

SÉRIE ENFERMAGEM E PANDEMIAS



VOLUME VIII

# GESTÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DE **COVID-19** EM HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS BRASILEIROS



**JOSÉ LUÍS GUEDES DOS SANTOS  
ALACOQUE LORENZINI ERDMANN**

Organização



ASSOCIAÇÃO  
BRASILEIRA DE  
ENFERMAGEM



## COMO CITAR

In: Santos JLG, Erdmann AL. (Orgs.). Gestão do cuidado de enfermagem no enfrentamento da pandemia de COVID-19 em hospitais universitários brasileiros. Brasília, DF: Editora ABEn; 2022. 95 pg. <https://doi.org/10.51234/aben.22.e15>

**ASSOCIAÇÃO  
BRASILEIRA  
DE ENFERMAGEM**

Diretoria Nacional e Conselho Fiscal  
Gestão 2020/2022

**Sonia Acioli de Oliveira**

Presidente

**Marcia Regina Cubas**

Vice Presidente

**Lenilma Bento de Araújo Menezes**

Secretária Geral

**Sonia Maria Alves**

Diretora do Centro Financeiro

**Idenise Vieira Cavalcante Carvalho**

Diretora do Centro de Desenvolvimento da Prática Profissional e do Trabalho de Enfermagem

**Dulce Aparecida Barbosa**

Diretora do Centro de Publicações e Comunicação Social

**Esron Soares Carvalho Rocha**

Diretor do Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem

**Edlamar Kátia Adamy**

Diretora do Centro de Educação

## CONSELHO FISCAL – TITULARES

**Maria Goreti de Lima**

**Aline Macedo de Queiroz**

**Keli Marini Dos Santos Magno**

## CONSELHO FISCAL – SUPLENTES

**Claudia Capellari**

**Quesia Nayrane Ferreira**

**Maria do Amparo Oliveira**

## PRODUÇÃO EDITORIAL

**Paulo Roberto Pinto** | Projeto gráfico e diagramação  
**Magdalena Avena** | Assistente editorial

G393 Gestão do cuidado de enfermagem no enfrentamento da pandemia de COVID-19 em hospitais universitários brasileiros / Organização: José Luís Guedes dos Santos; Alacoque Lorenzini Erdmann  
il. , color. -- (Série enfermagem e pandemias, 8)  
-- Brasília, DF : Editora ABEn, 2022.

95 p.  
ISBN 978-65-89112-11-2  
e-Book (PDF)  
Textos de Autores Diversos.

1. Enfermagem. 2. Pandemia. 3. COVID-19. I. Associação Brasileira de Enfermagem. II. José Luís Guedes dos Santos.(Org.); III. Alacoque Lorenzini Erdmann. (Org.).

CDU 614.4  
CDD 614

Ficha catalográfica elaborada por Magdalena Avena CRB SP-009663/O

2022.v1





## APRESENTAÇÃO

Este e-book foi elaborado a partir do desenvolvimento do projeto de pesquisa multicêntrica intitulado “AVALIAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM A PACIENTES COM COVID-19 EM HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS BRASILEIROS”, aprovado na Chamada MCTIC/CNPq/FNDCT/MS/SCTIE/Decit No 07/2020 - Pesquisas para enfrentamento da COVID-19, suas consequências e outras síndromes respiratórias agudas graves (Processo no: 402392/2020-5), e no edital de chamada pública no 005/2020 - adesão da FAPESC à chamada pública MCTIC/CNPq/FNDCT/MS/SCTIE/Decit No 07/2020. A pesquisa foi desenvolvida entre 2020 e 2022, sob coordenação do Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Políticas e Gestão do Cuidado e da Educação em Enfermagem e Saúde - GEPADES do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Santa Catarina.

O objetivo geral do estudo foi avaliar o cuidado de enfermagem a pacientes com COVID-19 em hospitais universitários brasileiros, sob a perspectiva dos profissionais e pacientes. Para isso, a metodologia foi desenvolvida em três etapas, com distintas estratégias de pesquisa quantitativas e qualitativas, considerando os focos avaliados: (1) Gestão hospitalar, com análise dos planos de contingência para enfrentamento da COVID-19 e entrevistas com gestores hospitalares; (2) Liderança, gestão do cuidado e ambiente de prática profissional, com foco na equipe de enfermagem a partir da aplicação de instrumentos para caracterização pessoal e condições laborais, Avaliação do Produto do Cuidar em Enfermagem (APROCF) e Practice Environment Scale (PES), além de entrevistas qualitativas; (3) Continuidade do cuidado e experiência do paciente, em que foram aplicados instrumentos aos pacientes recuperados da COVID-19 após a alta hospitalar: Patient Measure of Safety (PMOS) e Care Transitions Measure - CTM-15, entrevistas qualitativas por meio da Técnica de Incidente Crítico (TIC) aos pacientes e com enfermeiros com foco nas estratégias adotadas para a continuidade do cuidado.

O projeto configurou-se como uma pesquisa multicêntrica nacional, com participação de 10 instituições de ensino federais, sendo duas de cada região do Brasil: (1) Sul: Universidade Federal de Santa Catarina (proponente) e Universidade Federal de Santa Maria; (2) Sudeste: Universidade Federal de São Paulo e Universidade Federal do Rio de Janeiro; (3) Nordeste: Universidade Federal do Rio Grande do Norte e Universidade Federal da Bahia; (4) Norte: Universidade Federal do Pará e Universidade Federal do Amazonas; e, (5) Centro-oeste: Universidade Federal do Mato Grosso e Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Todos os trâmites éticos e institucionais para a realização do estudo foram seguidos.

No Brasil, os hospitais universitários destacaram-se como centros de referência de média e alta complexidade para o Sistema Único de Saúde (SUS) no atendimento a pacientes com COVID-19. Nesses cenários, sobressaiu-se a atuação da enfermagem, pois é a categoria responsável pela maioria dos cuidados recebidos pelos pacientes durante a hospitalização, podendo influenciar diretamente na qualidade assistencial, segurança do paciente/profissional e busca pela excelência dos resultados institucionais.

Dessa forma, o objetivo deste ebook foi apresentar experiências desenvolvidas por enfermeiros e gestores dos hospitais universitários em que a pesquisa foi desenvolvida na gestão do cuidado de enfermagem no enfrentamento da pandemia de COVID-19. Com essa iniciativa, pretende-se contribuir com a translação do conhecimento, facilitando o acesso ao conhecimento das práticas desenvolvidas por enfermeiros nos hospitais universitários. Além disso, faz-se o registro histórico da importante atuação da enfermagem no enfrentamento da pandemia de COVID-19.

Convidamos a todos para conhecerem as importantes ações de enfermeiros na gestão do cuidado de enfermagem no enfrentamento da pandemia de COVID-19 em hospitais universitários. De forma complementar,





gostaríamos de divulgar ainda que algumas das experiências relatadas nesta obra também foram relatadas sob a forma de webinários disponíveis no canal do YouTube® do GEPADES: <https://www.youtube.com/c/GepadesUFSC>

Por fim, agradecemos ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq e Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina - FAPESC pelo financiamento da pesquisa e à Associação Brasileira de Enfermagem - ABEn pela oportunidade de publicação deste e-book.

**Dr. José Luís Guedes dos Santos**

**Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann**





## PREFÁCIO

Os enfermeiros e as enfermeiras foram apontados pela Organização Mundial de Saúde como imprescindíveis para os sistemas de saúde no mundo por sua atuação com resultados palpáveis em todos os contextos. Apesar disso, ainda vivenciam ao redor do mundo, déficit de pessoal, falta de reconhecimento e más condições de trabalho que não condizem com esta afirmação.

Nesse sentido, com as campanhas *Nursing Now* e *Nightingale Challenger*, o Conselho Internacional de Enfermagem com o apoio de múltiplas organizações ao redor do mundo, os governos foram instados a direcionar esforços para a formação de enfermeiros e enfermeiras líderes que sejam capazes de assumir seu papel cada vez mais complexo e desafiador na saúde mundial.

A pandemia de Covid-19, com início em 2019, ampliou o elenco de desafios para a Enfermagem em todo o mundo. No Brasil, não foi diferente. Muitas mortes, muitas denúncias, mas acima de tudo, o reconhecimento da atuação destes profissionais na pandemia. Os enfermeiros e enfermeiras responderam a esses desafios desenvolvendo novas modalidades de trabalho buscando novas técnicas e tecnologias para o enfrentamento da crise, adaptando-se ao novo contexto de atuação.

Os Hospitais Universitários no país se destacam no cenário nacional do Sistema Único de Saúde pela sua contribuição no atendimento à população, e principalmente pela formação e treinamento de profissionais e desenvolvimento de pesquisas. Portanto, são cenários de trabalho para a Enfermagem que possibilitam através da inovação, o desenvolvimento de novas tecnologias para o cuidado em saúde.

Sob a liderança e visibilidade dos Professores Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann e Dr. José Luís Guedes dos Santos da Universidade Federal de Santa Catarina e atendendo a edital do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Cnpq), reuniram-se pesquisadores de diferentes regiões do país para organizar propostas que trouxessem contribuições para a grave crise da pandemia de Covid-19 a partir do olhar dos hospitais universitários. Assim, no projeto **“Avaliação do cuidado de enfermagem a pacientes com COVID-19 em hospitais universitários brasileiros”**, muitas contribuições foram propostas e testadas para o Sistema Único de Saúde, respondendo com maestria os chamamentos para a Enfermagem Brasileira.

