegiadas e comissões (EBSERH, 2013).

As três gerências, juntamente com a superintendência, compõem o Colegiado Executivo (CE). O CE é o grupo responsável pela direção e administração de todas as atividades do hospital, em consonância com as diretrizes gerenciais da EBSE RH e, no que for pertinente ao ensino e à pesquisa, com diretrizes acadêmicas da Universidade Federal de Santa Catarina (EBSE RH, 2013).

A seguir, serão apresentados os procedimentos metodológicos para a elaboração desse estudo.

4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Os dados analisados e interpretados na pesquisa foram coletados através de observação, entrevistas e análise de documentos. A interpretação destes dados foi realizada a partir da contribuição da Teoria das Representações Sociais (TRS) de Moscovici. De forma secundária e na medida em que isso se mostrou pertinente à coleta e interpretação dos dados, buscou-se apoio na abordagem da complexidade, especialmente na obra de Edgar Morin, mas sem pretensão de fazer contribuição no campo da epistemologia.

Os estudos que abordam as representações sociais abrem novas perspectivas nas Ciências Sociais na medida em que suas formulações ressaltam os processos cognitivos coletivos e não apenas individuais (RIBAS *et al.*, 2019) Com esses estudos, identificam-se as dimensões que permeiam a apropriação dos conhecimentos científicos e ideológicos, transformando-os em realidades sociais e instrumentos próprios de uma coletividade. Conforme Arruda (2005), as Representações Sociais são um caminho metodológico importante para abordar temas socialmente complexos e ambivalentes, como o abordado nesse estudo. Assim, as representações sociais foram a alternativa selecionada para esta investigação sobre o fenômeno organizacional estudado.

A construção de significados concernentes a “ser um profissional de saúde” no contexto da pandemia covid-19 se dá em um processo de interação com o contexto em que o sujeito está inserido, em que se constitui e é constituído por sua realidade, numa inter-relação entre o individual, o familiar, o comunitário e o social (RIGÃO *et al.*, 2022). Há fenômenos que permitem uma clara identificação das Representações Sociais e outros que são emergentes, ambivalentes, de difícil discernimento. Para Farr (1995), as comparações implicam tanto semelhanças como diferenças, de modo que,

por meio das Representações Sociais, é possível identificar o dito e o não dito, as semelhanças e as diferenças entre os valores compartilhados, as percepções que compõem o conhecimento social de um grupo ou organização.

4.1. PARADIGMAS

Para Burrell e Morgan (2016), paradigmas são pressupostos metateóricos que sustentam o quadro referencial com uma unidade subjacente em termos de pressupostos básicos, separando um grupo de teóricos de outros localizados em outros paradigmas. A unidade do paradigma deriva, assim, da referência a visões alternativas da realidade. É um termo que se destina a enfatizar a comunalidade de perspectiva que une o trabalho de um grupo de teóricos de tal maneira que eles possam ser considerados como abordando a teoria social dentro dos limites da mesma problemática (BURRELL; MORGAN, 2016).

Paradigmas são alegações de conhecimento, também chamados de “suposições filosóficas, epistemológicas e ontológicas”, “metodologias de pesquisa amplamente concebidas”, refletindo a concepção de realidade, possibilidades de conhecimento e a concepção de ciência da qual o pesquisador parte em sua pesquisa (CRESWELL, 2007).

Burrell e Morgan (2016) estabelecem quatro paradigmas para a análise dos fenômenos sociais, sendo eles: humanismo radical, estruturalismo radical, sociologia interpretativista e sociologia funcionalista. Creswell (2007), de forma semelhante, destaca quatro grandes escolas: pós-positivista, construtivista, participatória/reivindicatória e pragmática. Para esse estudo, adota-se os paradigmas interpretativista e construtivista, conforme explicado a seguir.

A pesquisa interpretativista aborda que as realidades são compreensíveis na forma de múltiplas construções mentais, socialmente baseadas (MARIZ *et al.*, 2005). A natureza variável das construções sociais e individuais pode ser estudada e refinada a partir da interação entre investigador e entrevistados. Na pesquisa interpretativista, a visão do pesquisador está no socialmente construído, no sentido subjetivo e fenômenos sociais, a partir do olhar aos detalhes da situação e a realidade por trás das motivações (GODOI; MELLO; SILVA, 2006). O pesquisador é parte da pesquisa, não pode ser separado da mesma pois possui bagagem de valores, experiências,

cultura e visão de mundo. Por isso, para a coleta de dados, será utilizada uma amostra pequena para propiciar uma investigação profunda e qualitativa.

No construtivismo, a partir das suposições identificadas em trabalhos de Lincoln e Guba (2000), Schwandt (2000), Neuman (2000) e Crotty (1998), conforme Creswell (2007), a pesquisa têm como suposições identificadas que afirmam que as pessoas tentam entender o mundo em que vivem e trabalham a partir de significados subjetivos para suas experiências, sendo múltiplos e variados, levando o pesquisador a buscar uma complexidade de visões ao invés de estreitar significados em poucas categorias ou ideias. Quanto mais aberto o questionamento, melhor, pois os participantes podem construir significados de uma situação que não são só gravados nas pessoas, mas são formados através de interações com outras pessoas e de formas históricas, culturais que operam na vida das pessoas. O objetivo do pesquisador é interpretar os significados que outras pessoas têm sobre suas próprias ações no mundo.

Cabe destacar que esse posicionamento é apenas parcial pois uma compreensão da filosofia de pesquisa adotada no estudo torna possível um melhor enquadramento do processo geral de pesquisa, possibilitando mais sentido às escolhas metodológicas que foram empregadas nas etapas seguintes da pesquisa. Como pesquisadora, é complexo situar-se dentro destas classificações uma vez que exige um amplo entendimento sobre as características das classificações assim como o conhecimento sobre os autores com os quais se está trabalhando, o que demanda um amplo aprofundamento nos estudos.

A concepção de paradigma, no sentido moderno da palavra, originou-se com o físico Thomas Kuhn ao publicar "A Estrutura das Revoluções Científicas" em 1962. Nessa obra, Kuhn (1962) propõe duas formas de conhecimento científico: a primeira é normal, linear e cumulativa, que contribui com o avanço da ciência de forma paulatina. Já a segunda forma de conhecimento ocorre a partir das mudanças paradigmáticas, compreendida como o conhecimento revolucionário que faz a ciência avançar em saltos. Essa ideia influenciou diversos autores da área. Porém o próprio Kuhn, ao publicar "O caminho desde A Estrutura" (2006), evoluiu a ideia de paradigma inicialmente proposta, abordando o conceito de ciência como construção social, contemplando reflexões acerca das ciências sociais e humanas.

Ademais, ressalta-se que existem críticas quanto ao interpretativismo e ao construtivismo referente à passividade do método em relação aos problemas que

procura analisar. Como forma alternativa e complementar, tem-se a visão de Moscovici abordando maneiras de enfrentar as contradições e realidades.

4.2. DELINEAMENTO DA PESQUISA

Considerando o objeto de estudo e os objetivos expostos anteriormente, esse trabalho caracteriza-se como um estudo qualitativo, exploratório, descritivo e interpretativo. A pesquisa qualitativa baseia-se em princípios e na reflexão, sem paradigmas fixos e definidos, pois esses acabam obstruindo o caminho de estudo ao invés de abrir novos rumos para ele (FLICK, 2009).

Conforme Godoy (1995), a pesquisa qualitativa envolve a obtenção de dados descritivos sobre pessoas, lugares, processos interativos a partir do contato direto do pesquisador com a situação estudada, procurando compreender fenômenos de acordo com a perspectiva dos sujeitos participantes do estudos. Na abordagem qualitativa, o interesse do pesquisador está em verificar como determinado fenômeno se manifesta nas atividades, procedimentos e interações diárias, em que o foco da preocupação está no processo e não apenas no resultado. Com a abordagem qualitativa, os fenômenos são estudados e compreendidos a partir da perspectiva dos participantes, considerando que todos os pontos de vista são importantes, esclarecendo o dinamismo interno das situações a partir de questões mais amplas, que vão se tornando mais diretos e específicos no transcorrer da investigação.

Como a pandemia covid-19 ainda está em curso, impactando nas organizações e na sociedade, esse estudo caracteriza-se por ser exploratório. Apesar de haver estudos sobre essa temática, conforme constatado na pesquisa bibliográfica sobre o tema, as pesquisas são ainda recentes, datadas a partir de 2020, data de início do fenômeno.

Quanto a característica descritiva do estudo, optou-se por esse caráter pois a busca é o entendimento do fenômeno como um todo, considerando sua complexidade e tendo como preocupação a compreensão da teia de relações sociais e culturais que se estabelece na organização estudada (GODOY, 1995).

Para Godoi (2006), compreender os fenômenos organizacionais exige não apenas conhecimento objetivo e explicativo, mas métodos que visam a obtenção de um conhecimento intersubjetivo e compreensivo. Dessa forma, para esse estudo, são abordadas as formas simbólicas dos fenômenos organizacionais nas quais se

desenvolvem as ações sociais através da linguagem, não através de repetições ou frequência de palavras, mas sim através do caráter comunicativo das interações e vivências sociais.

4.3. ESTRATÉGIA DE INVESTIGAÇÃO

Para Creswell (2007, p. 34) o terceiro elemento que compõe os procedimentos específicos são os métodos de coleta e análise de dados. Os procedimentos para coleta de dados em pesquisas qualitativas, de acordo com Creswell (2007, p. 189, et seq.), incluem identificar os locais ou pessoas para o estudo e os tipos de dados que serão coletados.

Para a condução da pesquisa, foi utilizada a técnica de coleta de dados por observação, análise de documentos e entrevista individual semiestruturada. Em relação à seleção dos sujeitos para a entrevista, a amostra foi composta por convidados que ocuparam os cargos de superintendente, gerentes, chefes de divisões, chefes de setores e servidores que atuam diretamente na área assistencial (médicos, fisioterapeutas, enfermeiros e demais profissionais que trabalham diretamente na área da saúde). Durante a realização da pesquisa, optou-se por ouvir também um servidor da área administrativa com o objetivo de obter dados complementares.

Na pesquisa realizada, a amostra não tem seu significado mais usual (de representatividade estatística de determinado grupo), mas sim está ligada à significação e a capacidade que as fontes têm de dar informações relevantes e confiáveis sobre o tema da pesquisa. Portanto é não probabilística do tipo intencional, visto que a seleção dos entrevistados foi feita considerando os conhecimentos sobre os temas e representatividade dos entrevistados.

Destaca-se que esse estudo não tem a intenção de fazer uma contribuição epistemológica, mas sim teórico-empírica (predominantemente empírica), reunindo condições para a construção do conhecimento científico nos estudos organizacionais. Isso ocorre a partir do recurso metodológico adotado, capaz de alicerçar a base empírica previamente orientada pela Teoria das Representações Sociais. O objetivo desse estudo está relacionado ao fornecimento de elementos para compreensão de uma situação. Dessa forma, está relacionado à aprendizagem por meio da identificação da riqueza e diversidade, pela integração das informações e síntese de descobertas, sem o objetivo de estabelecer conclusões precisas e definitivas.

Ao considerar que nada “é”, mas “está”, destaca-se o caráter dinâmico e processual da situação pesquisada. O que leva, por fim, à ideia de intersubjetividade, que diz respeito à participação da pesquisadora no fenômeno estudado, reconhecendo que não pode haver uma verdade a ser conhecida, mas que diferentes verdades construídas pelas diferentes visões de mundo dos entrevistados na relação entre sujeito e sujeito e/ou sujeito e objeto. Assim, as discussões e interpretações realizadas neste estudo encontram-se inevitavelmente atravessadas pelos olhares, leituras e perspectivas da pesquisadora assim como dos autores do material escolhido para elaboração do estudo e dos entrevistados.

A entrevista adotada é do tipo semiestruturada, com roteiro de questões previamente estabelecido, com abordagem em profundidade. A entrevista é um recurso metodológico que possibilita a exploração do assunto a partir da busca de informações, percepções e experiências de informantes para analisá-las e apresentá-las de forma estruturada. Entre as principais vantagens dessa abordagem está a flexibilidade de permitir ao informante os termos da resposta e ao entrevistador ajustar as perguntas conforme o roteiro pré-estabelecido, sem engessá-lo. A entrevista procura intensidade nas respostas, não quantificação ou representação estatística (DUARTE; BARROS, 2005). Entrevista não é apenas coletar informações, mas sempre uma situação de interação, ou mesmo de influência entre dois indivíduos, em que as informações dadas pelo sujeito podem ser afetadas pela natureza de sua relação com o entrevistador (ARRUDA, 2005).

O uso de entrevistas possibilita identificar diferentes maneiras de perceber e descrever os fenômenos, buscando com base em teorias e pressupostos definidos, recolher respostas a partir da experiência subjetiva de uma fonte para a obtenção das informações que se deseja conhecer. Ao utilizar o recurso metodológico de entrevista, os dados não são apenas coletados, mas também são resultado de interpretação e reconstrução do pesquisador, em diálogo inteligente e crítico com a realidade (DEMO, 1995). Destaco que, durante as entrevistas, observei que, ao abordar determinados assuntos, os entrevistados ficaram com a voz trémula, o que demonstra os sentimentos sobre o assunto abordado, indo além da simples coleta de informações através de palavras.

A entrevista é uma técnica dinâmica e flexível, aplicável na situação que se deseja estudar por possibilitar a apreensão da realidade tanto para tratar de questões

relacionadas ao íntimo do entrevistado quanto para a descrição de processos complexos nos quais o entrevistado está envolvido (DUARTE; BARROS, 2005).

A preferência pelas entrevistas semiestruturadas parte do pressuposto que a conversação é um dos espaços privilegiados do surgimento da representação social, a qual mais se aproxima de um evento dialógico, semelhante a uma conversa (ARRUDA, 2005). Para Godoy (2006), entrevistas realizadas em ambiente confortável ao entrevistado e em tom informal possibilitam que o entrevistado sinta-se à vontade para compartilhar suas experiências e relatar os fatos. Reforça também que a entrevista não deve se prolongar mais que o necessário a ponto do entrevistado passar a responder de forma superficial para terminar logo a conversa. Para minimizar esse e outros riscos, Godoy cita Merriam (1998), destacando as habilidades de comunicação fundamentais para um bom desempenho na entrevista: criar ambiente de empatia e confiança, fazer boas perguntas e ouvir com atenção.

A entrevista, do ponto de vista epistemológico, permite exploração em profundidade da perspectiva dos atores socialmente envolvidos no objeto de estudo, o que é indispensável para uma exata apreensão e compreensão das condutas sociais. Como fim metodológico, a entrevista é uma ferramenta de informação capaz de elucidar as realidades sociais como instrumento privilegiado de acesso à experiência dos atores, abrindo a possibilidade de compreender e conhecer internamente os dilemas e questões enfrentadas por eles (POUPART, 2008).

A interação entrevistador-entrevistado possibilita a elaboração do quadro dialógico que se insere as consequências para a elaboração discursiva, usada como suporte para a análise da representação social (ARRUDA, 2005). Dessa forma, tanto o pesquisador quanto seu tema provocam reação no pesquisado e vice-versa. Ademais, a proposição de quem entrevista perante quem é pesquisado provoca consequências pois, ao ser questionado, o entrevistado pode fornecer respostas com o intuito de "agradar" o pesquisador com a resposta "certa", ser evasivo para não aprofundar em determinados assuntos ou conformar-se com os valores do grupo ao discurso do "politicamente correto".

Para Jodelet (2008), as subtrações e as complementações encontradas não são erros nem mentiras, mas sim indícios a serem interpretados do porquê eles acontecem, tornando-se elementos de análise que podem dizer algo sobre quem fala, sua história e as circunstâncias em que a resposta foi produzida. Isso ocorre pois não

existe uma verdade a ser desvendada, mas uma construção sobre a qual se insere também a participação do pesquisador (ARRUDA, 2005).

Quanto à análise dos dados, a mesma ocorreu sem ajuda de software a partir da Teoria das Representações Sociais, com o agrupamento não rígido das categorias, considerando-as como não mutuamente excludentes. A “espiral da contextualização” proposta por Arruda (2005) orientou a interpretação dos dados e a construção das representações sociais, considerando o objeto da pesquisa e também os contextos imediatos, situação da pandemia e o imaginário social, conforme imagem a seguir:

Figura 2 – Espiral da contextualização



Fonte: Arruda (2005)

A autora aborda que a contextualização é concêntrica, partindo do mais próximo para o mais distante, podendo ser o percurso das ideias a respeito do objeto estudado, abordando sua cultura, modelos, valores, saber local e o imaginário social circulante. A espiral não deve ser considerada obrigatoriamente de dentro para fora, do centro para a periferia, mas sim proporciona uma direção que se irradia em torno da díade objeto-universo estudado. A “espiral da contextualização” possibilita o pesquisador partir de um contexto espaço-temporal imediato até o mais distante, que diz respeito ao imaginário daquele grupo, sem omitir que o modelo que emerge pertence a uma determinada cultura.