Este livro, “Gestão do cuidado de enfermagem no enfrentamento da pandemia de COVID-19 em hospitais universitários brasileiros”, é um dos produtos resultantes deste projeto, foi organizado para compartilhar importantes resultados nos hospitais universitários objetos do estudo. Organizado em dez capítulos, e retratando experiências em cada um dos dez hospitais, oferece riqueza de conhecimentos desenvolvidos e acumulados pela Enfermagem ao longo da pandemia de Covid-19. Traz os relatos importantes de gestores e equipes de enfermagem de diferentes cenários do país, sendo dois estados de cada região.

O **capítulo 1** traz o alinhamento de estratégias e ações desenvolvidas pela Enfermagem no **Hospital Universitário Clementino Fraga Filho na Universidade Federal do Rio de Janeiro** que levou à ampliação e disponibilização de leitos específicos para atendimento Covid-19, passando a ser considerada unidade de referência na rede do SUS.

O gerenciamento de Enfermagem no **Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul** foi apresentado no **capítulo 2**, através de projetos desenvolvidos, destacando algumas das várias experiências exitosas vivenciadas.

O **capítulo 3** traz os desafios e as estratégias frente a demanda de ampliar sua capacidade instalada para o atendimento de pacientes com COVID-19 no **Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Maria**, no Rio Grande do Sul, com destaque para os recursos humanos.





As estratégias e ações realizadas pela Enfermagem do **Hospital Universitário Onofre Lopes da Universidade Federal do Rio Grande do Norte**, foram destacadas no **capítulo 4**, para assegurar o atendimento seguro e de qualidade e o apoio aos profissionais.

O **capítulo 5** traz o relato do uso da simulação em saúde no desenvolvimento de competências profissionais para atuar no cuidado a pacientes durante a pandemia pela Enfermagem do **Hospital Universitário Júlio Muller da Universidade Federal de Mato Grosso**.

As ações realizadas no **Hospital São Paulo da Universidade Federal de São Paulo** durante a pandemia destacaram o protagonismo da Enfermagem, principalmente na organização do ambiente e estruturação das equipes são apresentadas no **capítulo 6**.

Foram destacadas a elaboração de fluxos de trabalho, baseados nas recomendações da ANVISA para atendimento aos casos suspeitos e confirmados da COVID-19, nas unidades assistenciais do **Hospital Universitário João de Barros Barreto da Universidade Federal do Pará** no **capítulo 7**.

O **capítulo 8** descreve a experiência dos profissionais de enfermagem que atuaram na linha de frente aos pacientes com Covid-19 no **Hospital Universitário Getúlio Vargas da Universidade Federal do Amazonas**.

A análise das ações estratégicas em Saúde para o enfrentamento da COVID-19 no **Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos da Universidade Federal da Bahia** é apresentada no **capítulo 9**.

E no **capítulo 10** são apresentadas as estratégias de Teleatendimento e Teleconsulta utilizadas pela Enfermagem na continuidade do cuidado às puérperas em amamentação e aos pacientes portadores de Diabetes Mellitus, durante a pandemia pelo SARS-CoV2, no **Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina**.

Assim, as ações desenvolvidas e relatadas pelas equipes de Enfermagem nos Hospitais Universitários do país neste livro, oferecem um acervo importante do registro de novas tecnologias, através da inovação constante. Isso oferece maior visibilidade à Enfermagem Brasileira durante a pandemia de Covid-19 como importante protagonista das ações do gerenciamento do cuidado para os pacientes de Covid-19 no âmbito do Sistema Único de Saúde do Brasil.

O compartilhamento destas experiências importantes é um dos objetivos do projeto desenvolvido por toda esta equipe que, reunindo expertise de pesquisadores de diferentes locais, contribuíram com respostas para a pandemia de Covid-19. Por isso, este livro está sendo compartilhado com você para que o divulgue com sua equipe e em seu serviço, utilizando as experiências apresentadas e as ampliando para novos estudos.

Divulgue estas inovações e amplie, cada vez mais, a visibilidade da Enfermagem Brasileira como componente estratégico no gerenciamento da saúde e do cuidado em nosso país e em todo o mundo.

**Profa. Dra. Isabel Cristina Kowal Olm Cunha**  
**Professora Associada Livre Docente Aposentada**  
Escola Paulista de Enfermagem-UNIFESP

São Paulo, outubro de 2022.





## SUMÁRIO

### 7 CAPÍTULO I

**ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO NO ENFRENTAMENTO À PANDEMIA POR COVID-19**

### 20 CAPÍTULO II

**GERENCIAMENTO EM ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SULTATO-GROSSENSE DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19**

### 28 CAPÍTULO III

**DESAFIOS E ESTRATÉGIAS NO ATENDIMENTO DE PACIENTES COM COVID-19 NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA**

### 39 CAPÍTULO IV

**ATENDIMENTO DE PACIENTES COM COVID-19 NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES: CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM**

### 46 CAPÍTULO V

**SIMULAÇÃO NA CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM PARA O ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DE COVID-19**

### 54 CAPÍTULO VI

**AÇÕES REALIZADAS NO HOSPITAL SÃO PAULO/HU-UNIFESP PARA O ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA POR COVID-19**

### 60 CAPÍTULO VII

**FLUXOS DE TRABALHO PARA ATENDIMENTO DE PACIENTES COM COVID-19 EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

### 69 CAPÍTULO VIII

**ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NO ENFRENTAMENTO DA COVID-19 EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NO AMAZONAS**

### 76 CAPÍTULO IX

**GOVERNANÇA CORPORATIVA NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGARD SANTOS NO ENFRENTAMENTO DA COVID-19**

### 88 CAPÍTULO X

**GESTÃO E INOVAÇÃO EM TEMPOS DE PANDEMIA: TELEATENDIMENTO E TELECONSULTA COMO PRÁTICAS NA ATENÇÃO À SAÚDE**



<https://doi.org/10.51234/aben.22.e15.c01>

# ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO NO ENFRENTAMENTO À PANDEMIA POR COVID-19

**Tony de Oliveira Figueiredo<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-2259-1510

**Keroulay Estebanez Roque<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-4731-7825

**Cristiane Fernandes Cunha Bhering<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0001-5573-3517

**Ingrid Régia Lopes Jerônimo<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-6648-7646

**Michele Cristine de M. Oliveira<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-4817-7334

**Paulette da Silva Papes<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-2223-062X

**Maria Aparecida Pereira dos Santos Santana<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-7957-8723

**Cássia da Conceição de Melo Duarte<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0001-7880-0890

<sup>1</sup>Hospital Universitário Clementino Fraga Filho,  
Universidade Federal do Rio de Janeiro,  
Rio de Janeiro, RJ, Brasil

**Autor Correspondente:**

Tony de Oliveira Figueiredo  
tonyfgd@hucff.ufrj.br



**Como citar:**

Figueiredo TO, Roque QE, Bhering CFC, et al. Atuação da Enfermagem do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho no enfrentamento a pandemia por Covid-19. In: Santos JLG, Erdmann AL. (Orgs.). Gestão do cuidado de enfermagem no enfrentando da pandemia de COVID-19 em hospitais universitários brasileiros. Brasília, DF: Editora ABEn; 2022. 7-19 pg. <https://doi.org/10.51234/aben.22.e15.c01>

Revisora: Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni  
Universidade Federal de Santa Catarina.  
Florianópolis, SC, Brasil.

## INTRODUÇÃO

Ao analisar as estratégias, iniciativas e condutas de enfrentamento a pandemia por Covid-19, desde o seu início, em 11 de março de 2020, quando a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou a situação de Pandemia, não se pode deixar de considerar a construção do conhecimento adquirido ao longo do tempo, que perpassa desde a gênese e evolução do vírus e as características epidemiológicas da doença, até as medidas de enfrentamento e controle, chegando a validação de imunobiológicos e ao início da imunização. É ainda importante considerar, o momento político, socioeconômico e cultural bem como as características e *modus operandi* do Sistema Único de Saúde (SUS).

Apresentaremos, a seguir, o alinhamento de estratégias e ações no âmbito da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF) que levou à ampliação e disponibilização de leitos específicos para atendimento Covid-19, passando a ser considerada unidade de referência na rede do SUS.

O envolvimento da Direção-geral do HUCFF e a gestão do Gabinete de Crise com a efetiva participação da Divisão de Enfermagem contribuiu para enfrentamento na primeira e segunda onda e continuam contribuindo no controle da pandemia no Município e no Estado do Rio de Janeiro, apresentando resultados e desfechos satisfatórios.

## O HUCFF COMO REFERÊNCIA NO ENFRENTAMENTO A COVID-19

Desde o início da pandemia, a alta gestão do HUCFF decidiu disponibilizar leitos de atendimento para pacientes acometidos pela Covid-19, passando a realizar esforços na adequação e melhoria de sua estrutura para receber pacientes graves acometidos pelo SARS Cov2. Em 11 de março de 2020, a Direção-geral do HUCFF publicou



portaria<sup>(1)</sup> determinando a criação do gabinete de crise para enfrentamento ao novo coronavírus composto por representantes das Divisões e Serviços de Saúde do hospital.

Reuniões diárias e comunicação permanente por meio de grupo virtual criado no aplicativo digital WhatsApp, foram iniciativas fundamentais para operacionalizar as ações durante o pico da pandemia. O gabinete atuou no planejamento, implementação e coordenação do plano de ação e também na centralização das informações e gestão da comunicação institucional.

Houve grande mobilização e empenho por parte da Direção-geral do HUCFF para buscar os recursos e parcerias necessárias e que possibilitaram ampliar a estrutura física do hospital. Doações recebidas por meio da Fundação COPPETEC, Fundação Universitária José Bonifácio (FUJB) e Movimento União Rio, permitiram a ativação de 12 leitos de emergência, 42 leitos de terapia intensiva e 34 de enfermaria para pacientes de complexidade intermediária, entregues logo no início da pandemia. Houve ainda a contratação de profissionais terceirizados, que atuavam no momento de pico e parte destes ainda compõem as escalas de trabalho da atual estrutura de atendimento.