Arruda (2005) também propõe 4 estágios para interpretação dos dados, elencados no quadro a seguir:

Quadro 3 – Estágio da interpretação dos dados

1º. estágio	2º. estágio	3º. estágio	estágio final
afinidade das falas	base na literatura, síntese + adequada	simultaneidade de categorias	articulação geral com a teoria, os contextos
↓	↓	↓	↓
categorização inicial	categorização referenciada	correlações e co-ocorrências	→ REPRESENTAÇÃO SOCIAL
↑	↑	↑	↑
micro- interpretações	interpretação readequadora	interpretação integradora	interpretação conclusiva

Fonte: Arruda (2005)

Conforme Arruda (2005), a simples categorização inicial é o primeiro estágio a ser complementado, o qual passará a categorias mais refinadas, encontradas na literatura. O segundo estágio baseia-se na literatura sobre o assunto estudado, servindo como base e propiciando a interpretação inicial dos dados. Já o terceiro estágio volta-se à base teórica, buscando identificar o esquema figurativo da dinâmica da representação.

Conforme Arruda, p. 252, (2005), destaca-se que a representação não se “revela ao pesquisador”, mas é uma construção associada ao pensamento dos respondentes, sendo o momento do pesquisador analisar e traçar as linhas que compõe o pensamento. Por fim, no estágio final, a interpretação precisa exercitar a visão holística e integradora que trace a relação dos dados com o objeto e com categorias do pensamento.

Já no terceiro estágio, objetiva-se restabelecer a visão integradora por meio de cruzamentos ou coocorrências, finalizando o trajeto fragmentário da análise de dados realizado nas duas etapas anteriores. Assim, a busca por padrões de regularidade articulados e não apenas repetições isoladas é indispensável, uma vez que a representação social não é uma simples justaposição de lista de categorias, mas sim a forma como se articulam, configurando-se num campo bem estruturado (ARRUDA, 2005).

Por fim, na última etapa do percurso interpretativo, tem-se a articulação geral com a teoria, apoiada no rigoroso tratamento dos dados, mas que recorre além de apenas dados porque, para a interpretação ser plausível e feliz, é necessário exercitar a visão holística e integradora que trace a relação dos dados entre si e com grandes categorias do pensamento (ARRUDA, 2005).

4.4. PLANEJAMENTO DA PESQUISA

Para atingimento dos objetivos propostos, essa pesquisa é composta por: observação, análise documental e entrevistas. A pesquisa documental vale-se de materiais que não recebem ainda um tratamento analítico ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetos da pesquisa. Conforme Vergara (2005), na pesquisa de campo, empregaram-se diversas técnicas, incluindo a análise documental, que possibilita o acesso ao material de arquivo acerca da história da organização, procedimentos, informações e relatórios. No presente estudo, foram analisados relatórios, documentos, planos, procedimentos da instituição, assim como endereços em páginas da internet e site institucional do HU-UFSC/EBSERH.

Posteriormente à análise documental, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, permitindo aos entrevistados maior liberdade para a obtenção de informações mediante um roteiro pré-estabelecido. As perguntas envolveram questões relativas à experiência dos profissionais assim como suas respectivas vivências no enfrentamento da pandemia e experiência na área hospitalar.

As entrevistas semiestruturadas individuais, por sua vez, foram escolhidas por permitirem um direcionamento maior para o tema proposto. Desse modo, por meio dessa técnica, foi possível compreender com maior profundidade o fenômeno estudado. Todas as entrevistas individuais foram gravadas e, posteriormente, transcritas na íntegra. Ademais, cabe ressaltar que a técnica de entrevista foi escolhida por ser considerada menos rígida, no sentido de conservar uma certa padronização das perguntas, porém sem impor opções de respostas; e, também, menos constrangedora, por permitir aos entrevistados expressarem alguns elementos constitutivos das representações construídas no período de enfrentamento da pandemia (VERGARA, 2005).

A realização de entrevista para o objetivo proposto é a melhor técnica para levantamento de dados porque as representações sociais se manifestam em palavras,

sentimentos e condutas, posteriormente institucionalizados. Por esse motivo, podem e devem ser analisadas mediante o estudo das estruturas e dos comportamentos sociais, cuja compreensão ocorre por meio da interpretação linguagem articulada pelos discursos socialmente construídos (BRITO *et al.*, 2002).

5. DESCRIÇÃO E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Essa sessão aborda a contextualização sobre a entrada no campo de pesquisa, a caracterização dos gestores e servidores do HU-UFSC/EBSERH assim como apresenta as descrições das representações sociais dos entrevistados.

5.1. ENTRADA NO CAMPO

A pesquisa de campo é a porta de entrada para a coleta de informações dos atores que compõe esse estudo. Dessa forma, a aproximação com os entrevistados se deu via contato formal, abordando as justificativas do estudo ao qual estariam participando. Considerando que sou trabalhadora do HU-UFSC/EBSERH e já possuía contato prévio com parte dos entrevistados, esses se mostraram dispostos a participar do estudo. Atribuo esse fato também ao hospital ser parte da universidade, sendo uma organização com diversas pesquisas e estudos em andamento, com ensino enraizado na razão de existir, tornando o ambiente mais receptivo a estudantes e pesquisadores. No geral, pode-se afirmar que os gestores e servidores abordados mostraram-se dispostos e com interesse de falar sobre o enfrentamento da pandemia pelo hospital.

As entrevistas foram realizadas, em sua maioria, de forma presencial no ambiente de trabalho dos entrevistados, em sala reservada para tal fim, possibilitando a condução do diálogo sem interrupções. Excepcionalmente duas entrevistas foram realizadas por videoconferência considerando a disponibilidade das entrevistadas pois uma estava em período de licença maternidade e outra não possui mais vínculos com o HU-UFSC/EBSERH. Foi elaborado um termo de consentimento em que os entrevistados autorizaram a gravação da entrevista e a utilização dos dados, de forma anônima para a realização desse estudo, possibilitando a desistência da sua participação durante o processo e disponibilizando os meios de contato com a pesquisadora. Sendo assim, a entrada no campo de pesquisa se mostrou como um momento de extrema relevância no processo de pesquisa qualitativa.

Ainda sobre a realização das entrevistas, o tempo médio de duração foi de 50 minutos, em que a de maior duração foi de uma hora e 40 minutos. Mediante a ciência e autorização dos participantes, as entrevistas foram gravadas em áudio, sendo posteriormente transcritas.

Destaco que as entrevistas foram conduzidas nos moldes de uma conversa informal, cujas questões foram utilizadas como roteiro balizador, permitindo aos entrevistados desenvolverem seus relatos de forma dinâmica. Por vezes, esses adiantavam-se ao abordar os temas previstos no roteiro sem necessidade de condução da pesquisadora.

A entrada no campo ocorreu no segundo semestre de 2022, período em que as rotinas estavam voltando à normalidade, considerando retorno dos servidores ao trabalho presencial, retorno dos estudantes e demais atividades presenciais da UFSC. Destaca-se também que, durante esse período, permaneceu a obrigatoriedade de medidas para evitar o contágio da covid-19, tais como uso da máscara por todos os usuários, servidores, fornecedores e frequentadores do Hospital Universitário. Observa-se que, na etapa final das entrevistas, em novembro/2022, o hospital flexibilizou o uso de máscaras em alguns locais com menor risco de contaminação, como ambientes administrativos. Tal fato é relevante ressaltar pois representou, institucionalmente, um marco na história do HU-UFSC/EBSERH no combate à covid-19, que, conforme as palavras da superintendente em exercício “é um importante passo dado pelos profissionais da instituição, que sempre recorreram aos princípios legais e científicos na tomada de decisões” (HU-UFSC/EBSERH, 2022).

Durante as entrevistas, considerando a natureza da pesquisa, foi necessário construir e manter a linha condutora do estudo considerando também o surgimento constante de temas latentes ao objeto estudado. Durante a coleta de dados, o hospital enfrentou a greve nacional de trabalhadores da EBSEH, período de discussão do dissídio coletivo, discussões quanto à insalubridade recebida pelos trabalhadores, fechamento das portas abertas da emergência obstétrica assim como o fechamento das portas abertas da urgência pediátrica, eleição para reitoria, assuntos esses que emergiram durante a observação assim como no relato dos entrevistados. Destaca-se, nesse interim, que a entrada no campo para observação ocorreu entre os meses de setembro a novembro de 2022, em que foram observados, em destaque, os seguintes pontos: adoção de medidas de proteção, retorno das atividades assistenciais, atendimentos aos pacientes e retorno das atividades acadêmicas. Tais

observações serão pontuadas e abordadas ao longo da interpretação e discussão os resultados obtidos juntamente com as entrevistas.

Ao se partir da Teoria das Representações Sociais, um aspecto muito importante é o comportamento simbólico, que tem como aspectos fundamentais as manifestações verbais e não-verbais, que são compreendidas e se tornam visíveis em relação aos significados comuns que adquirem para os comunicadores/receptores da mensagem (GUARESCHI, 2007). Durante as entrevistas, observou-se que, por muitas vezes, os entrevistados ficavam com voz trêmula e introspectivos sobre o assunto, mas também, em determinados momentos, expressaram orgulho pelo trabalho desenvolvido até aqui durante a pandemia.

Nos dois primeiros tópicos, serão apresentados os perfis dos gestores e dos servidores. O objetivo de abordá-los separadamente, pelo menos de forma inicial, é realizar a caracterização desses para posterior análise das representações sociais de forma conjunta, com individualidades e pontos observados de cada um.

5.2. OS GESTORES DO HU-UFSC

Ao todo, foram entrevistados 7 gestores entre os meses de setembro a outubro de 2022. Para a abordagem dessa pesquisa, os gestores estão identificados como G1, G2, G3, G4, G5, G6 e G7. Para que se possa fazer uma análise com mais propriedade sobre o HU-UFSC/EBSERH, é importante conhecer o perfil e formação de seus gestores: observa-se que eles possuem bastante tempo de carreira na área pública, na área de educação e área universitária, com mais de 8 anos de instituição, chegando a mais de 40 anos de serviço no hospital para três dos entrevistados. Esse fato demonstra forte vínculo com a organização estudada, com a área universitária (por tratar-se de um hospital escola) e com o serviço de saúde.

Dos 07 gestores, no relato de suas carreiras, consta para todos a formação em nível de pós-graduação, com nível de doutorado para os gestores 1, 3 e 6. O gestor 2 relata que está tentando ingressar no doutorado. Trago a seguir um trecho da entrevista com a gestora 01, relatando a sua vinculação com o hospital e a área de ensino:

Sou formada (*em enfermagem*) há 39 anos. É um tempo bem significativo na profissão. Tenho uma afinidade muito grande com a área assistencial e já faz bastante tempo que eu estou também na docência, articulando essas duas questões, que é a enfermagem com a docência da enfermagem. Fui a primeira enfermeira a sair do HU para fazer mestrado fora [...] E estando na

docência, eu sempre mantive os meus laços com o hospital [...] Então sempre digo que sou muito grata pelo que aprendi, pelo que o hospital me possibilitou. A possibilidade de sair para fazer mestrado e quando eu retornei era como um compromisso, uma devolutiva para o hospital [...] (G1).

Os gestores possuem histórico de atividades relacionadas à educação, seja como servidores técnico-administrativos da universidade ou como professores ou pesquisadores do meio acadêmico. No relato de suas carreiras, todos possuem nível de pós-graduação com formações predominantemente na área da saúde (enfermagem, medicina, fisioterapia e educação física).

A respeito das diferenças significativas que se observa, em termos de formação e carreira, é que os gestores entrevistados da área assistencial possuem carreira acadêmica paralela à carreira assistencial, conciliando o ensino, prática assistencial e desempenho de atividades gerenciais no hospital (G1, G5 e G6), vide o relato da gestora 06:

Sou fisioterapeuta, [...] fiz pós-graduação profissional em fisioterapia intensiva e logo após comecei a atuar tanto na área assistencial quanto na docência [...] Como estava na docência, senti necessidade de fazer mestrado, investir na minha formação [...] Depois passei no concurso do Hospital Regional e após 2 anos passei no concurso do HU-UFSC/EBSERH em 2015, onde estou atuando desde então. [...] Iniciei o doutorado, na área de enfermagem aqui da UFSC [...] Hoje não estou mais ativa na docência da graduação, eventualmente ministro aula de pós. (G6).

Em relação aos gestores das áreas administrativas, observa-se que esses possuem formações diversas (administração, análise de sistemas, história e educação física), com especialização em administração e experiência no desenvolvimento das atribuições inerentes ao cargo de chefia, conforme o relato do gestor G4:

Entrei no HU-UFSC/EBSERH em 1980, na inauguração do hospital. São mais de 40 anos de atuação [...] passei pela divisão de infraestrutura, depois licitações e depois para gerência administrativa [...] eu não tinha muito anseio de ser servidor público, mas minha carreira foi se encaminhando para a área gerencial e fui gostando. Fui ocupando cargos de chefias, fiz especialização em gestão universitária e depois em gestão hospitalar. (G4).

Tal situação ocorre de forma similar para os gestores 3 e 7, que possuem graduação em área distinta à hospitalar e à gestão, cuja formação é em análise de sistemas e história. Porém esses entrevistados relatam que se identificaram com as atividades desenvolvidas no hospital e foram direcionando a carreira para a área da gestão hospitalar, com estudos e especializações.

Do total de entrevistados, um dos servidores é graduado em administração e exerce essa função na instituição (G2) e, segundo o relato, escolheu essa profissão pela “transversalidade e generalidade de atuação” pois, na sua concepção, o administrador pode atuar em diferentes áreas e abordar diferentes temas ao mesmo tempo no exercício da profissão: “Esse é um dos meus objetivos, uma das premissas que eu tenho [...] são diversas frentes de trabalho tanto em hospital, universidade [...] gosto de trabalhar com a transversalidade da administração.”

Após apresentar o perfil dos gestores do HU-UFSC, na sequência será abordado o perfil dos servidores.

5.3. OS SERVIDORES DO HU-UFSC

Ao todo, foram entrevistados 5 servidores entre os meses de setembro e novembro de 2022, identificados aqui como S1, S2, S3, S4 e S5. Sobre seus perfis, observa-se: os servidores entrevistados possuem de 5 a 14 anos de experiência profissional, alguns com menos tempo de organização (4 anos) e outros com mais tempo (11 anos), com diferentes vínculos organizacionais (contrato CLT através da EBSEH e Regime Jurídico Único (RJU), através da Universidade). Fazendo um comparativo inicial, não no intuito de generalizar, mas caracterizar o perfil dos entrevistados, os servidores possuem menos tempo de HU-UFSC/EBSEH do que os gestores.

As profissões entrevistadas são na área de fisioterapia, medicina, enfermagem e servidor da área administrativa (engenharia). Ao longo das entrevistas, achei importante trazer também o olhar e contribuição da área administrativa, pois apesar de não haver atuação direta no cuidado ao paciente, também foi uma área muito demandada na reorganização do hospital e, ao ser questionado se se enxerga como profissional da área da saúde, a resposta foi sim. Essa inclusão ocorreu durante a realização das entrevistas, com o objetivo de trazer um olhar complementar a análise e abordagem dos dados.

Os profissionais caracterizam-se por ser amplamente capacitados, todos com nível de pós-graduação em suas respectivas áreas de formação. Observa-se que os entrevistados S1, S3, S4 e S5 possuem até 4 anos de hospital, já S2 possui 11 anos de HU-UFSC. Segue o relato sobre formação profissional da servidora S2:

Desde a finalização do meu ensino médio, eu já sabia que queria ser fisioterapeuta [...] e a área hospitalar sempre me chamou muita atenção, principalmente no SUS, por motivos pessoais de ideologia [...] no final do último período (*da faculdade*) me apaixonei muito mais pela terapia intensiva e, ao finalizar a graduação, fiz uma pós-graduação com residência exclusivamente em fisioterapia em terapia intensiva [...] área que atuo desde então. (S2).

Trago também o relato sobre formação profissional da servidora S4, que ao identificar-se e falar sobre a formação, logo enfatizou o fato de iniciar as atividades no hospital poucos meses antes do início da pandemia:

Sou médica, decidi fazer medicina no ensino médio, já iniciei a faculdade de medicina logo após o colégio. Sou especialista em clínica médica e pneumologista [...] entrei no HU em 2019 e pouco tempo depois estourou a pandemia e eu era a única emergencista pneumologista na Emergência [...] (S3).

A entrevistada S1, que também é médica, relata ser formada desde 2012 e que sempre teve interesse em trabalhar na área da saúde. Relatou que, durante o ensino médio, teve caso de internação na família, tendo mais contato com o ambiente hospitalar, foi instigada a seguir na medicina.

Já para o servidor da área administrativa, o relato sobre sua carreira é diferente dos demais. Ele relata ser formado em engenharia desde 2010, com atuação na área de petróleo e educação. Veio a trabalhar na área hospitalar por oportunidade de concurso, considerando a abertura de vaga para engenheiro no quadro de vagas do concurso HU-UFSC 2016. Relata também que, ao se identificar como funcionário de um hospital, as pessoas invariavelmente associam ou questionam se ele é médico, enfermeiro, fisioterapeuta ou outra profissão da área assistencial. O imaginário das pessoas dificilmente associa a profissão de engenheiro atuando em hospital, porém trata-se de função de extrema importância para o correto funcionamento do hospital, conforme explorado nos relatos mais à frente.

Ainda sobre a caracterização dos entrevistados, na apresentação e relato da servidora S5, ela abordou a informação de que já atuava na saúde pública em 2009, quando ocorreu a pandemia de H1N1:

Sou enfermeira desde 2008, trabalhei em várias áreas, [...] trabalhei na saúde pública, fiz processo seletivo no interior de Santa Catarina, onde trabalhei no hospital regional. Lá eles abriram o hospital da criança, onde trabalhei como coordenadora. Em 2014 vim para Florianópolis onde atuei como supervisora

na Unimed, depois fui para o Hemosc em 2016 e entrei no HU-UFSC em agosto de 2017. (S5).

Outra característica importante a ser mencionada é que o hospital é formado por uma população feminina de 79% do total de trabalhadores. Isso evidencia que as mulheres são maioria entre os profissionais do HU-UFSC/EBSERH, e, não apenas nesse hospital em específico, mas são o grande contingente da força de trabalho na área da saúde – a marca da feminilização do cuidado em saúde (YANNOULAS, 2011). Conforme relatório técnico do Fundo de População das Nações Unidas - UNFPA, as mulheres representam 70% da força de trabalho em serviços de saúde e serviços sociais ao redor do mundo (UNFPA, 2020). Na realidade brasileira, em estimativa realizada pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS, a partir da base de dados do IBGE, indica que as mulheres são 65% dos profissionais atuantes na área da saúde, nos diferentes níveis de complexidade da assistência (CONASEMS, 2020), chegando a 90% em profissões como fonoaudiologia, serviço social e nutrição. Essa proporcionalidade é refletida nas entrevistas realizadas neste estudo, visto que do total de 12 entrevistas realizadas, 8 são mulheres.

Para facilitar a compreensão das enunciações dos entrevistados, elaborou-se o seguinte quadro comparativo com um breve resumo dos relatos de cada uma delas:

Quadro 4 – Síntese e comparativo entre os entrevistados

Entrevistado (a)	Trajetória profissional	Envolvimento com a área da saúde	Atividades desenvolvidas no hospital
G1 - Assistência	Possui 40 anos de formada. Iniciou as atividades profissionais em um hospital no interior de Santa Catarina. Logo após, iniciou as atividades no Hospital Universitário. Exerce a prática de enfermagem juntamente com a docência (professora do curso de enfermagem da UFSC). Ao longo dessa trajetória, exerceu atividades na prática da profissão com atendimento direto aos pacientes, participou de diferentes grupos de trabalho para fortalecimento e capacitação da categoria de enfermagem e exerceu cargos de gestão nos diferentes níveis hierárquicos da organização.	Relata que sempre quis trabalhar na área da saúde. Sua primeira opção no vestibular foi para o curso de farmácia, sendo enfermagem a segunda opção. Porém relata que não seria tão feliz e realizada em um laboratório quanto foi no exercício da profissão de enfermagem. Menciona o apreço e agradecimento a tudo que o HU-UFSC/EBSERH a proporcionou durante sua trajetória profissional.	Atua como enfermeira assistencial há bastante tempo, sendo a primeira enfermeira do HU a obter afastamento para realizar um mestrado fora. Quando retornou, assumiu a área de educação em serviço de enfermagem. Ao todo, ficou em torno de dez anos no Hospital Universitário como enfermeira assistencial e, depois disso, foi para a docência. E estando na docência, sempre manteve laços com o hospital participando das comissões e cargos de gestão (diretoria de enfermagem e gerência de atenção à saúde).
G2 - Administrativo	Formado em administração (2010), com atuação no serviço público desde 2014. Antes de atuar no HU, trabalhou na UFSC nas áreas de recursos humanos, gestão de pessoas, processos de gestão estratégica na área de riscos controles internos, iniciando as atividades no hospital ao final 2019. Possui mestrado profissional em administração.	Ao ser questionado se se visualiza como trabalhador da área da saúde, a resposta foi positiva. Apesar de não atuar diretamente na área assistencial, fala que um dos motivos que levaram a escolher a profissão de administrador foi a transversalidade e generalidade que a profissão proporciona, permitindo atuar em diferentes áreas. O que trouxe ao HU-UFSC não foi o interesse na área da saúde em si, mas a vontade de servir em uma organização relacionada também a área de ensino (dentro de uma universidade).	Fala que o HU-UFSC é uma instituição complexa que presta serviço direto à sociedade e isso o traz orgulho. Poucos meses após sua chegada no hospital, a pandemia covid-19 foi decretada. Seu trabalho é na área de gestão estratégica, gestão de riscos organizacionais e gestão de processos. Porém, em um primeiro momento, atuou junto a superintendência no atendimento de ações civis públicas, atendendo também recomendações da Vigilância Sanitária e demais órgãos. Além disso, trabalhou na normatização interna do trabalho remoto, com inserção de controle e organização desse processo.
G3 - Administrativo	Iniciou suas atividades profissionais no laboratório de técnica operatória do HU-UFSC/EBSERH, paralelo aos estudos para	Relata que, inicialmente, prestou o concurso pois precisa trabalhar para manter os estudos (e o cargo para trabalhar no laboratório era	Ao total, possui 18 anos de UFSC. Inicialmente trabalhou por 10 anos corridos

	<p>graduação. Formou-se em Sistemas de Informação pela UFSC (2009), com mestrado e doutorado em Engenharia e Gestão do Conhecimento, também pela mesma universidade.</p>	<p>menos concorrido). Depois disso, teve oportunidade de trabalhar com área de pesquisa e inovação, e foi gostando dessa área.</p>	<p>no HU, depois atuou na pró-reitora de pesquisa, retornando em 2018. Inicialmente exercia as atividades de técnico em laboratório e, a partir de 2018, atua nas áreas de sistemas de inovação, pesquisa clínica e avaliação de tecnologias de saúde.</p>
G4 - Administrativo	<p>Formado em educação física, mas sua carreira foi se encaminhando para a área gerencial. Relata que foi ocupando cargos de chefia e a educação física foi ficando cada vez mais distante. Assim, fez especialização em gestão universitária e depois em gestão hospitalar.</p>	<p>Menciona que, inicialmente, não tinha anseio de ser servidor público, mas precisava trabalhar e foi conciliando as duas atividades (trabalho administrativo no HU e educação física), posteriormente dedicando-se exclusivamente ao HU-UFSC.</p>	<p>Começou a trabalhar no HU-UFSC/EBSERH em 1980, data da fundação do hospital. São mais de 40 anos de trabalho. Começou trabalhando na radiologia, posteriormente na divisão de infraestrutura, depois licitações e, por fim, na gerência administrativa. No momento, está prestes a se aposentar.</p>
G5 - Assistência	<p>Formou-se em medicina em 1991, terminando a residência em onco-hemato em 1995, onde já começou a trabalhar no HU, assim como no HEMOSC SC.</p>	<p>Relata que, desde a escola, já queria seguir na área da saúde e que, estando no ensino médio, um professor de bioquímica a estimulou nos estudos. Na graduação, identificou-se com a hematologia pela complexidade dos pacientes oncológicos, vindo a fazer residência nessa área. Relata ser muito realizada profissionalmente como médica.</p>	<p>Ao desempenhar a prática da medicina no hospital, optou por entrar para a gestão para “ajudar a assistência”, pois, conforme seu relato “achei que poderia fazer um pouco mais para ajudar a assistência, mas é um mundo completamente diferente [...], na gestão a gente tem que dar condições para que as pessoas na ponta possam fazer o seu melhor”. Atuou na divisão de medicina e na superintendência do hospital.</p>
G6 - Assistência	<p>Graduada em fisioterapia pela UDESC (2007), com pós-graduação em fisioterapia intensiva, atuando tanto na área assistencial tanto quanto na docência. Estando na docência, sentiu necessidade de fazer mestrado e, após a conclusão dos estudos, começou a trabalhar no Hospital Regional, até que passou no concurso do HU, onde está atuando desde então. Logo após a aprovação do concurso, iniciou o doutorado na área de enfermagem na UFSC. Hoje não está mais ativa na docência, eventualmente ministra aula de pós.</p>	<p>Relata que, desde a época de escola, já se interessava pela área da saúde e, dentro da área da saúde, o que mais chamava sua atenção eram as áreas mais complexas, como a área hospitalar. Durante a graduação de fisioterapia, participou de vários eventos relacionados a área e direcionou seus estudos para área de tratamento intensivo.</p>	<p>Atua no HU-UFSC/EBSERH desde 2016, inicialmente nas atividades assistenciais e, posteriormente, atuou como chefe da unidade de reabilitação e, no momento, chefe da unidade multiprofissional (constituída por fisioterapeutas, fonoaudiólogos terapeutas ocupacionais, dentre outras categorias profissionais).</p>

G7 - Administrativo	Ingressou no hospital na inauguração (1980), inicialmente como datilógrafa e posteriormente como assistente. Em 1987, considerando a graduação em história, fez concurso e foi enquadrada como técnica em assuntos educacionais. Segue relato: “Aí veio aquela coisa, o que faz um técnico em assuntos educacionais em um hospital? Teve todo um movimento dentro do HU de se criar um núcleo de desenvolvimento infantil, uma creche. Aí me empolguei muito com isso e comecei a trabalhar nessa área, por 15 anos.” A gestora relata ser um período de grande aprendizado, “quando sai dali, estava pronta para trabalhar em qualquer lugar, pois não foi um período fácil”. 2004 foi convidada para atuar na área administrativa, onde está desde então.	Relata que se identificava com a área da educação, o que a motivou a trabalhar na UFSC e posteriormente no Hospital Universitário.	Uma vez na área administrativa do hospital, atuou no setor de compras, na divisão de administração e, a partir de 2016, atuando na área de logística e infraestrutura. Nesse íterim, também fez mestrado profissional em administração, diferentes cursos na área de gestão e especializações na área. Em 2016, quando estava em pauta a discussão para adesão do HU-UFSC à EBSEH, foi selecionada junto com mais 9 lideranças do Hospital Universitário para fazer curso de especialização no SÍRIO LIBANÊS, especialização de gestão para o SUS.
S1 - Assistência	Graduada em medicina pela UFSC desde 2012, especializou-se em clínica médica. Fez o concurso da EBSEH em 2016 e ingressou no hospital em 2018. Trabalha na emergência adulto desde então e, desde 2019, atua como referência de clínica médica na emergência.	Escolheu fazer medicina no ensino médio. Relata que o pai ficou doente e passou bom tempo no hospital. Foi aí que teve certeza da escolha profissional.	Como em 2019 assumiu a referência de Clínica Médica na Emergência, participou ativamente de todo o contexto da pandemia. Como é responsável por montar as escalas da medicina, precisou articular muito com os colegas para mudança das escalas, a própria mudança física da Emergência, mudanças de fluxos (em especial coleta de PCR, paramentação) e também no atendimento aos pacientes.
S2 - Assistência	Fisioterapeuta por formação, com especialização em terapia intensiva. Durante a especialização atuou em 6 UTIS diferentes, adulto, infantil, cardiológica, neuro [...].	Desde o ensino médio, já sabia que queria ser fisioterapeuta. Inicialmente ingressou na graduação com intenção de fazer fisioterapia do esporte, mas ao longo da graduação foi conhecendo as diversas áreas e a área hospitalar chamou sua atenção,	Após concluir a especialização, passou no concurso do HU. Iniciou suas atividades no hospital em 2011, trabalhando inicialmente no transplante hepático e, ao final de 2017, entrou na UTI como fisioterapeuta referência, onde está desde então.

		principalmente trabalhando no SUS, por questão de ideologia.	
S3 - Assistência	Formada em medicina pela UFSC, atualmente é médica da emergência. Possui formação em clínica médica como pneumologista, atende em outro hospital público como pneumologista e em seu consultório.	Logo que concluiu o ensino médio já prestou vestibular para medicina, passou e nunca se imaginou fazendo outra coisa. Durante a graduação foi se identificando com a área da pneumo. Fez concurso para clínica médica do HU e o local que tinha vaga era na emergência, onde vem trabalhando desde então.	Ingressou no HU em 2019 pelo concurso da EBSEH. Em pouco tempo na emergência, já “estourou a pandemia e, eu como única emergencista pneumologista, bastante coisa veio pra mim.” Relata que, durante esse período, atuou “apenas na emergência covid-19. Só atendia esses casos. Fiquei meio atordoada. Não via outras coisas, só covid-19.”
S4 - Assistência	Formado em engenharia mecânica, com pós-graduações em gerenciamento de projetos, em engenharia de poços de petróleo e em docência da educação profissional. Antes de iniciar suas atividades no HU-UFSC/EBSEH, atuava em petroleira e na área de educação do terceiro setor.	Relata que optou por trabalhar no hospital por oportunidade de concurso. Se identifica como trabalhador da área da saúde, dentro da sua área de atuação.	Ingressou no hospital em 2018 e exerce atividades relacionadas a manutenção dos sistemas mecânicos, de climatização e exaustão hospitalar.
S5 - Administrativo	Graduada em enfermagem (2008), com experiência nos diferentes níveis de atenção à Saúde (primário, secundário e terciário). Possui mestrado em enfermagem pela UFSC. Trabalhou na saúde pública, em Hospital Regional do interior do estado. Lá também atuou no hospital da criança. Em 2014 veio para Florianópolis onde atuou como supervisora na Unimed, depois atuou no para o HEMOSC e na sequência ingressou no HU-UFSC.	Relata que desde a época de escola já se interessava pela área da saúde e, dentro da área da saúde, optou por seguir os estudos em enfermagem.	Inicialmente ingressou na clínica médica de isolamento do HU-UFSC, como enfermeira assistencial. Posteriormente começou a atuar no Centro Obstétrico, onde permaneceu trabalhando durante 2020 e 2021.

Fonte: Da autora.

5.4. HOSPITAL ESCOLA: “ENSINAR PARA TRANSFORMAR O CUIDAR”

Ao se partir do conhecimento, formação e área de atuação dos entrevistados, direcionando a entrevista para o ponto de vista organizacional da instituição estudada, um ponto específico emergiu em todas as entrevistas realizadas: a conciliação do ensino e pesquisa com as demandas assistenciais do hospital. Esse assunto emergiu ao serem questionados sobre suas percepções em relação ao papel do HU-UFSC/EBSERH na sociedade.

Nesse momento, buscou-se entender a percepção dos entrevistados sobre a organização no qual trabalham e, mesmo não questionados diretamente, a temática covid-19 já emergiu durante as entrevistas. A relação entre ensino e assistência é clara na fala dos entrevistados e, destaco esse ponto, porque quando se fala em hospital, o imaginário social remete à atividade de cuidado e assistência, mas a característica do HU-UFSC/EBSERH é ser escola para formação dos estudantes e residentes que estudam na Universidade Federal de Santa Catarina.

Porém destaca-se que esse entendimento de hospital escola nem sempre foi claro para os próprios servidores e gestores do hospital, conforme o relato de G3, servidor do hospital há mais de 15 anos e, atualmente, lotado na área de ensino e pesquisa:

O que estava acontecendo até determinado momento é que o hospital era encarado apenas como hospital quando na verdade os hospitais universitários só existem para formar, *né?* Porque senão *a gente* abriria um hospital normal [...] a diferença do nosso hospital universitário para os outros hospitais geridos dentro da rede do SUS é que o nosso produto é a formação de profissionais. A cura, o tratamento da população, digamos que são um “bônus”, é algo necessário para que o “produto saia”. (G3).

A priorização do cuidar em detrimento do ensino e pesquisa durante os anos também foi relatada na fala do G4, gestor da área administrativa do hospital há mais de 40 anos:

Lá atrás, o HU-UFSC/EBSERH era visto como mais um hospital da rede SUS, que tínhamos que atender todo mundo. E o ensino ficou em um segundo plano. Até se enxergava o aluno como um “estorvo”, mas isso veio melhorando ao longo dos anos. Antes da chegada da EBSEH, não tínhamos uma gerência de ensino e pesquisa, e era algo que o hospital já queria. Nossa missão principal é a formação e hoje já está mais compreendido o nosso papel como hospital escola. (G4).