No segundo semestre de 2020, com a redução significativa do número de casos e demandas por internação, houve uma desativação progressiva de leitos Covid-19 e o fechamento de hospitais de campanha em todo o estado do Rio de Janeiro. No entanto, no início do ano de 2021, uma nova oxilação do número de casos no cenário nacional, com perspectiva de aumento no número de internações, levou o Ministério da Saúde a destinar recursos para a contratação de profissionais de saúde para atuar no HUCFF, através da Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde (FioTec), para a reativação dos leitos de atendimento à Covid-19.

## O GABINETE DE CRISE DA DIVISÃO DE ENFERMAGEM

Em dezembro de 2019, ao tempo em que a epidemia evoluiu e passou a ganhar vulto na imprensa internacional, as notícias passaram a ser monitoradas, passo-a-passo, quase que incrédulas, por especialistas e pela população em geral. A partir desse momento, instituições de saúde em todo o mundo acenderam o sinal de alerta, passaram a se organizar para discutir e planejar possíveis estratégias de enfrentamento à Covid-19.

Com a confirmação dos primeiros casos, instituições públicas e privadas se mobilizaram para planejar e tentar garantir estrutura e recursos materiais, assim como dimensionamento mínimo de pessoal para assistência. Assim, considerando as especificidades, as peculiaridades, a amplitude e a dimensão do cuidado de Enfermagem, a Direção Executiva da Divisão de Enfermagem considerou pertinente criar o seu gabinete de crise em alinhamento com o Gabinete de crise do HUCFF.

## A DIVISÃO DE ENFERMAGEM DO HUCFF

Para melhor entendimento da atuação da Enfermagem do HUCFF, julgamos necessário um mínimo conhecimento quanto à estrutura organizacional da DEN e sua inserção no organograma institucional e na UFRJ.

A DEN compõe a linha diretiva da alta gestão do HUCFF. Desenvolve suas atividades em alinhamento estratégico com a missão, visão e valores do HUCFF e ainda, com base na missão, visão, valores e planejamento estratégico estabelecidos para DEN. Participa de forma colaborativa, no planejamento e execução de várias atividades gerenciais, tais como: gestão dos processos de governança, gestão da clínica, gestão de materiais, insumos e equipamentos, planejamento de obras, entre outros.

É o órgão responsável por planejar, organizar, coordenar, implementar, supervisionar e avaliar a assistência de Enfermagem e as atividades desenvolvidas pelos serviços e profissionais que a integram. Adota um modelo de gestão compartilhada e participativa, fundamentada na Liderança Transformacional. Tem por finalidade, por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), assegurar elevado padrão de qualidade e excelência em ações de gestão, assistência, ensino, pesquisa e extensão.

A DEN atua como membro efetivo do Grupo de Diretores de Enfermagem do Complexo Hospitalar da UFRJ, Grupo de Trabalho que discute questões pertinentes à gestão, ensino, assistência, pesquisa e extensão

relacionadas à Enfermagem no âmbito da UFRJ. Implementa ações integradas, com entidades formadoras, prioritariamente a Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN/UFRJ), no sentido de assegurar ensino clínico e formação de qualidade ao estudante em diferentes níveis (técnica, graduação e pós-graduação).

O organograma da Divisão de Enfermagem é composto por Gabinete, Comissões/Coordenações e Serviços de Enfermagem com as seguintes subdivisões:

**Gabinete:**

- Diretor
- Direção Adjunta Assistencial
  - Supervisão de Enfermagem
  - Central de Transporte Interno de Pacientes e Encaminhamentos
- Direção Adjunta Acadêmica
- Assessoria Técnica de Equipamentos Materiais e Insumos
  - Central de Distribuição de Equipamentos Biomédicos
- Secretaria
- Núcleo Administrativo

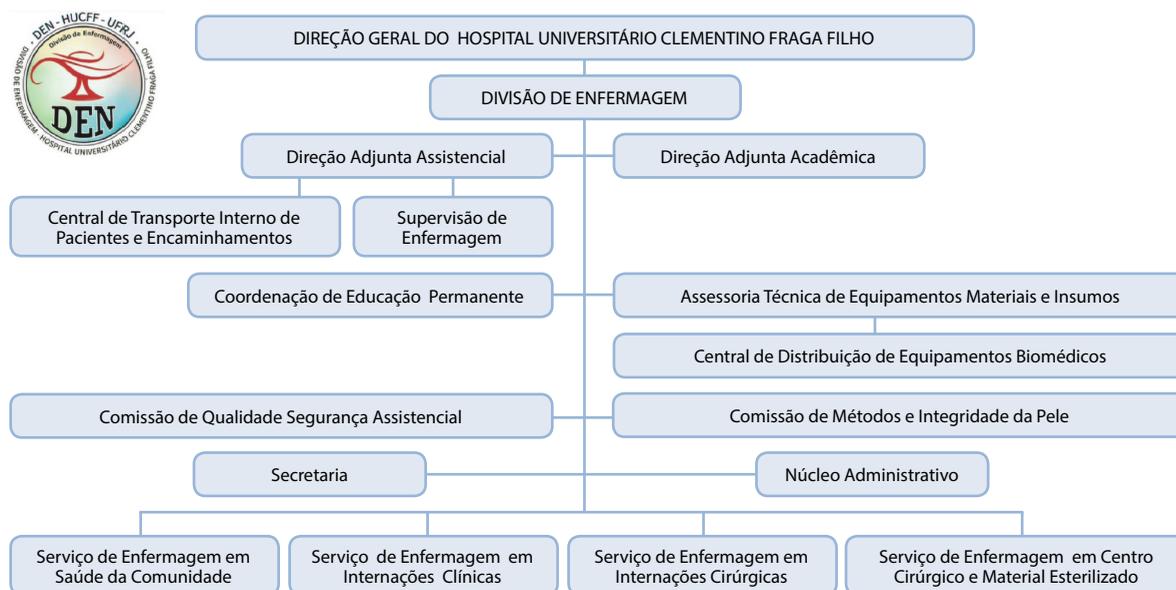
**Comissões/Coordenações:**

- Coordenação de Educação Permanente
- Comissão Permanente de Qualidade e Segurança Assistencial
- Comissão de Métodos Relacionados à Integridade da Pele

**Serviços de Enfermagem:**

- Serviço de Enfermagem em Saúde da Comunidade
- Serviço de Enfermagem em Internações Cirúrgicas
- Serviço de Enfermagem em Internações Clínicas
- Serviço de Enfermagem em Centro Cirúrgico e Material Esterilizado

A Figura 1 ilustra essa estrutura organizacional.



**Figura 1** – Organograma da Divisão de Enfermagem do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022

## ESTRATÉGIAS E PLANO DE AÇÃO DA DEN NO CONTEXTO DA PANDEMIA POR COVID-19

A estratégia apresentada refere-se ao planejamento das ações de enfrentamento e a Sistematização da Assistência de Enfermagem no contexto da pandemia Covid-19. Teve por objetivo colaborar com gestores e profissionais da linha do cuidado no planejamento da estrutura física, fluxos e processos de trabalho, recursos humanos, equipamentos e recursos materiais, incluindo equipamentos de proteção individual (EPI), permitindo a otimização da assistência e a manutenção da segurança para o paciente e para os profissionais.

A estratégia foi elaborada de modo a abranger cinco pontos de extrema importância:

1. Estabelecer linha de comando estratégico, tático e operacional;
2. Estabelecer plano de ação e definir responsabilidades e responsáveis;
3. Estabelecer mecanismos de comunicação rápida, eficiente e segura;
4. Minimizar a variabilidade do cuidado, padronizando materiais, medicamentos, procedimentos;
5. Nivelar o conhecimento relacionado a Covid-19 e capacitar ostensivamente os profissionais e equipes em habilidades técnicas, relacionais e atitudinais.

O estabelecimento da linha de comando e identificação de lideranças assistências é fundamental para operacionalização das ações estratégicas. Nos momentos de crise há inicialmente uma tendência natural à desorganização, violações de processos gerenciais e assistenciais. Cabe ao gestor a rápida reorganização e realinhamento estratégico, identificando riscos ou problemas, definindo objetivos e estabelecendo plano de ação. Para definir os responsáveis pelas etapas de implementação foi necessário identificar lideranças envolvidas, positivas e proativas, com habilidades relacionais para estabelecer relações de colaboração e parcerias intra e extra institucionais.

## ADEQUAÇÕES ESTRUTURAIS, REDEFINIÇÃO DE FLUXOS E PROCESSOS DE ASSISTENCIAIS

A pandemia causada pelo novo coronavírus gerou a necessidade de alterações rápidas nos serviços de saúde em todo o mundo, gerando mudanças nas rotinas dos setores para segurança nas atividades laborais<sup>(2)</sup>.

A mobilização e esforços empreendidos pela linha de gestão da DEN tiveram por finalidade adequar espaços, fluxos e equipes de modo a garantir atendimento seguro aos pacientes e minimizar os riscos aos profissionais. Foi primordial, no momento inicial, reduzir serviços não essenciais, concentrar a equipe em unidades específicas e realizar a revisão de fluxos e processos assistenciais. Uma estratégia adotada com sucesso foi a divisão das áreas de atendimento em: assistência a pacientes com síndromes respiratórias/suspeito Covid-19 e assistência a pacientes não Covid-19.