Tal perspectiva é corroborada por G2:

Apesar de ser uma instituição de saúde, eu vejo muito mais como uma instituição de ensino. Hoje a estrutura é muito mais robusta para assistência *né?*, assistência à saúde do que para ensino. Mas o nosso objetivo principal é o ensino e pesquisa, então a gente, quando discute com a gerência de ensino pesquisa, por exemplo, a gente sempre tenta avaliar a questão do ensino com superioridade e não somente a questão assistencial. A gente está tentando dar peso cada vez mais ao ensino e pesquisa para que isso fique notório. (G2).

Observa-se um próprio amadurecimento da organização sobre sua razão de existir pois tão importante quanto o cuidar é o ensinar. Por vezes, a rede do SUS não dá conta de atender a demanda do cuidado e conta com o HU-UFSC/EBSERH para atendimento da população. Porém é de extrema relevância esse entendimento de organização de ensino pois o reflexo será visível no longo prazo, na formação dos novos profissionais, no futuro e no avanço da ciência a partir dos estudos realizados. Nessa mesma linha de discussão, durante a observação, em reunião realizada em outubro de 2022 com os servidores do Hospital e a nova reitoria, emergiram assuntos sobre o atendimento das emergências do hospital. Na emergência pediátrica e emergência obstétrica, aliado ao fato da falta de médicos para cobertura da escala, servidores relatam que a alta procura pelos serviços de saúde e a demanda em um hospital de porta aberta, muitas vezes, inviabiliza a correta atenção ao aluno e residente, que está ali para aprender.

O termo “porta aberta” é utilizado para caracterizar o hospital que recebe demanda espontânea de pacientes, sem referenciamento da Rede de Atenção à Saúde (mecanismo do SUS para encaminhar e receber pacientes de acordo com o nível de complexidade do caso). Dessa forma, impossibilita uma maior previsibilidade de atendimentos dos pacientes atendidos no período, interferindo diretamente na capacidade instalada da instituição.

A relação de ensino e assistência é indissociável, pois o hospital possui dupla característica: ensinar e cuidar. O sistema de saúde conta com o HU para atendimento nas diferentes especialidades de um hospital geral, tanto que quando o HU-UFSC/EBSERH “fecha as portas” de alguma das emergências (obstétrica, adulto, pediátrica), tal assunto é amplamente divulgado na mídia e afeta diretamente o atendimento à população, vide reportagem a seguir:

Figura 3 – Notícia sobre mudança no atendimento de gestantes



UFSC

Divulga

Semana

TV UFSC

AGECOM

Conheça a Agecom

Sugestões e Críticas

Notícias Comunidade HU anuncia mudança no atendimento a gestantes a partir de 5 de setembro

HU anuncia mudança no atendimento a gestantes a partir de 5 de setembro

01/09/2022 17:01

A partir da próxima segunda-feira, **5 de setembro**, o atendimento para gestantes e mulheres com problemas ginecológicos no Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU-UFSC/Ebserh) vai mudar. A maternidade vai passar a funcionar em regime de referenciamento, o que significa que todos os casos deverão ser encaminhados por outras unidades, via núcleo interno de regulação (NIR). A medida tem o objetivo de garantir o atendimento qualificado e integral, bem como a segurança das pacientes e enfrentar os problemas de constante superlotação resultante do aumento da demanda. Não haverá alteração no número de casos atendidos dentro do contratualizado.

Fonte: AGECON/UFSC (2022), acesso em 02/01/2023

Essa percepção sobre a razão de existir do HU-UFSC é importante considerando as discussões e aprofundamentos que serão discutidos a seguir sobre o enfrentamento da pandemia covid-19, momento em que as atividades assistenciais foram priorizadas em detrimento às de ensino.

Já no que se refere aos servidores, quando questionados sobre o ensino do hospital, as falas foram mais diretas sobre a atuação dos residentes no enfrentamento da pandemia. Como as aulas da UFSC foram suspensas, os estágios e mentorias também foram interrompidos. Dessa forma, os estudantes atuantes na pandemia durante esse período foram os residentes.

Destaca-se que o residente possui característica diferente de um estudante da graduação pois já é um profissional graduado com registro no respectivo conselho de classe para exercício da profissão. Ainda, esclarecendo sobre o papel dos residentes dentro de um hospital, as residências em saúde, tanto médicas quanto multiprofissionais, são orientadas para a atuação dos profissionais com base nas necessidades locais e regionais do SUS, fornecendo profissionais-estudantes que fortalecem e compõem as equipes de saúde.

Nesse ínterim, no intuito de conciliar o processo ensino-aprendizagem com a resposta imediata à pandemia, o Conselho Nacional de Saúde do Brasil orientou que as atividades teórico-práticas dos residentes acompanhassem a reorganização dos serviços, redes, políticas e ações do setor saúde na resposta à covid-19. Dessa forma, além dos desafios inerentes à aprendizagem nessa etapa da formação, os residentes

foram confrontados com desafios extras: mudança organizativa das equipes, ressignificação do trabalho, treinamento sobre uma doença pouco conhecida, necessidade de paramentação, bem como as repercussões clínicas, sociais e psicossociais.

Em relação às atividades dos residentes durante a pandemia, algumas especialidades, principalmente no início da pandemia, não atuaram nas áreas covid-19, mas foram fundamentais para o andamento das atividades nas demais clínicas de internação do Hospital, vide fala de G6:

Os residentes fazem parte do cuidado com o paciente, então eles participaram do cuidado durante a pandemia covid-19. No início, era tudo muito novo, não se sabia se o residente ia entrar em área covid-19 ou não. Eles atuaram juntos e firmes com a equipe. São residentes que saíram com nível de conhecimento e maturidade muito elevados. A pandemia, apesar de tudo que aconteceu, contribuiu para o amadurecimento desses profissionais. (G6).

Da mesma forma, trago também o relato de G3:

A parte de graduação (estágios) parou junto com a Universidade. Porém as residências, eles foram um dos principais atuantes dentro do plano de contingência do HU para possibilitar que o HU seguisse, prestasse um serviço de qualidade durante toda a procura que a gente teve, né? [...] uma maioria considerável viu que era o momento que talvez fosse o único da vida deles, de passar por aquilo dali [...] os residentes puderam trabalhar com conflito, sendo uma primeira oportunidade de ver o valor do serviço deles já como profissionais [...] porque a maioria deles terminaram a graduação e já ingressaram na residência, não tinham experiência [...] aí tiveram essa experiência bem construtiva. (G3).

Em relação ao desenvolvimento de pesquisas durante a pandemia, conforme relato de G3, “as pesquisas que pudessem ser cessadas foram cessadas. Outras ficaram por até um ano e meio paradas”. Em contrapartida, todas aquelas que eram relacionadas à pandemia foram incentivadas: “Pesquisas na área de pneumologia, vacinas, tivemos bastante pesquisa aqui, pesquisas patrocinadas inclusive. A gente fez parte de alguns projetos governamentais, como pesquisa com cloroquina foram feitos testes aqui”.

Constata-se que, durante os 6 primeiros meses de pandemia no HU-UFSC/EBSERH (março a setembro de 2020) houve uma baixa no número de novas pesquisas. Porém, conforme relato de G3, durante esse período, houve mudanças no processo de trabalho da área de ensino e pesquisa, o que proporcionou que nos seis meses seguintes o HU-UFSC/EBSERH ficasse como o hospital da rede EBSEH que

mais realizou pesquisas na área de covid-19. “Apesar de ser um período conturbado, foi muito produtivo em termos de pesquisa.”

Figura 4 – Notícia sobre pesquisa desenvolvida no HU-UFSC/EBSERH



The image shows a screenshot of a news article on the UFSC website. The article title is "Pesquisa desenvolvida no HU/UFSC avalia os impactos da Covid-19 no aparelho respiratório". The article text states that the Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC) is nationally recognized in the field of COVID-19 studies. It mentions that more than 30 research projects on the topic are being conducted in the hospital. The article specifically highlights a study titled "Avaliação do impacto no aparelho respiratório a longo prazo no âmbito da Covid-19: um estudo de corte", led by Professor Rosemeri Maurici, head of the Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP). The study aims to monitor patients who have had COVID-19 and evaluate the disease's repercussions. The research was funded by the Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) under the edital MCTIC/CNPq/FNDCT/MS/SCTIE/Dect nº 07/2020. A photograph of a person in blue gloves handling a test tube is included in the article.

Fonte: AGECON/UFSC (2020), acesso em 02/01/2023

No próximo item, dando seguimento a análise dos dados, serão abordadas as representações sociais dos participantes durante os diferentes períodos da pandemia.

5.5. O INÍCIO DA PANDEMIA

Ao aprofundar sobre a temática da pandemia covid-19, os entrevistados foram questionados sobre como se sentiram no início da disseminação do vírus (meados de janeiro e fevereiro/2020). Houve diferentes relatos que serão elencados e aprofundados a seguir: a perplexidade perante a pandemia que viria pela frente; a preocupação com a capacidade de atendimento do hospital; a ilusão de que o número de casos não interferiria de forma bruta na rotina hospitalar (que já é de média e alta complexidade); a vivência na prática do aprendizado na graduação; a sensação de medo e insegurança do que viria pela frente; o propósito profissional; o juramento perante o exercício da profissão e coleguismo.

G7, gestora da área administrativa, trouxe a seguinte exposição na entrevista, relatando a perplexidade perante os acontecimentos:

Lá em fevereiro de 2020, eu e a maioria das pessoas, *né*, não conseguíamos ver toda essa dimensão (*sobre a pandemia*). Não teria como imaginar esses

dois anos com tanto medo, uso de vacina e que morreriam tantas pessoas [...] A gente via pela tv na Itália a fila de carros funerários [...] são imagens que não sairão da memória. É uma coisa absurda que em determinado momento chegou até nós, mas que não se imaginava que tomariam a proporção que tomou... (G7).

Esse relato foi de forma mais abrangente, com o olhar sobre a situação nos outros países inicialmente infectados, abordando posteriormente a realidade do Brasil e do HU-UFSC/EBSERH.

Resgatando a ideia de “comunalidades”, exportada por Mariotti (2010, p. 15), o autor aborda que determinadas situações globais são fenômenos originários de padrões globalizados de deslocamentos e práticas humanas. São problemas que não podem ser resolvidos dentro dos limites de um único ou poucos países, como o vírus da covid-19. Tomando como exemplo, na relação entre os países da União Europeia, conforme Morin (2020, p. 38), observou-se um “acesso de febre soberanista, cada país se retraiu e fechou as fronteiras”, onde França e Alemanha, por exemplo, mostraram-se pouco solidárias enquanto a Itália estava em plena calamidade. As nações tomaram as primeiras medidas isoladamente, sem um acordo comum para auxiliar os países com dificuldades.

Se por um lado se faz necessária uma cooperação internacional para enfrentamento do vírus, respeitando as recomendações e as diretrizes dispostas pela OMS, também se faz necessária a articulação nacional para adoção de medidas a fim de conter os impactos da crise em nível interno. No Brasil, o enfrentamento da pandemia foi pulverizado entre os estados federativos, em que cada unidade adotou medidas diferentes. Considerando a gravidade e o potencial de disseminação do vírus, era imprescindível a atuação conjunta entre os entes federativos para que a saúde pública nacional pudesse ser efetivamente garantida. Seria fundamental que o Governo Federal elaborasse diretrizes gerais do combate à doença para fornecer uniformidade às ações nos estados (FERNANDES; GARCIA, 2021). No entanto, essa deontologia não foi o que ocorreu na prática, pois em inúmeros momentos o Presidente da República menosprezou a importância das consequências da pandemia para a saúde pública, o que fica evidenciado na inércia da União Federal em adotar posicionamentos mais concretos contra o vírus e na elaboração de um plano conjunto de enfrentamento, ocasionando um federalismo descoordenado (RIBEIRO *et al.*, 2021).

S4, no seu relato, o servidor expõe que no início da pandemia não entendia muito bem o que estava acontecendo, mas que tinha esperança de que até o final do ano de 2020 a situação pandêmica melhoraria ou estaria encerrada, “a primeira sensação foi de que vamos fechar tudo e vai acabar rápido. Vai durar 8 meses, 1 ano no máximo. Eu achava que até dezembro daquele ano estaria tudo resolvido.”

De acordo com G4, ao ser questionado sobre como se sentia com a repercussão sobre o início da doença, o gestor relatou que vinha acompanhando a evolução da covid-19 em outros países, mas que demorou um pouco para entender o que estava acontecendo. Relata que sua preocupação inicial quanto ao HU-UFSC/EBSERH era se a estrutura hospitalar iria comportar o que “viria pela frente”, referindo-se ao possível grande número de pacientes. Diz também que, naquele momento, não imaginava a proporção que a doença iria tomar e que, por isso, achava que em determinados momentos o hospital “não daria conta”.

O relato acima é de gestor da área administrativa, o que evidencia a preocupação com a estrutura e a capacidade hospitalar instalada visto que a instituição possui um número limitado de leitos, dependendo de diferentes insumos para o correto funcionamento (estrutura física, suprimentos, sistemas de *facilities*, tais como limpeza, segurança e manutenção). Corroborando, verifica-se que, em estudo realizado por Neto *et al.* (2022) sobre a cadeia de suprimentos hospitalar da Unimed Pernambuco, os resultados evidenciaram que as empresas pertencentes a essa cadeia sofreram impactos da pandemia duplamente: de um lado, a alta demasiada da demanda por serviços de saúde, de outro, estoques sendo consumidos rapidamente e a falta de insumos no mercado fornecedor como uma realidade concreta.

Nesse ínterim, S2, servidora da área assistencial e que atuou na linha de frente da UTI covid-19 como fisioterapeuta, ao ser questionada sobre percepção no início da disseminação do vírus, relata que no primeiro momento (fevereiro de 2020) possuía um olhar mais otimista sobre a situação, acreditando que os casos de pacientes covid-19 não interfeririam de forma tão acentuada nas rotinas hospitalares visto que o hospital já lida com pacientes de média e alta complexidade. Seu olhar foi mais interno a organização, com os seguintes apontamentos:

A gente tinha a ilusão de que não chegaria ou que, se chegaria, seria um ou dois pacientes [...] isso não afetaria em termos de número de leitos ou que a gente não ia ter necessidade de um aumento de número expressivo de profissionais de imediato. Porém, ao verificar o aumento do número de casos em São Paulo, Brasília, Rio de Janeiro, a coisa começou a escalar... (S2).

Usualmente, nos hospitais e nas UTIs, são os profissionais da equipe de enfermagem que mais mantêm contato, de forma direta e prolongada, com os pacientes internados, atendendo a suas necessidades, estabelecendo vínculos e maior proximidade (SANTOS; HORMANEZ, 2013). Porém, conforme Grisotti *et al.* (2022), na pandemia de covid-19, esse aspecto se transformou pois os profissionais de fisioterapia e médicos acabaram tendo, igualmente, muito tempo de contato, principalmente com os pacientes internados em UTIs.

Para S5, ao ser questionada sobre como se sentia no início da pandemia, relata que no início da sua carreira profissional, como enfermeira, foi o período da pandemia H1N1. Assim, no momento inicial da pandemia covid-19, viu-se enfrentando a segunda pandemia em pouco mais de 10 anos de formada:

A gente fica naquela: nunca vai acontecer com a gente (*uma pandemia*). Porém, em 2009, teve a H1N1 e em 2020 a covid-19. E foram 2 pandemias em 12 anos de formada. Na época, a H1N1 influenciou minha rotina, fui para escolas dar curso de higienização de mãos, etc... Mas para a covid-19 o impacto foi muito maior, uso de máscaras, isolamento [...] a gente não imaginava que o impacto ia ser tão forte. (S5)

Esses relatos demonstram a fragilidade que uma situação como essa traz, mesmo para servidores bem preparados da área da saúde. Constatou-se no relato da servidora S5 que, ao estudar sobre pandemias na faculdade de enfermagem, a sensação é de que é algo que dificilmente aconteceria durante sua trajetória profissional. Nesse interim, a pandemia de H1N1 também foi mencionada por S3, relatando que, no início da pandemia de covid-19, acreditava juntamente com outros colegas de profissão que a epidemia covid-19 seria muito similar a H1N1, porém, conforme seu relato, “foi muito pior”.

Já como contraponto, temos o relato de G1, que ao ser questionada sobre como se sentiu no início da pandemia, sobre a repercussão das notícias e o aumento nos números de casos de covid-19, o relato foi:

Eu nunca tive medo de, por exemplo, contaminar a minha família. É claro que a gente não estava na assistência direta *né?* e talvez *a gente* tenha se blindado um pouco mais, mas eu nunca tive receio disso, até porque o meu esposo também é médico e estava trabalhando o tempo inteiro *né?* Então nós dois não paramos na pandemia. (G1).

Nesse contexto, juntamente com o início da pandemia, observa-se o início de ancoragem das ideias. Nesse momento, as pessoas transformam algo estranho,

distante em um sistema particular de categorias, superando o distanciamento e conseguindo comunicar e avaliar o fato. Observa-se recorrência de palavras como “medo”, “propósito”, “juramento”, a ambiguidade do receio de contaminação, mas ao mesmo tempo a “oportunidade de ter atuado nesse período”, “oportunidade de manter minimamente uma rotina de trabalho presencial enquanto o restante do mundo estava de trabalho remoto”.

Para G5, G6, S1 e S2, em seus relatos sobre como se sentiam inicialmente perante o agravamento da situação pandêmica e o aumento dos casos da doença, ambos relataram que encaravam a covid-19 como “uma doença assim como outra gripe”, em que nenhum paciente reage como outro, pois depende do sistema imunológico de cada um. G5 e G6, paralelamente aos cargos de gestão, atenderam na área assistencial durante o período inicial da pandemia, para cobertura de escalas. Destaca-se que esses relatos não foram no sentido de menosprezar o impacto da doença, mas sim como forma de explicar como se sentiam perante o surgimento da nova doença e as medidas para atendimento dos pacientes que buscassem por auxílio médico. Nesse ínterim, trago o relato de S1, médica da emergência: “eu estou aqui para fazer meu trabalho, que é prestar atendimento ao paciente que procurar o hospital”.

Para G5, gestora da área assistencial que também atendeu pacientes, relatou que se sentia segura de trabalhar em um hospital universitário, com diferentes profissionais com múltiplos conhecimentos. Conforme relato, “aqui há uma equipe multidisciplinar e, por tratar-se de um Hospital Universitário, caso um profissional não tenha experiência em determinado procedimento, há outros colegas para auxiliar”. A gestora traz como exemplo o caso de intubação de pacientes: “eu não tinha grande experiência em intubação, mas procurava por colegas anestesistas que têm que poderiam estar fazendo e/ou me orientando.” Conforme suas palavras, “é um ambiente em que não me sinto sozinha.”

Diferentes relatos expõem, ainda que não diretamente, o senso de coleguismo e parceria nesse período. Profissionais de diversas áreas do hospital se dispuseram a atender pacientes diferentes de suas especialidades para fechamento das escalas, vide relato de S1:

No início da pandemia, muitos médicos de outras equipes (acupuntura, cirurgia plástica...) se disponibilizaram para atender na Emergência. Só que, ao longo do tempo, esses profissionais precisaram retornar para seus setores e foram saindo

da escala e, gradativamente, substituídos pela equipe do Processo Seletivo Emergencial – PSE. Os médicos atendiam em ambas as emergências (respiratório e não respiratório), exceto alguns médicos que lidam com especialidades como nefrologia (hemodiálise) ou oncologia, que não queriam levar a doença para seus pacientes (imunossuprimidos em função dos tratamentos). (S1).

Outro ponto abordado foi de G6, que relata ter o desafio de estar como chefia e questionava-se com as seguintes indagações: “Como consigo assegurar que meus profissionais atuem da melhor forma? Minha equipe vai estar bem protegida?” Relata que o principal sentimento que vinha dos funcionários era o medo: medo de lidar com o tipo de paciente, da contaminação, do desconhecido.

Essa foi abordagem inicial. No próximo item, será abordada a reorganização hospitalar e o atendimento dos primeiros casos da doença.

5.6. A REORGANIZAÇÃO DO HOSPITAL E O INÍCIO DOS ATENDIMENTOS

Para enfrentamento da pandemia, o hospital elaborou um Plano de Contingência estruturado em fases distintas, organizado mediante possibilidade de abertura de novos leitos e demanda de atendimentos. Cada uma das fases possuía características próprias assim como seus respectivos gatilhos vinculados ao Plano de Contingência da SES - SC (EBSERH, 2022). Além do Plano de Contingência, o HU também instituiu o COE – Comitê de Operacional de Emergencial, comitê de crise covid-19 de suporte à tomada de decisão, norteadas pela situação epidemiológica do estado e do município.

Dos entrevistados, tantos gestores quanto servidores, ao serem questionados sobre a existência do COE e Plano de Contingência, todos relataram que sabiam da existência do comitê e que em diferentes momentos ou fizeram parte ou participaram de reuniões ou prestaram informações ao grupo sobre as suas respectivas áreas de atuação.

Dessa forma, pode-se observar que a materialização da organização do hospital para enfrentamento da pandemia iniciou com a elaboração do plano de contingência e instituição do COE. Esse *start* possibilitou a tomada de decisão para diferentes ações adotadas no período, tais como: contratação de profissionais de forma emergencial, entrega e treinamento de uso correto dos EPIs, testes de vedação das máscaras N95, definição de áreas exclusivas para pacientes covid-19 na internação clínica e de terapia intensiva (objetivando o fluxo de pacientes sem

cruzamentos e minimizando os contatos desnecessárias como medida de controle). Também, nesse momento, o Instrumento Formal de Contratualização pactuado junto ao gestor SUS (SES-SC) foi revisado e suas metas ajustadas por meio de termos aditivos visando a refletir a capacidade operativa do hospital (EBSERH, 2022).

Conforme o relato da gestora 1, durante as primeiras semanas de março de 2020, as gerências de atenção à saúde (GAS) e administrativa (GAD) trabalharam em força tarefa para a organização do hospital: “no início da pandemia, nós tivemos uma aproximação muito grande das duas gerências, da gerência de atenção à saúde e da gerência administrativa. Ou nós trabalhávamos juntos ou não seria possível a gente enfrentar os momentos que nós enfrentamos.” Durante essas primeiras semanas, conforme o relato do gestor 3, a gerência de ensino e pesquisa suspendeu as atividades presenciais provisoriamente pois o foco era a organização do hospital para atendimento dos pacientes.

O protagonismo das duas áreas se deve ao fato da gerência de atenção à saúde ser a área demandante das adequações e a área administrativa a área de responsável pelas execuções. Como ação imediata, houve a alteração das emergências: criação de emergência adulto covid-19, emergência pediátrica covid-19, emergência adulta não covid-19 e emergência pediátrica não covid-19. Para isso, foi necessário cancelar os atendimentos ambulatoriais (alinhado a orientação da Secretaria de Saúde) e adequar o espaço do ambulatório para funcionamento da emergência não covid-19. Essa operação implicou na mudança da estrutura física do local, duplicação da equipe (visto que foram abertos 4 serviços de emergência ao invés de 2 como era estabelecido antes da pandemia) com novas contratações e reorganização interna das equipes, aquisição de equipamentos médicos hospitalares, insumos e demais aquisições necessárias para funcionamento dessas unidades.

Essa organização ocorreu em curto espaço de tempo, considerando a emergência da situação demandada. Além da organização da emergência, a UTI foi duplicada em UTI covid-19 e não covid-19, também demandando a compra de equipamentos, insumos, adequação da estrutura. Ademais, houve a separação dos fluxos nas clínicas de internação do hospital, com a destinação de uma clínica que usualmente recebia pacientes cirúrgicos para covid-19 (como cirurgias eletivas foram suspensas, não havia pacientes com essas características no momento). Ainda sobre os encaminhamentos iniciais, G1 relata:

Nesse primeiro momento da pandemia, foram suspensos todos os atendimentos eletivos a partir da definição da Secretaria de Estado, a qual o hospital acatou. Houve a suspensão de consultas ambulatoriais e, também depois dessa suspensão, houve a mudança radical na estrutura física com a questão da ocupação da emergência lá no ambulatório. Então nós não tínhamos onde realizar essas consultas. (G1)

A gestora 1 relata a importância do período de preparação visto que o HU-UFSC/EBSERH foi atender o maior número de casos de covid-19 em junho de 2020 “relatado como primeira onda”:

Eu acho que a gente tem muito agradecer, nós tivemos um tempo muito grande para nos organizarmos, diferente de outros estados como Rio de Janeiro, São Paulo e o Amazonas *né?* [...] nosso pico começou no final de maio, início de junho de 2020, depois tivemos outros picos, claro, mas isso nos deu tempo de uma organização interna [...] isso nos deu tempo para primeiro nos preparamos e, principalmente, de capacitar as equipes. A gente teve um tempo de treinamento, foram mais de mil pessoas treinadas inicialmente e capacitados então eu acho que isso nos possibilitou estar mais preparados. (G1).

Esse relato também está presente na fala dos servidores S1, S2 e S3, que conforme S1, o “*delay* no início da primeira onda foi extremamente necessário para receber EPI, para treinar a equipe principalmente quanto a paramentação e intubação”. Conforme o relato da servidora 1, médica atuante na emergência covid-19:

O fechamento de Florianópolis foi essencial, o qual eu agradeço imensamente porque se a primeira onda tivesse chegado no primeiro mês, a gente não teria dado conta. A *gente* não estaria psicologicamente e materialmente prontos para dar conta se tivesse sido em março de 2020. (S1).

Para manter o equilíbrio econômico-financeiro do Hospital, conforme relato G1, “a SES nos informou que poderíamos suspender (os atendimentos) porque eles continuaram pagando mesmo que não haja execução *né?*” Dessa forma, a SES manteve o valor do contrato com o hospital. Nos primeiros meses da pandemia, paralelamente a reorganização, “houve uma diminuição drástica da procura das consultas por conta do isolamento e da necessidade ficar em casa, muitos pacientes desistiram, não vieram” (G1). Essa redução no número de atendimentos possibilitou que a emergência não covid-19 funcionasse em área adaptada, no espaço físico do ambulatório.

Outra mudança interna do hospital, que também ocorreu na UFSC e demais instituições públicas, foi a implementação do trabalho remoto para servidores das áreas meio (administrativas). As atividades laborais por meio remoto não eram usuais

em órgãos públicos, e, mesmo para a iniciativa privada, eram poucas as empresas que tinham essa prática implementada. Dessa forma, G2 relata que a implementação do trabalho remoto no HU-UFSC/EBSERH também foi uma demanda a ser atendida:

Foi uma necessidade que surgiu de forma iminente, sem estruturação prévia. Até então, não se falava de teletrabalho na esfera pública. Existia em poucos lugares, em empresas privadas, ou na área de TI. Então, do dia *pra* noite apareceu o teletrabalho na vida das pessoas. (G2).

Nesse ínterim, ocorreu o processo de organização, normatização interna, estabelecimento de formas de controle e orientações a serem repassadas aos servidores. Esse processo de organização como um todo foi desenvolvido considerando os diferentes vínculos trabalhistas no hospital, com servidores RJU vinculados à Universidade e trabalhadores EBSEH, com normativos diferentes. O trabalho remoto não se aplicou aos servidores e empregados públicos nas áreas de enfermagem, área médica e áreas assistenciais em geral. Sobre o trabalho remoto, outras questões importantes surgiram, conforme relato de G5: “Como garantir a segurança dos dados do hospital, que são conteúdo sensível? Como evitar o ataque de hackers?”. Trago um trecho do relato de G4:

O trabalho remoto foi uma necessidade. Nós tínhamos que preservar a saúde dos nossos trabalhadores, *né?* [...] começou de forma desorganizada [...] os outros órgãos fecharam as portas e mandaram seus servidores para casa. Nós não, nós fomos ainda mais cobrados que antes [...] Mas hoje o trabalho remoto está sedimentado, solidificado, não só no setor público e no privado também. (G4).

Conforme relato de G2, outro ponto importante foram as demandas recebidas através de Ações Cíveis Públicas dos sindicatos e órgãos de representação, com pautas diversas, dentre elas a permissão para que todos os trabalhadores que tivessem filhos até 12 anos fizessem teletrabalho. Porém os trabalhos assistenciais de atendimento ao paciente ocorrem de forma presencial (salvo exceções como teleatendimentos, mas ainda muito incipientes no período). Dessa forma, a partir de defesas por parte do hospital, o judiciário reconheceu que o direito à saúde (no caso, a saúde pública) é superior ao direito das coletividades em discussão: “Se o trabalhador da saúde não estiver presente, quem vai estar?” (G2). O afastamento dos trabalhadores só era possível para áreas meio e de suporte.

No que tange a chegada de novos profissionais, houve contratação de forma emergencial através de processo seletivo simplificado. Para S1, a chegada de novos profissionais foi “um chamamento de Deus” pois, conforme o relato “não teríamos sobrevivido sem a chegada dos profissionais do processo seletivo emergencial, de forma alguma. Foi essencial”. Isso ocorre pois, conforme relato, em março de 2020, foi necessário duplicar as escalas considerando a abertura da nova emergência covid-19:

Abrimos a emergência covid-19, mas a emergência geral ainda tinha movimento e não podia ficar sem médico. Em um primeiro momento, a noite ficou um médico em cada emergência por um bom tempo, o que trouxe um *burnout* bem grande para a equipe médica. A equipe de enfermagem também, o ideal eram 8 profissionais a noite, mas frequentemente só tinha 6. (S1).

Conforme relato de S2, foi também durante esse momento inicial que, a partir dos estudos e leituras de artigos, a equipe da área intensiva sinalizou que não poderia atender pacientes covid-19 na mesma UTI que a normal e sinalizou a necessidade de abertura de nova UTI, exclusiva para casos covid-19. Para criação de uma UTI exclusiva para casos covid-19, foi necessária elaboração de projetos de engenharia, principalmente na área de exaustão e climatização considerando a necessidade de tratamento e direcionamento do ar contaminado. Conforme relato S4, a obra de adequação da UTI covid-19 ocorreu paralelamente ao início dos atendimentos:

Em uma semana estava tudo ok, tínhamos combinado de iniciar a obra. Na semana seguinte, quando íamos iniciar a obra de fato, a UTI covid-19 estava lotada, houve um *boom*. Então tivemos que adaptar o escopo, adequar parte do projeto e fazer a obra de exaustão pela cobertura do hospital (pela laje). Não estava previsto, mas foi possível fazer para atender a norma e condição de trabalho. (S4).

No relato do servidor, relaciona também outros locais do hospital que precisaram ter a infraestrutura adaptada para atendimento de pacientes covid-19. Fala da sua preocupação e o receio dos colegas quanto ao atendimento de demandas não previstas, da necessidade de obras e projetos com características excepcionais. É fato que os problemas tinham que ser atendidos com urgência, mas também com um olhar para possíveis irregularidades na legislação, para que não fossem responsabilizados posteriormente por alguma inconsistência no rito processual da contratação.

Esse relato da responsabilização e de atenção a legislação aparece também na fala dos gestores 1, 4 e 9, demonstrando o olhar a necessidade de seguir o rito da legislação nas compras e contratações do serviço público, mas ao mesmo tempo o dilema da necessidade de resolver as demandas hospitalares inadiáveis.

Diferentemente da iniciativa privada, que não possui uma legislação específica que trate de compras e contratações para empresas, sem necessidade que o setor de compras siga um rito preestabelecido por leis, nas organizações públicas é necessário seguir os ritos previstos na legislação, que caracteriza-se por ser formal e rígido, provocando, por vezes, demora para realização dos processos de compra (ROSILHO, 2011). Em um cenário pautado pelas incertezas e rápidas mudanças, visando agilizar as aquisições e a relação com fornecedores, a administração pública brasileira promoveu alterações substanciais na legislação em vigor e, dentre elas, está a Lei nº 13.979/2020, mais conhecida como “Lei Coronavírus”. Porém também se tratava de uma legislação nova, necessitando ser compreendida e estudada, com adequação do fluxo e do rito para atendimento na prática, tudo isso em pouco espaço de tempo, vide relato de G4:

Tivemos que nos reinventar. Saímos das reuniões do COE, das reuniões do Colegiado e tínhamos que desdobrar os encaminhamentos para dar conta. Era planejamento e ação simultâneas. (G4).

Observa-se que, durante a organização do hospital, relações e conflitos latentes foram potencializados entre as áreas. Conforme relato de G4, “as relações da área assistencial com a área administrativa nem sempre foram fáceis. Eles (área assistencial) têm dificuldade de entender nosso processo, só podemos fazer aquilo que a legislação permite na compra de materiais, insumos”. O gestor também relata que houve momentos em que “éramos cobrados (pela área assistencial) por algo que não fomos comunicados (...) nós não éramos envolvidos nas discussões e só traziam os desdobramentos para a gente dar conta (...)”.

Nesse interim, G4 relatou o aumento no valor de insumos para a saúde, medicamentos e valor dos EPIs, “itens com valor de 200, 300% acima do valor de mercado inicial”. G1 também reforça: “Tem, por exemplo, uma ampola de medicação que a gente pagava R\$ 5, R\$ 6, foi para R\$ 20. Então triplicou, quadriplicou o preço.” Nesse aspecto, além do aumento do custo e da necessidade imediata do material, G4 relata que as equipes da área de apoio tinham que atentar-se ainda mais as compras

para impedir superfaturamento, sendo necessário negociar com as empresas, mas também garantir a entrega (alta procura no mercado) e garantir recurso financeiro para aquele montante, citando como exemplo:

As compras dos sedativos eram compras de um milhão e meio [...] lotes realmente com um valor muito significativo. Mas a gente conseguiu se estabilizar, né, frente a todas essas questões também porque tivemos uma diminuição dos nossos atendimentos (*eletivos*), mas não tivemos uma diminuição daquilo que o estado nos pagava em termos de contrato, então, nesse sentido, houve um certo equilíbrio [...]. (G4).