Para linha do cuidado Covid-19 a seguinte estrutura foi montada: foi instalado um posto de triagem exclusivo em uma das entradas do hospital; a unidade de emergência passou atender exclusivamente pacientes com síndromes respiratórias, disponibilizando 12 leitos para pacientes críticos Covid-19; 42 leitos de Terapia intensiva Covid-19 foram habilitados no 8º andar; 34 leitos de média complexidade Covid-19 foram disponibilizados na unidade de doenças infecto parasitárias (DIP – 5D).

Com o objetivo de estabelecer normas e rotinas, padronização de processos assistenciais e a otimização recursos humanos e recursos materiais, foi elaborado pela Direção da Divisão de Enfermagem a normativa “Sistematização da Assistência de Enfermagem nas Unidades de Tratamento Intensivo Covid-19”, disponível na página oficial do HUCFF<sup>(3)</sup>.

A concepção de um fluxo de atendimento voltado para o período da Pandemia da SARS CoV-02 teve a intenção de reduzir o risco de transmissão da doença, promovendo a identificação e o isolamento dos pacientes portadores do Covid-19 e otimizando processos de trabalho, seguindo o protocolo de orientações do Ministério da Saúde<sup>(4)</sup>.

A princípio todos os pacientes foram considerados potencialmente infecciosos, portanto, foi estabelecida pela Direção-geral do HUCFF a abertura da Triagem clínica, localizado na portaria de pacientes, no 1º andar, onde os pacientes eram acolhidos por uma equipe multiprofissional, composta por enfermeira, médicos e assistente social, devidamente paramentados, capacitados para estabelecer a detecção precoce de sinais e sintomas para a síndrome gripal. O ambiente se mostrou bastante adequado, era amplo, arejado e de fácil identificação visual, com espaços distintos e fluxo diferenciado para os pacientes com sintomas gripais, evitando a circulação e o cruzamento com os demais pacientes.

A enfermeira realizava a consulta, identificava os sinais e sintomas, verificava a temperatura e a oximetria de pulso, direcionando os pacientes sintomáticos respiratórios para avaliação médica. Aqueles que apresentavam descompensação clínica ou sintomas de gravidade eram imediatamente encaminhados ao setor de emergência, localizado no subsolo, para melhor avaliação, exames mais específicos e internação. Os casos leves, moderados ou sem sinais de gravidade eram avaliados pela equipe médica da triagem e liberados para tratamento domiciliar com a devida orientação realizada pela equipe multiprofissional. Pacientes assintomáticos respiratórios eram encaminhados à emergência geral, no 7º andar, para avaliação clínica ou cirúrgica e possível internação.

A emergência, localizada no subsolo, foi direcionada especificamente para o atendimento a pacientes com sintomas respiratórios e casos confirmados de Covid-19. Ao serem encaminhados da triagem, era realizado um novo atendimento pela equipe de enfermagem e uma nova avaliação médica, casos graves eram encaminhados diretamente para a grande emergência, casos que necessitavam de tomografia eram encaminhados para a realização do exame. Havendo sinais clínicos e comprometimento pulmonar o paciente ficava internado neste setor e quando não apresentavam sinais de comprometimento pulmonar recebiam alta com tratamento domiciliar.

Nas unidades Covid-19 o fluxo de profissionais passou a ser unidirecional, para que não houvesse circulação entre a área limpa (área de paramentação, banheiros e áreas administrativas) e a contaminada (áreas assistenciais). Foi instalada uma sala de dispensação de EPI (Equipamento de Proteção Individual) localizada ao lado da emergência, para que os profissionais pudessem trabalhar devidamente paramentados e com intuito de minimizar o risco a exposição ao vírus, uma sala de paramentação e outra de desparamentação, para que os profissionais pudessem trocar de roupa, não transitando no setor com a roupa vinda da rua e nem saindo do hospital com a roupa contaminada.

Somente circulavam no setor de emergência, os profissionais de saúde com lotação neste setor e devidamente paramentado (máscara PFF2 ou similar, óculos de proteção ou protetor facial, túnica, luvas de procedimento e avental), sem nenhum adorno e pertences pessoais, em tempo integral. As equipes de enfermagem trabalhavam por turnos, com revezamento de horários para que pudessem se alimentar, utilizar o sanitário e se restabelecer física e psicologicamente.

No intuito de minimizar a contaminação, ficou estabelecido somente o uso do prontuário eletrônico, as visitas foram suspensas e as informações eram fornecidas pelo telefone por uma equipe de voluntários. Foram padronizados kits para procedimentos visando otimizar os processos de trabalho, como os de paramentação, punção profunda e periférica, cateterismo vesical e intubação orotraqueal.

## **PLANEJAMENTO E ADEQUAÇÃO DE UNIDADES E ÁREAS DE APOIO**

As atividades das unidades ambulatoriais e de exames especializados, como SME e radiodiagnóstico, foram suspensas do início da Pandemia até julho/2020, realizando apenas exames de urgência, cardiológicos, oncológicos e de diagnóstico e monitoramento do Covid.

O setor de tomografia permaneceu em atendimento e foi dividido em área covid e não covid, destinando um aparelho exclusivamente para atendimento destes pacientes, com fluxo de atendimento separado dos demais pacientes, apresentando área de paramentação para os profissionais de saúde, respeitando o uso do EPI preconizado.

A orientação para a realização do exame em pacientes com diagnóstico de síndrome respiratória aguda foi discutida e definida. Estes eram encaminhados da emergência em precaução de contato e respiratória, após a realização do exame era realizada a limpeza da sala de acordo com o protocolo da CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar)<sup>(5)</sup>.

Cirurgias, exames e procedimentos de urgência em pacientes que apresentavam sintomas gripais ou com diagnóstico de Covid eram realizados em uma sala cirúrgica no 8º andar, dentro da unidade de alta complexidade destinada aos pacientes com Covid-19. Permaneceram no andar do Centro Cirúrgico somente duas Salas Operatórias (SO) funcionantes, com prioridade para cirurgias oncológicas de urgência. Mesmo o paciente não tendo sintomas ou não sendo confirmado para Sars-Cov-2, era exigido de toda a equipe cirúrgica que realizassem a paramentação, conforme protocolo estabelecido pela CCIH<sup>(5)</sup>; os materiais de uso único eram mantidos no exterior da sala de operações e; havia uma circulante externa e outra interna, além do instrumentador em campo.

Ao término dos procedimentos, os pacientes eram encaminhados diretamente ao setor de origem, com maqueiros devidamente paramentados. A equipe desparamentava-se no interior da SO, os instrumentais cirúrgicos eram transportados para o Centro de Material e Esterilização (CME), e a sala permanecia fechada durante duas horas para dispersão dos aerossóis, e após esse tempo, a equipe de limpeza realizava uma limpeza terminal rigorosa para reduzir o risco de infecção cruzada e garantir a segurança dos pacientes e profissionais.

No Centro de Material Esterilizado (CME) as medidas de enfrentamento da pandemia Covid-19 foram alinhadas com as Notas Técnicas da ANVISA para Covid-19<sup>(6)</sup> e com as atualizações e recomendações da Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC)<sup>(7)</sup>. A equipe foi capacitada para evitar falhas no uso do EPI (Equipamento de Proteção Individual), acrescentando na área da limpeza do PPS, o uso da máscara PFF2/N95 e protetor facial devido ao risco de aerossolização durante a técnica da limpeza.

## GESTÃO DE PESSOAS NO CONTEXTO COVID-19

Com a redução significativa do efetivo de profissionais de Enfermagem, ou por afastamento por pertencem ao grupo vulnerável à doença ou afastados por motivo de caso suspeito ou confirmado de Covid-19, neste contexto, havendo a necessidade de montar equipes mistas, compostas por profissionais de diferentes unidades, com rotinas e vivências diferenciadas. Além disso, o aumento da demanda assistencial, principalmente por leitos de cuidados intensivos, se revelou em escassez de profissionais capacitados no mercado de trabalho.

A gestão de pessoal foi um dos maiores desafios enfrentados pela DEN. Foram planejadas ações voltadas para minimizar os impactos dos afastamentos administrativos devido à situação de vulnerabilidades dos profissionais e do alto índice de absenteísmo por motivo de infecção pelo Covid-19. Adicionalmente, a direção de enfermagem e gerentes de serviço atuaram no dimensionamento, na admissão e na gestão de profissionais terceirizados. Todo o trabalho visou zelar pela segurança física e emocional de seus colaboradores e pela prestação de uma assistência de enfermagem segura e de qualidade.

Conforme orientações do Ministério da Saúde, houve a liberação dos profissionais em situação de vulnerabilidade devido ao risco associado à suscetibilidade e às complicações causadas pela infecção por cononavírus nestes grupos<sup>(8)</sup>. Em abril de 2020, 67 Enfermeiros e 234 Técnicos de Enfermagem encontravam-se afastados em decorrência de autodeclaração de saúde por pertencimento ao grupo vulnerável a contrair Covid-19.

Para atender a demanda de atendimento a 42 leitos de terapia intensiva Covid-19, em que vale ressaltar, o alto grau de complexidade dos cuidados dispensado a estes pacientes, o elevado índice de ventilação mecânica, infusão de múltiplas drogas, comprometimento renal com necessidade de hemodiálise, demandando em cuidados especializados em tempo integral, por períodos prolongados de internação, o Gabinete da DEN não mediu esforços para manter um dimensionamento de adequado profissionais para uma assistência de

qualidade e minimamente segura aos pacientes, visando ainda a manutenção da integridade física e psicológica dos trabalhadores.

É primordial o entendimento de que, a disposição dos leitos do CTI Covid-19 se deu da seguinte forma: duas unidades de terapia intensiva, uma de 9 (nove) leitos, a outra de 8 (oito) leitos e a abertura de mais 25 (vinte e cinco) leitos que se deu em espaço físico adaptado, reestruturado para esse fim, no entanto, se tratando de 5 (cinco) unidades isoladas de 5 leitos, sem sistema de monitorização central ou condições de visualização externa, o que dificultava a vigilância do paciente, com necessidade de alteração nos processos já complexos de assistência.

O dimensionamento de pessoal estabelecido pela Resolução número 7 (sete) da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, já amplamente questionada e criticada pelos profissionais de enfermagem e pela equipe multiprofissional, desde a sua publicação, define o quantitativo “mínimo” de 01 (um) enfermeiro para cada 10 (dez) leitos ou fração, em cada turno<sup>(9)</sup>. Vale ressaltar que esse mínimo, para a assistência ao paciente Covid-19 grave, é totalmente inaceitável. A referida resolução foi concebida em contexto diferente ao de uma pandemia por doença infecciosa de alto contágio, letalidade e morbimortalidade como a Covid-19, demandando cuidados de extrema complexidade<sup>(9)</sup>.

Nesse sentido, veio corroborar e dar legitimidade ao dimensionamento projetado pela DEN/HUCFF, o parecer normativo número 2 (dois), publicado pelo Conselho Federal de Enfermagem em 28 de maio de 2020, para vigência durante a pandemia, que estabeleceu parâmetros mínimos de profissionais de Enfermagem para atendimento aos pacientes acometidos pela Covid-19, internados em Hospitais Gerais, Hospitais de Campanha, Unidades de Tratamento Semi-Intensivo/Salas de Estabilização e Unidades de Terapia Intensiva<sup>(10)</sup>.

Foram contratados profissionais de Enfermagem por meio da Empresa Pública de Saúde do Rio de Janeiro (RioSaúde) e das empresas Nova Rio e Medprime, sendo a última contratada pela Reitoria da UFRJ por licitação de prestação de serviço.

No período de abril a junho de 2020, foram admitidos o total de 170 enfermeiros, 210 técnicos de enfermagem e 20 administrativos da empresa Rio Saúde, convênio com a Secretaria Municipal do Rio de Janeiro, lotados na emergência Covid, internação clínica Covid (5D) e terapia intensiva Covid (8C, 8D1 e 8D2). O dimensionamento de pessoal de enfermagem foi complementado com técnicos de enfermagem (N= 42) e técnico de hemodiálise (N= 6) da empresa Nova Rio, por período de dois meses (maio a junho de 2020), com recursos do Movimento União Rio.

Em junho, foram contratados, inicialmente, 16 enfermeiros e 45 técnicos de enfermagem que foram contratados até novembro de 2020. No mês de julho de 2020, foram encerrados os contratos de colaboradores da Rio Saúde, sendo mantidos os postos de trabalho de 64 enfermeiros e 139 técnicos de enfermagem. A fim de manter leitos destinados a pacientes Covid-19, a Universidade ampliou a contratação temporária de 64 enfermeiros e 144 técnicos de enfermagem por três meses (agosto a outubro de 2020).

No início do ano de 2021, uma nova oscilação do número de casos no cenário nacional, com perspectiva de aumento no número de internações, levou o Ministério da Saúde a destinar recursos para a contratação de profissionais de saúde para atuar no HUCFF, através da FioTec, para a reativação dos leitos de atendimento à Covid-19. Estes profissionais permaneceram em atividade no HUCFF durante todo o ano e o término do contrato, previsto para 31 de dezembro de 2021, impacta em toda a linha do cuidado ao paciente Covid-19, implicando em restrições no atendimento de emergência, no fechamento dos 42 leitos de terapia intensiva e 34 leitos de enfermaria de cuidados intermediários.

Um grande desafio foi trabalhar com profissionais com vínculos terceirizados, contratados especificamente para esta demanda de assistência a pacientes acometidos por Covid-19, capacitar e sensibilizar para um cuidado seguro e de qualidade, profissionais sem vínculo efetivo, entrosamento ou conhecimento prévio das rotinas e processos assistenciais da instituição. Uma iniciativa que se mostrou efetiva na transformação de grupos de profissionais em equipes assistenciais, diz respeito a distribuição das lideranças pelos

diversos plantões, profissionais com vínculo institucional efetivo, tanto Enfermeiros, quanto de Técnicos de Enfermagem, instituindo líderes de equipe. A utilização de Tecnologias de Comunicação e Informação (TIC), mais especialmente o aplicativo WhatsApp, também se mostrou uma ferramenta importante para uso das lideranças, permitindo estabelecer mecanismos de comunicação rápida e eficiente.

Outra estratégia utilizada foi minimizar a variabilidade do cuidado, padronizando e simplificando os processos de trabalho com o objetivo de otimizar tempo e recursos e facilitar o treinamento. Nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e Alta Complexidade, destinadas a atender pacientes acometidos por Covid-19, a organização do trabalho se deu estabelecendo rotinas próprias e diferenciadas. A utilização de “Kits” específicos para procedimentos e para soluções medicamentosas de infusão contínua, previamente padronizadas e comuns a estas áreas, foi uma iniciativa de fácil implementação e que teve alto impacto na otimização dos recursos e agilização do tempo.

O trabalho colaborativo da Coordenação de Educação Permanente da Divisão de Enfermagem com as demais categorias profissionais, com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), com o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e com a Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, alinhado às ações do Gabinete de Crise, no sentido de promover condições adequadas e capacitação dos profissionais nos diferentes contextos e situações de assistência, foram e continuam sendo imprescindíveis na obtenção dos desfechos favoráveis no enfrentamento ao coronavírus. As ações Educação Permanente contemplaram a produção e ampla divulgação de material didático, pôsteres, folders, cartilhas e o treinamento de habilidades técnicas e relacionais e simulações de atendimento, principalmente em cenários críticos, como intubação orotraqueal (IOT) e recuperação cardiopulmonar (RCP), entre outros.

## MANUTENÇÃO DO EQUILÍBRIO EMOCIONAL DOS PROFISSIONAIS

O ano de 2020 foi um ano desafiador em vários aspectos. Confrontar uma doença desconhecida e sem tratamento, trouxe muito medo aos trabalhadores da primeira linha: os profissionais de saúde. A equipe se deparou com a necessidade de equilibrar o medo da doença, de se contaminar e de contaminar as pessoas próximas, seus entes queridos, com a nobre missão da profissão, que é prestar uma assistência de enfermagem ética, qualificada, segura e humanizada.

E como fazer para alcançar esse equilíbrio? Foram importantes as reuniões realizadas entre as coordenações e as equipes, em um espaço de fala e escuta, onde as dúvidas, medos, anseios e angústias eram colocadas e as estratégias eram pensadas no sentido de melhor enfrentamento da situação.

A alocação de pessoal para atuar em área Covid-19 e não-Covid-19 se deu por critérios técnicos e comorbidades prévias, mas também por critérios emocionais e psicológicos, onde aquele profissional que demonstrasse o desejo em não permanecer em área Covid-19 por não se sentir preparado para tal, foi ouvido e realocado. Essa escuta foi fundamental para contar com a parceria dos profissionais, demonstrar a importância do seu trabalho e como era essencial que estivessem em condições para continuar exercendo o seu trabalho. Visto que, o hospital não paralisou as suas atividades, e manteve áreas não-Covid-19, era essencial dar o suporte para que todos se sentissem seguros para o trabalho.

Mesmo diante desse fato, alguns profissionais optaram pelo afastamento administrativo, por considerarem a sua condição de saúde frágil para atuação mesmo em áreas não-Covid-19. A instituição concedeu aos trabalhadores o direito ao afastamento administrativo, onde a idade maior de 60 anos e um laudo médico comprovando uma condição de saúde crônica, deram a esse trabalhador o direito ao afastamento.

O absenteísmo relacionado a Covid-19 implicou em afastamentos frequentes e geralmente prolongados, por vezes por profissionais da mesma equipe. Em muitas situações tivemos dificuldades de cobertura desses profissionais na equipe e utilizamos estratégias de reposição desse profissional com remanejamento, Adicional de Plantão Hospitalar (APH) e Hora Extra. É inegável a sobrecarga que os profissionais de saúde foram submetidos.

A contratação de profissionais terceirizados promoveu um choque de culturas. Isso foi mais um fator de stress para as equipes já estabelecidas e exigiu um esforço extra dos coordenadores de equipe para alinhar os profissionais e restabelecer as rotinas nas equipes. Alguns profissionais não se adaptaram e foram desligados da instituição.

Apesar de todos os desafios, a gestão de pessoas no contexto da pandemia, trouxe muito aprendizado e crescimento profissional. Aprendemos sobre escuta ativa, união, respeito ao outro, resiliência, responsabilidade, trabalho em equipe, organização, planejamento e muitas outras habilidades que estão em construção. Aprendemos que quando um desafio se coloca à nossa frente, mais do que se assustar com ele, devemos olhar adiante, pensar em estratégias e de qual maneira como equipe podemos unir forças para superá-los. Foi dessa maneira, juntos e em equipe que nos colocamos a enfrentar a pandemia por Covid-19.

## **REORGANIZAÇÃO DA COORDENAÇÃO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA ATENDIMENTO ÀS DEMANDAS DE ADMISSÃO E CAPACITAÇÃO DE NOVOS PROFISSIONAIS**

A Educação Permanente em Saúde (EPS) tem o intuito de empregar a educação como meio de promover a aprendizagem significativa através de demandas apresentadas nos serviços de trabalhadores de saúde, tendo como alicerce bases teóricas pedagógicas objetivando a criação de mudanças na prática assistencial<sup>(11,12)</sup>. A abordagem da Educação Permanente visa a qualificação em saúde no âmbito hospitalar frente aos problemas encontrados no cotidiano, reafirmando o saber já adquirido pelos profissionais e contribuindo para a obtenção de aprendizagens inovadoras no processo de trabalho, portanto torna-se favorável e enriquecedora para promoção educativa em favor da implementação da assistência.