Considerando esse relato, que não foi um fato isolado do HU-UFSC, evidencia-se que a pandemia trouxe à tona a nossa dependência de produtos farmacêuticos e demais insumos para a saúde (máscaras, jalecos, luvas...) com produção em mercado externo. A produção desses materiais está centralizada em poucos países, com mão de obra barata (Ásia) e, sem uma autonomia nacional, teve o grave efeito de nos sujeitar a economias estrangeiras e deixar desprovidos de produtos e produtores (MORIN, 2020). Assim surge o problema de autonomia sanitária, restringindo as nações ao acesso a esses insumos. A falta de medicamentos, principalmente de sedativos, foi potencializada em março/2021, que será relatado posteriormente como o momento mais crítico na visão dos entrevistados.

No próximo item, será abordado a primeira onda de casos na região de Florianópolis e o atendimento dos casos pelo hospital.

5.6.1 A primeira onda de casos

Comparando com outros estados brasileiros, os casos de covid-19 demoraram um pouco mais para chegar em Florianópolis e a primeira onda ocorreu em junho de 2020. Esse relato foi abordado por diferentes entrevistados e está condizente com os dados fornecidos pelo Núcleo de Estudos de Economia Catarinense (NECAT) na tabela de evolução do número oficial de casos pelas mesorregiões catarinenses, Grande Florianópolis (NECAT, 2020).

Considerando os relatos de G1, S2, S3, S4, nos meses de março a maio/20, houve uma certa frustração da equipe pois o hospital estava mobilizado a espera dos pacientes covid-19, que não chegavam. “Aquele momento inicial, como o hospital estava vazio, não entendíamos muito a urgência. Ficava difícil de entender o senso

de urgência porque *as coisas* não aconteciam. E, quando vieram a acontecer, foi um *boom*, de uma semana para a outra” (S4).

De acordo com o relato de S3, a maior demanda por atendimento de casos covid-19 começou a chegar em junho de 2020. Nesse momento, a servidora relata que se sentia preparada para atender os casos e, caso fosse necessária internação, conseguiam direcionar o paciente para enfermaria ou para UTI. Assim, conforme seu relato, a capacidade instalada estava de acordo com a procura. Já G1 relata que esse momento foi bastante estressante nas tratativas para aberturas de novos leitos da UTI covid-19 pois houve aumento do número de casos, mas os leitos ainda não estavam abertos em sua totalidade (20 leitos), considerando a falta de profissionais.

A chegada de novos profissionais também se demonstrou um desafio pois havia escassez de mão de obra no mercado. Conforme G7, o hospital recebeu novos servidores “sem vivência no tratamento de paciente crítico”, ocasionando problemas com questões técnicas com profissionais: “tiveram profissionais que tiveram que ser desligados, justamente por questões técnicas”.

Dessa forma, houve uma escassez de recursos humanos disponíveis para o número de atendimentos: “Nós estávamos brigando por recursos humanos com os outros hospitais. E hospitais, por exemplo, particulares pagavam mais, principalmente na categoria médica que foi uma das categorias mais complicadas para contratar”, conforme relato G1. Houve dificuldade para contratação de médicos intensivistas, anestesistas, principalmente profissionais preparados para atuar em UTI. Havia oferta de profissionais que não tinham preparo suficiente para uma situação emergencial, pessoas que tinham vivências, por exemplo, na atenção básica ou com pouco tempo de formação.

Essa preocupação com a escassez de profissionais de saúde para atuar nas UTIs não é exclusiva do HU-UFSC/EBSERH. A partir de levantamento do Conselho Federal de Enfermagem (2020), o combate ao coronavírus expôs o número insuficiente de profissionais especializados para atuar em UTIs, com déficit de pelo menos 17 mil profissionais, entre enfermeiros e técnicos de enfermagem. Situação similar se aplica às demais categorias profissionais da área da saúde.

Nesse momento, S2 relata que a carga de trabalho aumentou visto que a contratação emergencial de pessoal não contemplou o número total de fisioterapeutas, pelo menos no momento inicial. Dessa forma, relata que “muitas

vezes, tinha que cobrir a escala dos colegas. Minha rotina pessoal pouco mudou, mas a carga de trabalho quase dobrou”.

De forma similar, S1 relata as mudanças na rotina de atendimento na emergência. Traz como exemplo a adequação dos fluxos do hospital: “A medicina assumiu a coleta de PCR pela equipe já estar paramentada. Nos outros hospitais do estado, nenhum médico coletou PCR. Apenas no HU. Em outros hospitais, são outras equipes assistenciais de coletam material.”

Ainda no que tange as rotinas hospitalares, S5, enfermeira que atuava na área de obstetrícia do hospital, relata que:

Mesmo que a gente não fosse a maternidade referência para gestantes com covid-19, a gente ia ter que dar atendimento a gestante que chegasse na porta. Aí fomos desenhado um fluxo para a maternidade, desde a chegada da paciente com sintomas respiratórios, onde ela vai ser atendida se chegasse em trabalho de parto, onde iríamos isolar, como seria a capacitação dos profissionais... (S5).

A servidora relata também a restrição do acesso de acompanhantes das gestantes: “Em tempos normais, toda a mulher tem direito a um acompanhante. Por um tempo isso foi cortado, depois liberado novamente”. Essa restrição ocorreu no intuito de reduzir a contaminação e, conforme relato, foi um fluxo discutido constantemente.

Apesar da maternidade referência para casos covid-19 em Florianópolis ser a Carmela Dutra, era o HU-UFSC/EBSERH que possuía UTI e também é hospital referência em gestação de alto risco, “então pacientes com características mais graves vinham para nossa UTI”, vide relato S5. Dessa forma, os fluxos foram mudando conforme as necessidades:

Muitas pessoas (*trabalhadores do hospital*) tinham dificuldade de entender, elas queriam respostas, mas nem a gente tinha resposta, a gente estava o tempo todo trabalhando, os gestores o tempo todo estudando e pensando no melhor fluxo, uso de EPI, fluxo de EPI, mas entende que algumas pessoas queriam respostas prontas que a gente não tinha, que o mundo inteiro estava pesquisando. (S5).

Isso evidencia a alteração e revisão constante de fluxos e protocolos estabelecidos. Em diferentes momentos, os entrevistados se referiram a situação com o termo coloquial “trocar pneu com o carro andando” e foi o que, na prática, ocorreu. A realidade hospitalar foi rodeada por incertezas e novas informações, estudos e

evidências que impossibilitaram previsibilidade na situação. Dessa forma, as equipes se reuniam constantemente para discutir rotinas, fluxos, adequações e estratégias para mitigar a escassez, seja de profissionais, leitos, dentre outros insumos.

Isso posto, no próximo item, é abordado o item que fala de um dos momentos mais críticos vivenciados no enfrentamento da pandemia.

5.7. O PIOR MOMENTO DA PANDEMIA

O início da vacinação mundial ocorreu nos primeiros meses de 2021. No Brasil, no final de janeiro daquele ano, os profissionais da saúde foram os primeiros grupos a receber a primeira dose da vacina. E, juntamente com essa grande conquista da ciência, veio um dos momentos mais críticos da organização estudada. A partir dos relatos dos entrevistados, constata-se: o desafio na retomada dos atendimentos não covid-19, aumento no número de casos justamente quando já havia vacinas disponíveis, cansaço, sensação de impotência, escassez mundial de sedativos e momento de tomar decisões difíceis.

Ao longo das entrevistas, a caracterização desse momento foi descrita como “momento crítico” para o HU-UFSC/EBSERH não só, mas principalmente, na fala dos servidores e gestores da área assistencial. Em março de 2021, aliado ao aumento do número de casos, houve falta a nível mundial de insumos relacionados a sedação dos pacientes (bloqueadores neuromusculares, sedativos e outros medicamentos utilizados em terapia intensiva). “Esse foi o momento que mais trouxe aflição. Eram feitas reuniões diárias para acompanhamento com a farmácia, que trazia dados apontando que só havia sedativos para mais um dia”, conforme G1. Dessa forma, estratégias tinham que ser traçadas, como o uso de outros medicamentos. Nesse momento, a UTI covid-19 chegou a atender 53 pacientes, com lotação superior a 100%.

Nesse período, o Conselho Federal de Farmácia (2021) lançou uma nota à sociedade brasileira sobre o desabastecimento de medicamentos sedativos, corroborado com informações de farmacêuticos que atuavam em diferentes hospitais e serviços de saúde no Brasil, assim como manifestação pública de secretários de saúde e a própria indústria farmacêutica, evidenciando o desabastecimento de sedativos. Além do tratamento para covid-19, esses medicamentos são usados também para tratamento de pacientes com outras doenças graves.

Na realidade do HU-UFSC/EBSERH, isso influenciou também a retomada de outros tratamentos, como as cirurgias eletivas. Com a necessidade de se retomar a agenda cirúrgica, insumos farmacêuticos e até mesmo profissionais (como médico intensivista) estavam alocados para tratamento de pacientes com covid-19, o que adiou essa retomada.

Conforme relato de G5 “às vezes trabalhamos na situação que não é ideal, mas é a situação que se tem e não vamos deixar de atender por isso”. S2 explica a implicação da falta desses insumos no tratamento dos pacientes:

Essa mudança de medicação foi bastante ruim, mas como a equipe estava bem organizada desde o início, acho que a gente conseguiu contornar isso [...] *Pra* nós mudou bastante o *timing* de conseguir tirar o paciente da ventilação mecânica. Antes a gente conseguia tirar o paciente em menos de 10 dias. Depois dessa mudança de medicação, a gente passou a 15, 20 dias para conseguir tirar. (S2).

Dessa forma, a falta de sedação no mercado além de interferir no tratamento individualizado de cada paciente, prolonga o período de internação, o que influencia na rotatividade do leito pois o paciente fica mais tempo internado e tem-se menos leitos disponíveis.

Trago a seguir o relato de S3, que foi um dos mais tocantes. Exponho esse relato não na intenção de impactar, mas compartilhar um trecho que evidencia a criticidade da situação vivenciada:

O caos mesmo foi em fevereiro, março de 2021. Nesse momento, foi iniciado o protocolo de minimizar danos, que é quando se está diante de uma situação de muito caos, como em uma situação de guerra, acaba se priorizando os menos graves, por chance de sobrevivência. Então a gente adotou um protocolo, que já é um protocolo mundialmente aceito, de cuidados paliativos [...]. Sempre que se precisa indicar a UTI, vai o mais grave *né*, mas nesse caso se inverte, a gente indica a UTI os casos graves, mas que tenham mais chance de sobreviver [...] porque a gente chegou numa situação que tinha paciente entubado de 20 anos e de 80 anos, 20 anos saudável e 80 anos com comorbidades. E aí, quem tem mais chance de sobreviver? E aí chegou nessa situação, de apontar quem vai e quem não vai. Não era algo subjetivo, a gente tinha subsídios para escolher [...] isso não tinha acontecido nas ondas anteriores. Foi o momento que a gente se viu mais desestimulado, todo mundo cansado [...] eu nunca tive problemas psiquiátricos na minha vida, mas passei a ter *burnout* e crise de ansiedade. Eu lembro de vir *pro* plantão chorando no carro sabendo o que ia me esperar [...] foi uma situação inimaginável que nós chegamos. (S3).

Esse relato traz não apenas a criticidade do momento no HU-UFSC/EBSERH, mas a realidade vivenciada em diferentes organizações de saúde, principalmente nos

hospitais. Mostra a ineficácia do controle sanitário do país, que chegou ao extremo, situação que estava além do controle e governabilidade dos hospitais, sendo impossível a adoção de medidas isoladamente. Olhando a partir de uma visão sistêmica, evidencia-se o caos sanitário.

Nesse momento, também foi lançado um comunicado oficial, através de nota do hospital a sociedade catarinense sobre o momento crítico da pandemia, altas taxas de ocupação dos leitos de internação e 100% dos leitos de Unidade de Terapia Intensiva. No Comunicado, o Hospital enfatizou que estava “operando, em muitas situações, além da capacidade máxima, o que aponta para riscos severos de ruptura do limite de segurança dos pacientes e trabalhadores por conta de termos atingido nossa capacidade hospitalar.” Nesse momento, mais do que nunca, o hospital pediu o apoio da população para que fizessem sua parte, mantendo “atenção às normas de proteção e isolamento e às recomendações sanitárias neste momento de forte alerta”.

Nesse momento, também houve ajuste nas emergências, com o fechamento da emergência covid-19 pediátrica para ampliação do atendimento à Emergência Adulto. Em comum acordo com o Hospital Infantil, os pacientes que precisassem de emergência pediátrica foram direcionados para lá. Isso evidencia o trabalho em rede e a readequação constante dos fluxos hospitalares, de acordo com a demanda.

No próximo item, serão abordados os relatos sobre a melhoria no cenário da pandemia.

5.8. SEGUNDA DOSE DE ESPERANÇA

Após o aprofundamento na situação crítica da pandemia, os entrevistados foram questionados sobre o período seguinte, em que parte da população já estava com pelo menos uma dose da vacina, tratando-se de meados de agosto de 2021, quando o Brasil atingiu o marco de 80% da população acima e 18 anos com a 1ª dose (EBC, 2021). Nesse momento, emergiu a importância do trabalho em equipe de todas as áreas, fortalecimento como instituição, a importância de se registrar o que foi vivenciado para situações de risco futuras.

Para G1, a entrevistada relatou que, diferente de outras pessoas que na pandemia tiveram problemas de saúde mental, tais como depressão, ansiedade, dentre outros, relata acreditar que o trabalho a fortaleceu. Da mesma forma, para G2,

ao ser questionado sobre como se sentiu trabalhando no hospital nesse período, o relato também foi similar:

Para mim, foi uma questão de muito, muito orgulho fazer parte de algo transformador, digamos assim, poder participar aqui dentro do hospital de forma direta [...] Foi uma oportunidade de aprendizado atuar nesse período, apesar de todo receio, todo medo, toda a proteção que a gente tinha que ter, mas foi muito bom eu poder sair de casa naquele período, enquanto ninguém saía [...] não tinha uma viva alma na rua e eu saía todo dia para tentar fazer alguma diferença para enfim ajudar de alguma forma no hospital. (G2).

Em estudo realizado por Barreto *et al.* (2021) com o objetivo de estudar a relação entre a saúde mental e as redes sociais significativas dos profissionais da saúde atuantes nas linhas de frente da covid-19, de modo paradoxal, os resultados evidenciaram uma forte tensão entre vivenciar repercussões negativas e positivas. Dentre as repercussões negativas estavam o medo, os conflitos familiares e as mudanças na rotina. E entre as repercussões positivas estavam a admiração pelo familiar atuante na 'linha de frente', a maior proximidade entre os membros da família e o aumento da religiosidade/espiritualidade. Porém, as repercussões positivas não foram suficientes para promover o equilíbrio entre a percepção de repercussões negativas e positivas no cotidiano familiar.

Um marco importante na melhora da situação epidemiológica foi o fechamento da UTI, área de internação e Emergências covid-19 no final do ano de 2021. Nesse momento, a direção do hospital fez questão de ressaltar a importância das equipes envolvidas no trabalho. A direção destacou o compromisso e a agilidade das equipes administrativas, bem como a coragem e dedicação de todos os envolvidos nas áreas de apoios, assistenciais e terceirizados, temporários e efetivos, que estiveram na linha de frente desde o início. "Em todos os momentos os profissionais se empenharam em fazer valer o propósito de salvar vidas. Um dos pontos fortes da atuação das equipes foi a criação e execução do plano de contingência, dos protocolos, capacitações e mesmo a interdisciplinaridade, que permitiu um atendimento orientado e sistematizado." (UFSC, 2021).

Conforme relato de G4, sem a estrutura de base do hospital (infraestrutura, suprimentos, limpeza...), "não adianta ter o melhor médico lá no centro cirúrgico, ter o melhor cirurgião, a melhor enfermeira, porque se rompe um cabo ou se o gerador deixa de entrar, nada funciona. Todas as áreas são de extrema importância para o funcionamento da instituição."

De forma similar, G2 relata que:

Eu vejo que houve uma atuação bem efetiva de todas as gerências, até porque não se consegue manter o hospital funcionando se não tiver infraestrutura, insumos, enfim... o papel do médico e do enfermeiro na assistência é tão importante quanto o papel do administrativo no hospital, todas as áreas são muito importantes. Eu sempre dou o exemplo da higienização [...] a higienização é o nosso maior contrato, *né*, trabalhadores terceirizados, se eles não tiverem ali disponíveis, a gente não consegue trabalhar [...] todos os profissionais são importantes, eu vejo que acabou aproximando algumas áreas, as pessoas tiveram que deixar de lado algumas situações para atuar também, se reinventar [...], para fazer acontecer. (G2).

Para G4, em seu relato, fala que acredita que “saímos fortalecidos, no geral conseguimos dar conta do recado apesar de todas as dificuldades”. Da mesma forma, G1, corrobora com a ideia de sair fortalecido. Segue também o relato de S3:

Minha visão é que esse período foi um teste, *pra* todo mundo. Não conheço nenhum colega que tenha trabalhado aqui que não tenha, pelo menos um pouquinho, ficado traumatizado com a situação de carga de trabalho, de responsabilidade [...] ninguém estava preparado, todo mundo estava na mesma onda e aprendendo junto. (S3).

Dessa forma, complemento com relato de G2:

Toda essa reorganização do hospital mostrou que é possível fazer algo, se reinventar para que pudesse acontecer da forma mais rápida possível [...] qualquer tipo de doença que venha a acontecer é necessário ter planos de contingência minimamente formatados, não algo extenso, mas é importante ter registrado para atender aquilo da forma mais rápida possível. (G2).

Para G7, consta o relato de que “foi muita raça, muita garra e dedicação das pessoas [...] foi um grande desafio sim, mas acho que a gente deu conta além até do que poderia se esperar e isso contou muito com o empenho das equipes.”

Como discorrido acima, esse período não foi marcado apenas pelas perdas. Durante todo o processo de enfrentamento da pandemia, não houve morte de servidores por covid no HU-UFSC/EBSERH, um dado que merece destaque. Corroborando essa informação, também se tem a taxa de mortalidade de pacientes internados com covid-19 na UTI do HU-UFSC/EBSERH, que foi uma das menores do país. Em 2020, essa taxa foi de 27% e, em 2021, 20%. Para efeito de comparação, a taxa foi de 50% nas UTIs da rede pública. Esse desempenho foi possível graças às diversas frentes de trabalho, das diversas áreas do hospital.

6. SÍNTESE DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

A seguir, busquei sintetizar as reflexões e representações sociais expostas nos itens acima em formato de quadro, relacionando as representações sociais do início da pandemia, paralelamente ao momento de reorganização do hospital; RS no momento da primeira onda de casos, RS no pior momento da pandemia e RS após as segundas doses de vacinação, quando a situação passou a ser menos crítica. Parlamentarmente a esses momentos, abordei a RS de hospital como escola, com a representação social sobre o ensino e a pesquisa na instituição.

Quadro 5 - Situando as representações sociais em diferentes momentos da pandemia

INÍCIO DA PANDEMIA / REORGANIZAÇÃO DO HOSPITAL	PRIMEIRA ONDA DE CASOS	PIOR MOMENTO	SEGUNDA DOSE DE ESPERANÇA
<ul style="list-style-type: none"> - Perplexidade perante o que viria pela frente; - Sensação de medo e insegurança perante o desconhecido; - Preocupação com a capacidade de atendimento do hospital; - Ilusão de que o número de casos não interferiria de forma bruta na rotina hospitalar; - “Trocar pneu com o carro andando”: Planejamento e execução simultâneos; - Vivência na prática do aprendizado da graduação; - O propósito profissional / Juramento perante o exercício da profissão; - Coleguismo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Maior tempo para reorganização do hospital se comparado com outras regiões; - Certa frustração da equipe pois o hospital estava mobilizado à espera dos pacientes covid-19, que não chegavam; - Aumento no número de casos; - O desafio das novas contratações; - Alteração e revisão constante de fluxos e protocolos estabelecidos; - Retomada e fortalecimento das pesquisas realizadas no hospital. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento no número de casos justamente quando já havia vacinas disponíveis; - Desafio na retomada dos atendimentos; - Sensação de impotência e cansaço; - Momento de tomar decisões difíceis. 	<ul style="list-style-type: none"> - Importância do trabalho em equipe de todas as áreas; - Protagonismo da instituição no enfrentamento da pandemia; - Fortalecimento institucional; - A importância de se registrar o que foi vivenciado para situações de risco futuras.
HOSPITAL ESCOLA: “ENSINAR PARA TRANSFORMAR O CUIDAR”			
<ul style="list-style-type: none"> - Relação indissociável do ensino e assistência; - No primeiro momento, priorização das atividades assistenciais perante ensino e pesquisa; - Posteriormente, fortalecimento das pesquisas realizadas no hospital. 			

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Retomando o objetivo proposto, busquei identificar e interpretar as representações sociais dos gestores e servidores no que diz respeito ao enfrentamento da pandemia covid-19 em hospital público universitário. A partir dos achados, foi possível descrever o perfil dos servidores e gestores do HU-UFSC/EBSERH, que serviu como uma das bases para a interpretação dos dados a partir da espiral da contextualização, alternando entre o contexto imediato, as histórias, ideias, cultura e imaginário social. Conhecer os trabalhadores da instituição estudada possibilitou o entendimento da organização.

Com base nos dados interpretados à luz do referencial adotado, pode-se caracterizar a integração entre as representações sociais, a multiplicidade das histórias, contextos e circunstâncias apresentadas pelos atores entrevistados juntamente com as minhas interpretações, possibilitando a construção social da realidade sobre o enfrentamento da pandemia covid-19 no HU-UFSC/EBSERH. Há a explanação sobre a razão de existir do hospital, que é “ensinar para transformar o cuidar”, as representações sociais identificadas no início da pandemia, paralelas à reorganização do hospital; RS no momento da primeira onda de casos; RS no pior momento da pandemia e RS após as segundas doses de vacinação, quando a situação passou a ser menos crítica.

A Teoria das Representações Sociais constituiu a base teórico-epistemológica desta dissertação, que juntamente com o referencial teórico e os dados coletados possibilitaram amplas reflexões sobre a temática adotada. Utilizou-se também contribuições da abordagem da complexidade, especialmente na obra de Edgar Morin, assim como, de forma abrangente, no conceito sociedade de risco, de Ulrich Beck, para complementar as reflexões.

Para concluir, é preciso responder à pergunta central inicialmente proposta no trabalho: Como os gestores e servidores do HU-UFSC/EBSERH têm enfrentado a pandemia covid-19, considerando-se suas representações sociais (imagens/metáforas, preocupações, ideias recorrentes) sobre o fenômeno mundial desde seu início até o momento (meados de 2022)?

O hospital é uma organização complexa por natureza que teve seus processos, tomada de decisões, relacionamento entre as áreas potencializados durante esse período. Ao entrevistar as pessoas, muitos ao final do relato comentaram que, olhando para trás, se questionam “como a gente deu conta de tudo isso?” e que o sentimento é que “saímos fortalecidos”.

No início da pandemia, é esperado que haja perplexidade perante o que viria pela frente, assim como as sensações de medo, insegurança e preocupação com a capacidade instalada do hospital. Uma das representações emergidas sobre a “ilusão de que o número de casos não interferiria de forma bruta a rotina hospitalar” pode ser visualizada como uma própria forma do indivíduo explicar para si próprio o fenômeno e internalizá-lo para continuar com a rotina de trabalho e atendimentos, tão necessários no período de crise. Ressalto esse ponto pois, se partir do pressuposto de que os sentimentos devem ser todos racionalizados, assim como os medos e incertezas, ficaria inviável sair de casa naquele cenário.

Posteriormente, durante a primeira onda de casos, tem-se um paradoxo: ao mesmo tempo que o hospital teve mais tempo para reorganização se comparado com outras regiões, também houve certa frustração da equipe por estar mobilizada à espera dos pacientes covid-19, que não chegavam. Essa situação é permeada pelo contexto de que o hospital já possuía demanda reprimida de atendimentos, exames, cirurgias, dentre outros procedimentos. Com a pandemia, o período de espera para atendimento e tratamento de outras doenças aumentou.

Outra situação que aparece como paradoxal é que, justamente, o pior momento da pandemia (aumento no número de casos, capacidade instalada a mais de 100%, momento de fazer escolhas dramáticas) foi justamente quando já havia vacinas disponíveis e a política de vacinação já havia sido iniciada. Nesse momento, a expectativa era de que estaríamos mais próximos da melhoria do cenário da doença, mas ocorreu justamente o contrário.

A intenção inicial não foi trazer os aprendizados da pandemia, mas proporcionar reflexões sobre esse momento vivenciado. Ainda é um pouco cedo para falar em aprendizados, mas a partir dos relatos, pode-se refletir sobre: necessidade de plano de contingência previamente estabelecido (não precisa ser detalhado, mas um escopo inicial sobre situações de contingência), tanto na perspectiva organizacional do objeto estudado (HU-UFSC/EBSERH), quanto em escala mais ampla, englobando o estado, os demais entes federativos e a nação como um todo.

Conforme exposto no decorrer do trabalho, os efeitos da pandemia não podem ser tratados dentro de uma ou outra organização, por ser um problema complexo, deve ser tratado de forma ampla, ou seja, é clara a importância da adoção de medidas conjuntas e não apenas das organizações isoladas.

Durante esse período, foi evidente a importância do trabalho em rede, tanto com a Secretaria de Estado da Saúde (SES) na reorganização dos atendimentos nos hospitais e com os outros hospitais da rede EBSERH, que atuaram, por exemplo, com compras centralizadas, assim como na elaboração de notas técnicas e medidas administrativas a serem adotadas pelos hospitais da rede.

Evidencia-se a importância da adoção de políticas públicas centralizadas para que sirvam como base e não sobrecarreguem o sistema de saúde. Pandemias acompanham a história da humanidade e haverá outras e, assim, fica a pergunta: estamos preparados para enfrentá-las?

Esta pesquisa, entretanto, apresenta limitações a serem relatadas. Uma delas é a restrição da quantidade de entrevistas, com número limitado de servidores e gestores, possibilitando uma análise parcial da realidade objeto de estudo. Ademais, cabe salientar a ausência de entrevistas com pacientes atendidos para conhecimentos de suas opiniões a respeito do enfrentamento da pandemia no hospital, fato que aumentaria significativamente o escopo e o tempo de pesquisa.

Outro ponto sobre o qual cabe consideração é que a pesquisa foi realizada durante a pandemia de Covid-19, e, dessa forma, os resultados desta análise podem vir a ser superados por novos fatos considerando que a OMS, até a presente data, ainda não decretou o final da pandemia. Destaca-se, ainda, a dificuldade encontrada, por tratar-se de fato em ainda em curso, das medidas mudarem com volatilidade, como uso obrigatório da máscara e posterior flexibilização.

Como contribuição final, dentre as possíveis temáticas para futuras pesquisas sobre organizações hospitalares no enfrentamento da pandemia covid-19, sugiro alguns tópicos que emergiram ao longo desta dissertação e carecem de pesquisas: entrevista com outros atores da rede de atenção à saúde, como trabalhadores da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, assim como residentes, pacientes, acompanhantes, fornecedores e demais atores; investigação sobre o papel das trabalhadoras mulheres na linha de frente da covid-19 na organização objeto de estudo; ampliação do estudo para os demais hospitais da Rede EBSERH; ampliação do objeto de estudo a outros hospitais universitários, abordando a mesma temática.

8. REFERÊNCIAS

AGECOM/UFSC. Pesquisa desenvolvida no HU / UFSC avalia os impactos da Covid-19 no aparelho respiratório. p. 1–2, 2020.

AGECON/UFSC. HU anuncia mudança no atendimento a gestantes a partir de 5 de setembro. p. 8–9, 2022.

ALMEIDA, R. M. F. DE et al. Covid-19: A new phenomenon of social representations for the nursing team in intensive care. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. spe, p. 1–7, 2021.

APOSTOLIDIS, T. et al. Society against covid-19: Challenges for the Socio-genetic point of view of social Representations. **Papers on Social Representations**, 2021.

ARRUDA, A. **Despertando do pesadelo: a interpretação - Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. v. 2 ed. São Paulo: [s.n.].

ASSIS, L. D. E. **O planejamento estratégico de um hospital universitário federal e sua atuação regional nas políticas públicas de saúde** Curitiba Universidade Federal do Paraná - UFPR, , 2017.

BARRETO, M. DA S. et al. Pandemia da covid-19: repercussões no cotidiano da família de profissionais de saúde atuantes em unidades emergenciais. **Escola Anna Nery**, v. 25, p. 1–8, 2021.

BECK, U. **Sociedade de risco** São Paulo Sindicato Nacional dos Editores de Livros, RJ, Brasil, , 2011.

BRASIL. **Presidência da República - DECRETO Nº 7.082, DE 27 DE JANEIRO DE 2010**, 2010.

BRITO, M. J. et al. Os dilemas do processo de mudança em uma organização pública: Uma análise das representações sociais sobre a prática de P&D multi e interdisciplinar. **Organizações & Sociedade**, v. 9, p. 1–25, 2002.

BURRELL, G.; MORGAN, G. **Sociological paradigms and organizational analysis: Elements of the sociology of corporate life**. [s.l: s.n.]. v. 32

CFF. **Nota à sociedade sobre desabastecimento de medicamentos de uso hospitalar na pandemia**, 2021. Disponível em: <<https://www.cff.org.br/noticia.php?id=6257&titulo=Nota+à+sociedade+sobre+desabastecimento+de+medicamentos+de+uso+hospitalar+na+pandemia>>

COELHO, M. DE M. F. et al. Análise estrutural das representações sociais sobre covid-19 entre enfermeiros assistenciais. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 30, p. 1–13, 2021.

COFEN. **Levantamento revela déficit de 17 mil enfermeiros e técnicos de enfermagem**[Http://Www.Cofen.Gov.Br/Levantamento-Revela-Deficit-De-17-Mil-Enfermeiros-E-Tecnicos-De-Enfermagem-No-Pais_80221.Html](http://www.cofen.gov.br/levantamento-revela-deficit-de-17-mil-enfermeiros-e-tecnicos-de-enfermagem-no-pais_80221.html), 2020.

COLÌ, E.; NORCIA, M.; BRUZZONE, A. What do italians think about coronavirus? An exploratory study on Social Representations. **Papers on Social Representations**, v. 29, n. 2, p. 7.1-7.29, 2020.

CONASEMS. **Protagonismo feminino na saúde: mulheres são a maioria nos serviços e na gestão do SUS**, 2020. Disponível em: <<https://www.conasems.org.br/o-protagonismo-feminino-na-saude-mulheres-sao-a-maioria-nos-servicos-e-na-gestao-do-sus/>>

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

DA FONSECA LIMA, E. J.; ALMEIDA, A. M.; KFOURI, R. DE Á. Vaccines for covid-19 - state of the art. **Revista brasileira de saude materno infantil**, v. 21, p. S21–S27, 2021.

DE ROSA, A. S.; MANNARINI, T. Covid-19 as an “invisible other” and socio-spatial distancing within a one-metre individual bubble. **Urban Design International**, 2021.

DE SOUZA, L. E. P. F.; BUSS, P. M. Global challenges for equitable access to COVID-19 vaccination. **Cadernos de Saude Publica**, v. 37, n. 9, 2021.

DEMO, P. **Metodologias alternativas - Algumas pistas introdutórias**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1995.

DUARTE, J.; BARROS, A. Entrevista em profundidade. **Métodos e Técnicas de**

Pesquisa em Comunicação, p. 62–75, 2005.

EBC. Covid-19 : Brasil chega a 80 % da população acima de 18 anos com 1ª dose. p. 19–23, 2021.

EBSERH. Plano Diretor Estratégico 2021-2023 HU-UFSC. v. 1, p. 115, 2020.

EBSERH. **Relatório gerencial do HUF 2019 à julho de 2022**. [s.l: s.n.]. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sul/hu-ufsc/aceso-a-informacao/relatorios-de-gestao/relatorio-gestao-2019-jul2022>.

EBSERH, E. B. DE S. H. Sobre os Hospitais Universitários Federais. **25/05/2021**, p. 1–3, 2021.

EIGUREN, A. et al. Exploring the social and emotional representations used by the elderly to deal with the covid-19 pandemic. **Frontiers in Psychology**, v. 11, n. January, 2021.

FARR, R. M.; MOSCOVICI, S. Social representations. **Cambridge University Press**, p. 2014, 1984.

FARR, R. M. FARR Representações sociais (EUA e Europa).pdf. In: GUARESCHI, H. P. A.; JOVCHELOVITCH, S. (Eds.). . **Textos em Representações Sociais**. 8. ed. Petrópolis, RJ: [s.n.].

FASANELLI, R.; PISCITELLI, A.; GALLI, I. Social Representations of covid-19 in the framework of risk psychology. **Papers on Social Representations**, v. 29, n. 2, p. 8.1-8.36, 2020.