No HUCFF a educação permanente dos profissionais da Divisão de Enfermagem (DEN) é desenvolvida pela Coordenação de Educação Permanente (COEP/DEN), cuja equipe é responsável pelas atividades de educação permanente em todos os setores. A COEP trabalha em parcerias com todos os serviços, setores assistenciais e segmentos acadêmicos, visando a qualificação permanente dos trabalhadores de enfermagem do hospital e a atualização frente a novas orientações e mudanças no âmbito da práxis profissional em saúde. Fundamenta-se na participação ativa dos sujeitos envolvidos no processo educativo e na adoção de uma atitude transformadora da realidade pautada na concretização das ações preconizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A COEP tem como competência planejar e coordenar todas as ações relacionadas ao treinamento inicial, educação permanente (cursos, simpósios, palestras, treinamento in lócus entre outras estratégias de ensino), organização dos processos de trabalho da DEN, assim como orientação à pesquisa, de onde demanda toda a produção científica desta Divisão. No ano de 2020, o mundo tomou de assombro pelo surgimento da pandemia do Novo Coronavírus (Sars-Cov-2), ou Covid-19 (Coronavírus Disease 2019), em que o Brasil foi afetado por um padrão epidemiológico robusto, aumentando os casos de morbimortalidade no país.

Com a pandemia por Covid-19 em curso, basicamente, todos os esforços da COEP no HUCFF no ano de 2020, foram empenhados, especialmente, na capacitação de pessoal para o enfrentamento da doença, o qual contou com a parceria da Escola de Enfermagem Anna Nery da (Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ), Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e programa de Residência Multiprofissional da UFRJ.

O contexto da pandemia de Covid-19 trouxe como desafio aos profissionais de saúde nos serviços e na prestação do cuidado, a necessidade de análises rápidas sobre a etiologia da doença, assim como suas formas de controle e prevenção, além do enfrentamento de todos os aspectos intervenientes na saúde mental e física da população por conta do cenário da pandemia. A grande velocidade com que os dados foram divulgados e a existência de variadas fontes de informação apresentaram-se como desafios para gestores, trabalhadores da saúde e usuários<sup>(13)</sup>.

O fenômeno da pandemia levou ao aumento da contratação de profissionais para atender as licenças médicas e administrativas e a manutenção/ampliação do número de leitos, sobretudo voltados à terapia

intensiva. No HUCFF houve uma contratação em massa de profissionais de enfermagem, em sua maioria, sem experiência prévia com a profissão e sem um escopo de atuações voltadas à terapia intensiva. Nesse ínterim, a educação permanente também precisou concatenar a sua atuação com as fragilidades sofridas e as soluções criativas que surgiram na educação permanente em saúde nesse período.

Com a necessidade de vencer os novos desafios, avançou-se e fica um legado, o uso de novas tecnologias e métodos no âmbito da educação permanente em saúde. Utilizaram-se as mídias digitais por meio da gravação de vídeos, simulações de cenários e discussões com mesas redondas para nortear e subsidiar a velocidade de informações que eram disparadas no contexto da educação profissional em saúde, uso adequado e racional de Equipamentos de proteção Individual e prevenção da autocontaminação, entre várias outras temáticas afim.

Para o enfrentamento da pandemia de Covid-19 nos serviços de saúde, algumas iniciativas de EPS foram desenvolvidas no sentido da reorganização do processo de trabalho e da prestação do cuidado. No HUCFF foram desenvolvidos protocolos operacionais, fluxogramas de atendimento, infográfico, documentos e materiais de suporte que pudessem auxiliar na difusão da informação e proporcionar aos trabalhadores uma assistência com minimização dos danos à saúde.

Mais uma vez, reafirma-se a EPS como uma ferramenta de transformação das boas práticas em saúde, com ênfase no desenvolvimento e articulação do próprio processo de trabalho, e que deve envolver a gestão, os profissionais da saúde, a sistematização da assistência de Enfermagem, as instituições de ensino e os usuários na busca por inovações e soluções tecnológicas para os desafios da saúde pública e da valorização da vida<sup>(13,14)</sup>.

As estratégias adotadas revelaram-se exitosas, garantindo a atuação da educação permanente no sentido de oferecer subsídios para a equipe, desenvolvendo o preparo e execução adequada dos protocolos institucionais. O enfermeiro, membro da equipe multidisciplinar foi protagonista neste processo no processo do cuidar, uma vez que representa o profissional que acolhe o paciente, o recebe na porta de entrada e vislumbra o cuidado até em situações de *post-mortem*, prestando cuidados com base em conhecimentos e evidências científicas.

## **PLANEJAMENTO E GESTÃO DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI), INSUMOS, EQUIPAMENTOS BIOMÉDICOS E MATERIAIS ESPECÍFICOS, NO CONTEXTO COVID-19**

Com o aumento da demanda por EPI e outros insumos de uso hospitalar, muito além da capacidade produtiva das indústrias, o controle do consumo e a promoção do uso racional foi e tem sido fundamental. O fato da Divisão de Enfermagem dispor de uma assessoria técnica de equipamentos, materiais e insumos (ATEMI/DEN) que trabalha em colaboração com a Comissão de Qualificação e Padronização de Materiais e Equipamentos Hospitalares e com os setores Almoxarifado, Licitações/Compras e Divisão Financeira, faz total diferença para definição de demandas, redução de desperdícios e manutenção de estoques seguros. Parceria firmada com o Centro de Estudos de Gestão em Saúde do Instituto COPPEAD/UFRJ no sentido de planejar o consumo de EPIs em diferentes possíveis cenários também foi essencial para nortear as aquisições.

Com o avanço da doença, as instituições de saúde já previam a possibilidade de escassez de EPI's e materiais<sup>(15)</sup>. A falta de insumos no mercado comprometeu não só o atendimento dos pacientes acometidos pela Covid-19, como também, os demais que necessitaram de hospitalização neste período<sup>(16)</sup>. E por isso estratégias de reforços de estoques de suprimentos e controle do uso dos materiais, principalmente os de uso direto no atendimento Covid-19, precisaram ser criados.

A assessoria técnica de materiais, equipamentos e insumos (ATEMI), subordinada à Divisão de Enfermagem, teve uma atuação importante, colaborando com estratégias desde a aquisição, modo de uso, controle do uso, estimativas de insumos, contribuindo para a logística dessa estrutura de suprimentos, além de avaliações técnicas desses materiais a fim de que a qualidade e agilidade do atendimento não fosse comprometida.

Nesse contexto, o trabalho conjunto com a Comissão de Padronização de Materiais e Equipamentos Hospitalares (COPEM-HUCFF), foi fundamental. À medida que a pandemia avançava, estabelecemos critérios de aceitação de aquisição mínima para mantermos a segurança e qualidade assistencial. Seguimos as

recomendações de aquisição e uso de EPI's, no entanto esse foi um grande desafio, enfrentado na gestão de EPI's e insumos, devido a flexibilização da produção de artigos hospitalares determinados pela ANVISA<sup>(17)</sup>. Porém, em nenhum momento abrimos mão das condições de padronização estabelecidas pelo colegiado e da filosofia Institucional, quanto à qualidade e segurança.

Como estratégias de contingenciamento, controle de EPI's e contágio no ambiente hospitalar, almoxarifados satélites foram criados (Central de distribuição de EPI's). Um almoxarifado satélite no subsolo do HUCFF, a fim de atender a demanda de EPI's da Emergência e um almoxarifado satélite no 8º andar para suprir a demanda de EPI's dos CTIs Covid-19 e clínica Covid-19. A criação desses almoxarifados foi uma estratégia simples de reduzir o contágio, reforçando estoques de materiais de uso frequente, o que promoveu a redução de deslocamento das equipes e possibilitou a requisição de insumos sem precisar sair das unidades.

As normatizações estabelecidas para distribuição de insumos, eram discutidas e submetidas à aprovação pelo Gabinete de Crise. Deliberações e orientações para dispensação de máscaras cirúrgicas, máscaras N95/PFF2, protetores faciais, óculos de proteção individual, conjunto de calça e blusa descartável e não descartáveis, aventais descartáveis e não descartáveis, sabonete líquido, álcool glicerinado a 70%, álcool à 70% para superfícies e álcool gel, foram criadas com o objetivo de normatizar essas rotinas.

Para as máscaras N95/PFF2, também foi necessário criar estratégias de contingenciamento. Nas áreas de apoio operacional, listagem nominal com os colaboradores foi entregue nos almoxarifados satélites e a dispensação foi por cota para cada setor desta área. Nas áreas assistenciais, ficou acordado a distribuição da máscara N95/PFF2, individualmente, para cada funcionário, distribuída na central de distribuição de EPI do subsolo ou do 8º andar. Cada funcionário foi devidamente orientado e treinado ao acondicionamento e ao reuso da máscara. Os funcionários ao receberem a sua máscara, assinaram uma listagem nominal com o termo de compromisso para o recebimento e uso adequado do material.

Os aventais descartáveis não estéreis e estéreis e as túnicas descartáveis de TNT, foram dispensados pela central de distribuição em forma de kit, entregue a cada colaborador antes de assumirem o plantão. Os kits foram liberados inicialmente para os setores Covid-19, como uma estratégia de limitar o desperdício e controle de saída. No entanto, com o avanço da transmissão comunitária, fomos percebendo a necessidade de estender o uso desses kits para todas as áreas do hospital, devido ao surgimento de casos suspeitos nos demais setores. Lembrando que a medida que casos suspeitos iam surgindo, todo o protocolo de coorte, confirmação de exame e transferência para o setor Covid-19, foram realizados.

Todas as medidas de controle, uso e distribuição de EPI's, foram baseadas nas avaliações e recomendação da OMS, o que orientou a determinação de quais tipos de equipamentos de proteção individual indicado para o tratamento dos pacientes portadores da Covid-19, conforme cada situação de trabalho em setores assistenciais e não assistenciais.

A estimativa do uso dos EPI's foi baseada considerando-se: 1) quantidade de EPI's padronizados no protocolo para cada paramentação criado pela instituição; 2) previsão da quantidade de vezes que os profissionais teriam que entrar e/ou permanecer no setor Covid-19; 3) e quantidade de leitos direcionados para o atendimento aos pacientes Covid-19 na instituição com 100% de ocupação prevista. E a essa estimativa foi somada a média do consumo de EPI's já existente no Hospital.

Para a reposição de sabonetes líquidos e álcool gel também foi criada uma rotina a fim de que os setores não fossem desabastecidos, sendo essa responsabilidade da empresa de serviços gerais contratada pelo Hospital. A dispensação do álcool glicerinado a 70%, foi realizada pelo almoxarifado central por meio da rotina de solicitação de material existente na instituição. Essas deliberações entraram em vigor em abril de 2020, com total divulgação e publicação na Instituição.

Para os itens de consumo e itens permanentes necessários para o atendimento aos pacientes casos suspeitos ou confirmados pelo Covid-19, criou-se junto a Comissão de Padronização de Materiais, um instrumento que mapeou esses itens e junto com o almoxarifado central identificou os itens de alta criticidade que

necessitaram ser repostos e comprados de forma emergencial a fim de atender com segurança a essa nova demanda no contexto pandêmico. Dentre os itens de maior emergência, os EPI's, os materiais de assistência ventilatória e itens de consumo direto.

Quanto aos equipamentos biomédicos, a Instituição já sofria com a obsolescência do parque tecnológico, o que a princípio parecia um entrave ao atendimento de excelência principalmente para os casos de internação na terapia intensiva. Porém não podemos de desconsiderar a inserção dos itens doados por empresas privadas e locais, no qual foi lançado ao Sistema de Gestão, e auxiliou ao atendimento das necessidades da instituição no atendimento ao paciente suspeito e confirmado de Covid-19, principalmente no que se refere a equipamento como monitores e respiradores mecânicos.

Com as medidas de gestão adotadas, percebemos que a assistência não foi prejudicada e foi preservada a segurança dos colaboradores. Os equipamentos de proteção individual não apresentaram falta em nenhum momento. Os materiais de insumo sofreram um desgaste maior devido à cobrança de preços abusivos, como o caso das luvas de procedimento e dos esparadrapos tipo fita microporosa, o que levou muitos fornecedores a abrirem mão das atas licitatórias, declinando sobre a distribuição dos materiais.

Percebemos que mesmo se antecipando às demandas quanto a criação de um plano de contingência e avaliação dos itens essenciais, a gestão de suprimentos merece uma atenção peculiar principalmente no contexto Covid-19. Propostas precisam ser estudadas a fim de melhorarmos os processos operacionais no que se refere ao almoxarifado, gerenciamento eficiente do estoque, gestão participativa, uso racional dos insumos por toda a equipe de saúde e o alinhamento ao planejamento estratégico da Instituição.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência vivenciada pelos gestores e por todo o corpo de profissionais da Divisão de Enfermagem, resumidamente apresentada neste capítulo, certamente traz conteúdo e aprendizagens de valor, que poderão ser estudadas, discutidas e revisadas de modo a contribuir para conhecimento técnico-científico, o saber/fazer da Enfermagem, em situações de emergências/calamidades de saúde pública. Assim como também contribuirá para estudos na área de gestão de pessoas, recursos materiais, equipamentos e insumos; e também de processos assistenciais em diversas perspectivas, seja do ponto de vista da segurança do paciente, saúde do trabalhador, ou outras muitas possibilidades. No entanto, nem mesmo um tratado ou coletânea seriam suficientes para compilar e descrever todo o estresse, sofrimento psicológico e desgaste emocional sofrido pelos profissionais de saúde, em especial os profissionais de Enfermagem.

## REFERÊNCIAS

1. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Hospital Universitário Clementino Fraga Filho. Portaria nº 2102, de 11 de março de 2020. Determinando a criação do gabinete de crise para enfrentamento ao novo coronavírus. Universidade Federal do Rio de Janeiro; Seção de Publicações nº12 mar 2020.
2. Gallasch CH, Cunha ML, Pereira LAS, Silva-Junior JS. Prevenção relacionada à exposição ocupacional do profissional de saúde no cenário de COVID-19. Rev Enferm UERJ 2020;28:e49596. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2020.49596>
3. Figueiredo TO, Roque KE, coordenadores. Sistematização da Assistência de Enfermagem nas Unidades de Tratamento Intensivo Covid-19. 2020.
4. Ministério da Saúde (BR). Guia de Vigilância Epidemiológica Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019 [Internet]. 2020 [cited 2021 Nov 10]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/guia-de-vigilancia-epidemiologica-covid-19/view>
5. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar. Protocolo de Covid-19 do serviço de radiologia do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho. 2020.

6. Agência Nacional de Vigilância Epidemiológica (Anvisa). Nota técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 04/2020 Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotados durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) [Internet]. 2020 [cited 2021 Dec 08]. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Epidemiológica; 2020. Available from: [https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/nota-tecnica-gvims\\_ggtes\\_anvisa-04\\_2020-25-02-para-o-site.pdf](https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/nota-tecnica-gvims_ggtes_anvisa-04_2020-25-02-para-o-site.pdf)
7. Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC). Diretrizes de práticas em enfermagem cirúrgica e processamento de produtos para saúde. 7. ed. São Paulo: Manole; 2017.
8. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 428 de 19 de março de 2020. Dispõe sobre as medidas de proteção para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (covid-19) no âmbito das unidades do Ministério da Saúde no Distrito Federal e nos Estados [Internet]. Diário Oficial da União 20 de março 2020[cited 2021 Dec 08]. Seção 1:55. Available from: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-428-de-19-de-marco-de-2020-249027772>
9. Ministério da Saúde (BR). RDC nº 7 de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União 25 de fevereiro 2010[cited 2021 Dec 06]. Seção 1:55. Available from: [https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/RDC-7\\_ANVISA%20240210.pdf](https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/RDC-7_ANVISA%20240210.pdf)
10. Conselho Federal de Enfermagem. Parecer normativo COFEN Nº 02/2020. Parâmetros mínimos de profissionais de Enfermagem para atendimento aos pacientes acometidos pela COVID-19 [Internet]. 2020[cited 2021 Dec 06]. Available from: [http://www.cofen.gov.br/parecer-normativo-no-002-2020\\_79941.html](http://www.cofen.gov.br/parecer-normativo-no-002-2020_79941.html)
11. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? [Internet]. 2018 [cited 2021 Nov 22]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018. Available from: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_educacao\\_permanente\\_saude\\_fortalecimento.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf)
12. Ministério da Saúde (BR). Manual Técnico 2018: Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS - PRO EPS-SUS [Internet]. 2018 [cited 2021 Dec 06]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018. Available from: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_tecnico\\_pro\\_eps\\_sus.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_pro_eps_sus.pdf)
13. Esposti CDD, Ferreira L, Szpilman ARM, Cruz MM. O papel da Educação Permanente em Saúde na Atenção Primária e a pandemia de COVID-19. RBPS [Internet]. 2020[cited 2021 Dec 06];22(1):4-8. Available from: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/33685>
14. Mattos JCO, Balsanelli AP. A liderança do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. Enferm Foco [Internet]. 2019 [cited 2021 Dec 06];10(4):164-71. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2618>
15. Ministério da Saúde (BR). Recomendações de proteção aos trabalhadores dos serviços de saúde no atendimento de COVID-19 e outras síndromes gripais [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [cited 2021 Dec 12]. Available from: [https://www.saude.go.gov.br/files/banner\\_coronavirus/GuiaMSRecomendacoesdeprotecaotrabalhadore-2020-19.pdf](https://www.saude.go.gov.br/files/banner_coronavirus/GuiaMSRecomendacoesdeprotecaotrabalhadore-2020-19.pdf)
16. Organização Pan-Americana de Saúde, Organização Mundial de Saúde. Folha informativa COVID-19 [Internet]. 2020 [cited 2020 Nov 28]. Available from: <https://www.paho.org/pt/covid19>
17. Ministério da Saúde (BR). RDC nº 379 de 30 de abril de 2020. Altera a Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 356, de 23 de março de 2020, que dispõe, de forma extraordinária e temporária, sobre os requisitos para a fabricação, importação e aquisição de dispositivos médicos identificados como prioritários para uso em serviços de saúde, em virtude da emergência [Internet]. Diário Oficial da União 25 de fevereiro de 2010[cited 2021 Dec 08]. Seção 1:82-B. Available from: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-rdc-n-379-de-30-de-abril-de-2020-254764712>

<https://doi.org/10.51234/aben.22.e15.c02>

# GERENCIAMENTO EM ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SUL-MATO-GROSSENSE DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

**Caroline Neris Ferreira Sarat<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0003-1232-2026

**Andréia Insabralde de Queiroz Cardoso<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0002-9431-7484

**Ana Rita Barbieri<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0001-7931-7884

**Juliana Rodrigues de Souza<sup>II</sup>**

ORCID: 0000-0002-6748-4084

**Bertha Lúcia Costa Borges<sup>III</sup>**

ORCID: 0000-0001-6306-7577

**Daiana Terra Nacer<sup>IV</sup>**

ORCID: 0000-0002-5511-9100

**Claudia Emília Lang<sup>V</sup>**

ORCID: 0000-0003-0741-4479

## INTRODUÇÃO

O Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (HUMAP), da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), está situado no município de Campo Grande, capital do Mato Grosso do Sul (MS), compõe a Rede Hospitalar da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) desde 2013. Na atualidade oferta os serviços de assistência ambulatorial e hospitalar em média e alta complexidade, dispendo de 200 leitos cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), mais 36 leitos em processo de habilitação e leitos do pronto atendimento<sup>(1)</sup>.