FERNANDES, V. B. P.; GARCIA, L. S. Um estudo sobre os reflexos da pandemia no pacto federativo brasileiro. **Revista de Direito e Atualidades UERJ**, v. 1, 2021.

FIOCRUZ. **O que é uma pandemia**. Disponível em: <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/noticias/1763-o-que-e-uma-pandemia#:~:text=Segundo a Organização%2C pandemia é,sustentada de pessoa para pessoa.>. Acesso em: 1 ago. 2022.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FORGIA, G. M. LA; COUTTOLENC, B. F. **Desempenho hospitalar no Brasil - Em busca de excelência**. São Paulo: Editora Singular, 2009.

GODOI, C. K.; MELLO, R. B. DE;; SILVA, A. B. **Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais**. 1. ed. São Paulo: [s.n.].

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**, v. 35, n. 2, p. 57–63, 1995.

GODOY, A. S. **Estudo de caso qualitativo -Pesquisa Qualitativa em Estudos Organizacionais**. Saraiva ed. [s.l: s.n.].

GRISOTTI, M. Pandemia de covid-19: Agenda de pesquisas em contextos de incertezas e contribuições das ciências sociais. **Physis**, v. 30, n. 2, p. 1–7, 2020.

GRISOTTI, M. et al. A morte contaminada: a experiência da morte por Covid-19 na perspectiva de profissionais da saúde. **Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde**, p. 309–319, 2022.

GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. Representações sociais: a teoria e sua história. **Textos em representações sociais.**, v. 8^a, p. 31–59, 1995.

GUARESCHI, P. A. Psicologia Social e Representações Sociais: Avanços e novas articulações. In: **Psicologia do cotidiano: representações sociais em ação**. Petrópolis, RJ: [s.n.].

HU-UFSC/EBSERH. **HU-UFSC/Ebserh flexibiliza o uso de máscara a partir do dia 27/10**. Disponível em: <<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sul/hu-ufsc/comunicacao/noticias/hu-ufsc-ebserh-flexibiliza-o-uso-de-mascara-a-partir-do-dia-27-10>>. Acesso em: 15 nov. 2022.

IDOIAGA MONDRAGON, N. et al. Coping with COVID-19: social representations underlying blaming processes and fear. **Psychology and Health**, v. 0, n. 0, p. 1–19, 2021.

JASPAL, R.; NERLICH, B. Social representations, identity threat, and coping amid

covid-19. **Psychological trauma: Theory, research, practice, and policy**, v. 12, p. S249–S251, 2020.

JODELET, D. Folies et représentations sociales. **Folies et représentations sociales**, n. 1989, 2008.

JOIA, L. A.; MICHELOTTO, F. Universalists or utilitarianists? The social representation of covid-19 pandemic in Brazil. **Sustainability (Switzerland)**, v. 12, n. 24, p. 1–18, 2020.

KUHN, T. S. **A estrutura das revoluções científicas**. 13. ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 1962.

KUHN, T. S. **O caminho desde A estrutura**. 1. ed. São Paulo: [s.n.].

MACHADO, S. P.; KUCHENBECKER, R. Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários no Brasil. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 871–877, 2007.

MAGIOGLOU, T.; COEN, S. The construction of a hegemonic Social Representation: Climate crisis and the role of covid-19 in defining survival. **European Psychologist**, v. 26, n. 3, p. 230–240, 2021.

MARIOTTI, H. **Pensamento complexo: suas aplicações à liderança, à aprendizagem e ao desenvolvimento sustentável**. 2ª edição ed. São Paulo: [s.n.].
v. 2ª edição

MARIZ, L. A. et al. O reinado dos estudos de caso na Teoria das Organizações: imprecisões e alternativas. **Cadernos EBAPE.BR**, v. 3, n. 2, p. 01–14, 2005.

MARTINS-SILVA, P. D. O. J. et al. Teoria das representações sociais nos estudos. p. 891–919, 2016.

MCGRATH, P. **Countering covid-19 vaccine hesitancy report of an IAP webinar with recommendations for action**. [s.l: s.n.].

MEDICI, A. C. Hospitais Universitários: passado, presente e futuro. **Rev Ass Med Brasil**, v. 47, n. 2, p. 149–56, 2001.

MEYER JR, V.; PASCUCCI, L.; MURPHY, J. P. Implementing Strategies in Complex Systems. **BAR Brazilian Administration Review**, v. 9, n. special issue, p. 19–37, 2012.

MOHAMMED, S. et al. The “nurse as hero” discourse in the COVID-19 pandemic: A poststructural discourse analysis. **International Journal of Nursing Studies**, v. 117, p. 103887, 2021.

MORGAN, G. **Imagens da organização**. 2ª Edição ed. [s.l.] Editora Atlas S.A., 2006.

MORIN, E. **É hora de mudarmos de via as lições do coronavírus**. 1. ed. Rio de Janeiro: [s.n.].

MOSCOVICI, S. Representações sociais: investigações em psicologia social. **Representações sociais: investigações em psicologia social**, p. 167–214, 2007.

MOSCOVICI, S. **Representações Sociais: Investigações Em Psicologia Social**. 11. ed. [s.l.] Editora Vozes, 2015.

NECAT. **Dados Tabulados - NECAT COVID**.

NEGURA, L.; MASSE, Y.; PLANTE, N. The construction of the Covid-19 pandemic as a social problem: expert discourse and representational naturalization in the mass media during the first wave of the pandemic in Canada. p. 1–37, 2021.

NETO, A. R. S. et al. Os efeitos da Pandemia de Covid-19 na Gestão da Cadeia de Suprimentos Hospitalar de uma Operadora de Plano de Saúde. **XLVI Encontro da ANPAD - EnANPAD 2022**, v. 2177–2576, 2022.

NETO, G. V.; FILHO, W. R. Gestão de Recursos Materiais e de Medicamentos. **Saúde e Cidadania**, v. 1, p. 1–110, 1998.

OLIVEIRA, M. S. B. S. DE. Representações sociais e sociedades: a contribuição de Serge Moscovici. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 19, n. 55, p. 180–186, 2004.

OMS. **Coronavirus disease - COVID**. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1>. Acesso em: 1 ago. 2022.

PÁEZ, D.; PÉREZ, J. A. Social representations of COVID-19 (Representaciones sociales del COVID-19). **Revista de Psicología Social**, v. 35, n. 3, p. 600–610, 2020.

PIZARRO, J. J. et al. Tell me what you are like and I will tell you what you believe in: Social representations of COVID-19 in the Americas, Europe and Asia. **Papers on Social Representations**, v. 29, n. 2, p. 2.1-2.38, 2020.

POUPART, J. **A pesquisa qualitativa - Enfoques epistemológicos e metodológicos** Petrópolis, RJ Editora Vozes, , 2008.

RATEAU, P.; TAVANI, J. L.; DELOUVÉE, S. Social representations of the coronavirus and causal perception of its origin: The role of reasons for fear. **Health (United Kingdom)**, 2021.

RIBAS, M. C. et al. Representações sociais de residentes multiprofissionais acerca da idealização da vivência na rede de atenção à saúde. **Brazilian Journal of Development**, v. 5, n. 8, p. 13206–13222, 2019.

RIBEIRO, K. D. et al. O caos sanitário da crise por covid-19 no Brasil e o direito à saúde na jurisprudência do Supremo Tribunal Federal. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 10, n. Suplemento, p. 116–133, 2021.

RIBEIRO, L. P.; ANTUNES-ROCHA, M. I. História, Abordagens, Métodos E Perspectivas Da Teoria Das Representações Sociais. **Psicologia & Sociedade**, v. 28, n. 2, p. 407–409, 2016.

RIGÃO, G. S. et al. Profissionais de saúde e COVID-19: saúde mental e redes sociais significativas. **Psicologia em Pesquisa**, v. 3, n. 1, p. 101–114, 2022.

ROSA, A. S. DE; MANNARINI, T. The “Invisible Other”: Social Representations of COVID-19 Pandemic in Media and Institutional Discourse. **Papers on Social Representations**, v. 29, n. 2, p. 5.1-5.35, 2020.

ROSILHO, A. J. **Qual é o modelo legal das licitações no Brasil? As reformas legislativas federais no sistema de contratações públicas**. São Paulo: [s.n.].

SANTOS, J. L. G. DOS et al. Como os hospitais universitários estão enfrentando a pandemia de COVID-19 no Brasil? **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 33, p. 1–8,

2020.

SANTOS, J. P. DE L. S. **Pandemia da covid-19 no Brasil, Sociedade de Risco e a Condução do Governo Federal** Universidade Federal da Paraíba. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/actavet/31-1/artigo552.pdf>>.

SANTOS, M. A.; HORMANEZ, M. Atitude frente à morte em profissionais e estudantes de enfermagem : revisão da produção científica da última década The attitude among nursing professionals and students when facing death : a review of the scientific literature of the last decade. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 18, p. 2757–2768, 2013.

SOUZA, L. G. S. et al. Social representations and ideology: Theories of common sense about covid-19 among middle-class brazilians and their ideological implications. **Journal of Social and Political Psychology**, v. 9, n. 1, p. 105–122, 2021.

UFSC. **Com redução de casos graves , HU anuncia fechamento da UTI Covid**, 2021. Disponível em: <<https://noticias.ufsc.br/2021/12/com-reducao-de-casos-graves-hu-anuncia-fechamento-da-uti-covid/>>

UNFPA. COVID-19: Um Olhar para Gênero. **Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde**, 2020.

VERGARA, S. C. **Métodos de pesquisa em Administração**. São Paulo: [s.n.].

WASSLER, P.; TALARICO, C. Sociocultural impacts of COVID-19: A social representations perspective. **Tourism Management Perspectives**, v. 38, n. April, p. 100813, 2021.

YANNOULAS, S. Feminização ou feminilização? apontamentos em torno de uma categoria. p. 271–292, 2011.

ZANINI, D. S. et al. Practicing Social Isolation During a Pandemic in Brazil: A Description of Psychosocial Characteristics and Traits of Personality During COVID-19 Lockout. **Frontiers in Sociology**, v. 6, n. May, p. 1–10, 2021.

APÊNDICE A - ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

IDENTIFICAÇÃO

Nome:
Gênero:
Idade:
Formação:
Nível formação:
Cargo ocupado no HU-UFSC:
Tempo de formação:
Tempo de HU-UFSC:

CARACTERIZAÇÃO

1. Você poderia falar um pouco sobre sua história pessoal, carreira profissional e sobre o cargo atual?
2. Você poderia falar sobre seu envolvimento com a área da saúde, quando optou pela profissão e o que te motivou a escolher essa área?
3. Como seus familiares, amigos, e pessoas próximas veem seu trabalho?

HU-UFSC NA SOCIEDADE

4. Como você vê o seu trabalho perante a sociedade?
5. Para você, qual a responsabilidade do HU-UFSC, em geral, na sociedade?
6. Na sua opinião, qual a relação entre a prática assistencial e o ensino? Qual é a relação do HU-UFSC na formação de novos profissionais?
7. Qual a sua visão do papel do HU-UFSC no enfrentamento da pandemia?
8. Como você se sente sendo um trabalhador da área da saúde durante o enfrentamento da pandemia COVID-19?

ORGANIZAÇÃO DO HU-UFSC NA PANDEMIA

9. Poderia falar da sua rotina no início da pandemia? Quais foram as principais mudanças? (Rotina de trabalho e rotina pessoal).
10. Como você se sentiu quando iniciou a pandemia? Com as informações repercutindo na mídia, número de casos aumentando?

11. Poderia falar um pouco sobre como se deu a organização do hospital no início da pandemia covid-19?
12. Para você, quais foram os resultados do enfrentamento da pandemia no HU-UFSC?
13. O que você acha da implementação do trabalho remoto no hospital durante esse período?
14. No início da pandemia, quais foram as providências necessárias na área de VIGILÂNCIA EM SAÚDE para prestar atendimento aos casos de COVID-19?
 - 14.1. Formação do COE – Comitê de Operações de emergência
 - 14.2. Suspensão de atividades eletivas
 - 14.3. Notificação e monitoramento dos casos
15. No início da pandemia, quais foram as providências necessárias na área de ENSINO para prestar atendimento aos casos de COVID-19?
 - 15.1. Residentes
 - 15.2. Estudantes dos cursos da área da saúde
 - 15.3. Suspensão das aulas presenciais
 - 15.4. Pesquisas em desenvolvimento no hospital
 - 15.5. Existe outra Gerencia de Ensino e Pesquisa em outro hospital universitário de Santa Catarina?
16. No início da pandemia, quais foram as providências necessárias na área de LOGÍSTICA para prestar atendimento aos casos de COVID-19?
 - 16.1. Infraestrutura física
 - 16.2. Materiais
 - 16.3. Equipamentos médico-hospitalares
 - 16.4. Resíduos
 - 16.5. Uso do enxoval
 - 16.6. Preparo e distribuição refeições
 - 16.7. Adequação de fluxos
17. No início da pandemia, quais foram as providências necessárias na área de RECURSOS HUMANOS para prestar atendimento aos casos de COVID-19?
 - 17.1. Escalas
 - 17.2. Recursos humanos
 - 17.3. Capacitações
 - 17.4. Trabalho remoto
 - 17.5. Afastamentos

18.No início da pandemia, quais foram as providências necessárias na área ADMINISTRATIVA para prestar atendimento aos casos de COVID-19?

- 18.1. Disponibilidade de recurso de custeio e capital
- 18.2. Compra de insumos
- 18.3. Contratação de serviços
- 18.4. Prestação de serviços terceirizados

19.No início da pandemia, quais foram as providências necessárias na área ASSISTENCIAL para prestar atendimento aos casos de COVID-19?

- 19.1. Triagem e classificação de risco
- 19.2. Informação em saúde
- 19.3. Orientação uso EPI
- 19.4. Abertura de leitos provisórios
- 19.5. Suspensão

TRABALHO EM REDE

20.Além do HU-UFSC/EBSERH, quais atores/iniciativas você considera que possam ser responsáveis conjuntamente pela organização do hospital para enfrentamento da pandemia?

21.Você acredita que o hospital trabalhou em rede durante esse período (com Secretaria de Saúde do Estado, Rede EBSEH, outros hospitais universitários)?

22.Na sua percepção, como se deu a comunicação e a orientação com a EBSEH Sede durante esse período?

23.Que críticas você destacaria sobre a EBSEH durante o enfrentamento da pandemia?

24.. O que você destacaria de melhor na Rede EBSEH durante esse período?

25.Na sua percepção, como se deu a comunicação e a orientação com a Secretaria de Saúde do Estado durante esse período?

26.Você acredita que esse cenário é provisório ou as mudanças irão perdurar? Que medidas tomadas você acredita que irão perdurar?

27.Qual sua percepção sobre o trabalho multi e interdisciplinar entre as equipes assistenciais?

28. Qual sua percepção sobre o trabalho multi e interdisciplinar entre as equipes assistenciais e administrativas?

TRABALHO EM EQUIPE

29. Como se dá a sua relação com os outros membros da equipe que você trabalha no hospital (mesmo setor/unidade)?

30. Como se dá sua relação com os colegas das equipes de outras áreas do hospital?

31. Costuma ter contato com outros colegas além dos mesma unidade organizacional?

QUESTÕES GERAIS

32. A partir do seu ponto de vista, a pesquisa abordou o tema de forma abrangente?

33. Qual futuro você visualiza para o HU-UFSC considerando que estamos nos encaminhando para o final da pandemia?

34. Existem pontos que você acredita que deveriam ter sido investigados e não foram questionados na pesquisa? Existe algum relato adicional que você gostaria de acrescentar sobre o tema?

APÊNDICE B – CARTA DE ANUÊNCIA



Carta - SEI nº 40/2022/UGPESQ/SGPITS/GEP/HU-UFSC-EBSEH

Florianópolis, data da assinatura eletrônica.

CARTA DE ANUÊNCIA

Informo para os devidos fins e efeitos legais, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, estar ciente do projeto de pesquisa: "HU-UFSC/EBSEH - REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E GESTÃO NO CONTEXTO DA PANDEMIA COVID-19", sob a responsabilidade dos Pesquisadores SERGIO LUIS BOEIRA e ALINE MORTARI MACHADO.

Declaro ainda conhecer e cumprir as orientações e determinações fixadas na Resolução CNS 510/16 e suas complementares.

No caso do não cumprimento, por parte do pesquisador, das determinações éticas e legais, a Gerência de Ensino e Pesquisa tem a liberdade de retirar a anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Considerando que esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos mediante a plena aprovação do CEP competente.

(assinado eletronicamente)

Maria Luiza Bazzo

Gerente de Ensino e Pesquisa

Portaria-SEI nº 116, de 15 de julho de 2021



Documento assinado eletronicamente por Maria Luiza Bazzo, Gerente, em 18/04/2022, às 17:55, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador 20942855 e o código CRC 82EAC1EE.

Referência: Processo nº 23820.004619/2022-59 SEI nº 20942855