Por ser um hospital escola o mesmo é campo de prática para o ensino, pesquisa e extensão nas diversas áreas de assistência e na gestão em saúde, com oferta permanentemente de campo para práticas e estágios de vários cursos de graduação e diversos programas de residências em várias áreas da saúde<sup>(2)</sup>.

O ano de 2019 foi marcado pelo início da doença respiratória Coronavírus Disease 2019 (COVID-19) causada pelo vírus da Severe Acute Respiratory Syndrome, Coronavirus 2 - SARS-CoV-2 que manifestou-se como uma pandemia exigindo respostas rápidas, dinâmicas em um cenário desconhecido e muito desafiador para os sistemas e os serviços de saúde em todo o mundo, principalmente nos países emergentes<sup>(3,4)</sup>.

No estado do Mato Grosso do Sul, localizado na região Centro-Oeste do Brasil, em 13 de abril foi confirmada a transmissão comunitária com incremento importante do número de casos<sup>(5)</sup>. Mediante este contexto, o HUMAP/UFMS, desenvolveu medidas internas para o enfrentamento da pandemia e preparou a instituição e suas equipes de saúde para atendimento de pacientes suspeitos ou confirmados de COVID-19<sup>(2)</sup>.

Dentre os profissionais da linha de frente, vale ressaltar que o maior contingente é composto por profissionais da Enfermagem que desenvolvem o seu trabalho com o

<sup>I</sup>Instituto Integrado de Saúde, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande, MS, Brasil.

<sup>II</sup>Serviço de Regulação e Avaliação em Saúde do HUMAP/EBSERH. Campo Grande, MS, Brasil.

<sup>III</sup>Unidade de Websaúde, HUMAP/EBSERH. Campo Grande, MS, Brasil.

<sup>IV</sup>UTI Adulto, HUMAP/EBSERH. Campo Grande, MS, Brasil.

<sup>V</sup>Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande, MS, Brasil.

### Autor Correspondente:

Caroline Neris Ferreira Sarat  
Email: caroline.sarat@ufms.br



### Como citar:

Sarat CNF, Cardoso AIQ, Barbieri AR, et al. Gerenciamento em enfermagem em um Hospital Universitário Sulmatogrossense nos tempos da pandemia de COVID-19. In: Santos JLG, Erdmann AL. (Orgs.). Gestão do cuidado de enfermagem no enfrentamento da pandemia de COVID-19 em hospitais universitários brasileiros. Brasília, DF: Editora ABEn; 2022. 20-7 pg. <https://doi.org/10.51234/aben.22.e15.c02>

Revisora: Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni  
Universidade Federal de Santa Catarina.  
Florianópolis, SC, Brasil



contato constante e direto aos pacientes, com maior exposição aos riscos nesta pandemia de transmissão respiratória<sup>(6)</sup>. Em escala mundial, coube à equipe de enfermagem a centralidade na produção do cuidado e manutenção do tratamento dos pacientes acometidos pelo COVID-19<sup>(7)</sup>.

Em decorrência do trabalho ímpar desenvolvido pelos profissionais de Enfermagem frente à pandemia de COVID-19, que superaram o desconhecido e o medo do contágio para atuar na linha de frente no enfrentamento da pandemia, este relato objetiva evidenciar algumas das várias experiências exitosas vivenciadas no gerenciamento em Enfermagem no HUMAP/UFMS.

## METODOLOGIA

A equipe de Enfermagem do HUMAP/UFMS é coordenada pela Divisão de Enfermagem, e conta atualmente, com 297 enfermeiros e 491 profissionais de enfermagem de nível médio, com o total de 788 profissionais alocados em todos os setores do hospital. No gerenciamento, 41 enfermeiros estão em cargos de liderança nos mais diversos serviços do hospital<sup>(8)</sup>.

As experiências relatadas reportam-se aos anos de 2020 e 2021 e evidenciam a liderança e resiliência dos profissionais de Enfermagem, com o apoio e participação multiprofissional. Destacam-se iniciativas inéditas como a “implementação do plano de atendimento ambulatorial”, “visita na janela”, “utilização do Power-BI” e a “Educação Permanente em Saúde com ferramentas de TICs”.

## RESULTADOS

O início da pandemia de COVID-19 para os profissionais de enfermagem, assim como toda a equipe multiprofissional na área da saúde, foi marcado por grandes incertezas, inseguranças e medo do que estava para acontecer<sup>(9)</sup>.

Mediante este contexto houve o estímulo para o aprofundamento das discussões das boas práticas em saúde pelos profissionais de Enfermagem do HUMAP/UFMS, que aprenderam a rever as rotinas de trabalho em conjunto.

Ao seguir as Normas Técnicas do Ministério da Saúde e dos hospitais universitários da rede EBSEH<sup>(10,11)</sup>, atualizadas constantemente, foram tomadas medidas como: disponibilizar a modalidade de trabalho remoto aos funcionários com maior vulneráveis, gestantes e lactantes; remanejar profissionais com comorbidades para áreas de menor risco de exposição; suspender atendimentos ambulatoriais e suspender cirurgias eletivas.

### Implementação do plano de atendimento ambulatorial

O ambulatório do HUMAP/UFMS atende 68 especialidades e é referência na cidade de Campo Grande para várias linhas de cuidado, sendo que algumas são oferecidas como referências únicas para o Sistema Único de Saúde (SUS) no estado de MS.

A implementação do plano de atendimento ambulatorial adaptado ao enfrentamento da pandemia teve início em 19 de maio de 2020, período em que a maioria dos serviços ambulatoriais do Brasil estavam suspensos. Priorizaram-se as agendas de pacientes egressos da própria instituição, com vistas à continuidade da assistência e prevenção de agravos pelo afastamento do cuidado em saúde. Foram cumpridos os protocolos de biossegurança, disponibilizados equipamentos de proteção individual, sinalização de distanciamento e acolhimento dos pacientes e profissionais na recepção do hospital.

Foi implantado o sistema de agendamento de consulta com horário marcado, desinfecção dos consultórios a cada consulta e limpeza terminal duas vezes ao dia. Optou-se pela não manipulação de prontuários físicos e a utilização do Aplicativo de Gestão dos Hospitais Universitários (AGHU) para os atendimentos. A marcação das consultas foi realizada via telefone, com orientações referentes a pontualidade, uso de máscaras,

distanciamento, restrições sobre acompanhantes, além de informar que pacientes com sintomas respiratórios não poderiam comparecer na consulta, mas que teriam prioridade no agendamento posterior.

A equipe da portaria foi devidamente treinada para organizar os pacientes fora da entrada do prédio do hospital, em um espaço aberto, com circulação de ar e tendas, que protegiam a todos das alterações climáticas. Foi disponibilizado aos pacientes álcool gel a 70% ou álcool glicerinado, para higienização das mãos; máscaras descartáveis com orientações de uso; e direcionamento do fluxo de acesso à triagem respiratória.

Os enfermeiros realizavam a triagem respiratória, onde os pacientes com ausência de sintomas gripais eram direcionados à recepção do ambulatório e os pacientes com sintomas gripais eram informados da impossibilidade da consulta; recebiam orientações para novo agendamento por telefone, com sensibilização para coleta de exame PCR no serviço drive-thru, disponibilizado pelo gestor municipal. Foi também organizado o acesso à revalidação e troca de receita, acesso a laudos de exames complementares e orientações dos médicos especialistas. Assim, os pacientes não perdiam o vínculo e a sequência de alguns tratamentos de suma importância para doenças crônicas.

A melhoria da qualidade dos processos assistenciais e dos fluxos ambulatoriais em diversas especialidades foram percebidas pelos profissionais, pelos pacientes e pela instituição. As estratégias implementadas foram conduzidas no princípio pela equipe de Enfermagem da Unidade de Regulação Assistencial, que devido ao êxito, a gestão hospitalar instituiu um grupo de trabalho multiprofissional para retomada dos atendimentos ambulatoriais, com as referidas medidas sendo adotadas de forma permanente na instituição<sup>(12)</sup>. A descrição destas ações foram apresentadas no II Encontro Nacional de Regulação em Saúde e recebeu Menção Honrosa pelas boas práticas desenvolvidas.

### **Visita na janela**

Durante o agravamento da pandemia, e a escassez leitos clínicos e intensivos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no município de Campo Grande, MS, foram habilitados 10 leitos em Centro de Terapia Intensiva (CTI) do HUMAP, sendo criada a unidade II Adulto, para Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), denominada CTI-COVID-19. A implantação desses leitos em julho de 2020, exigiu um grande esforço gerencial, necessidade de remanejamento físico dos leitos de terapia intensiva e das equipes assistenciais, em especial da equipe de Enfermagem, para garantir a continuidade dos cuidados. É oportuno mencionar as enormes dificuldades para realizar o dimensionamento das escalas de Enfermagem. Para garantir este processo nas áreas críticas de enfrentamento à pandemia, houve o fechamento de uma unidade de internação cirúrgica com 20 leitos e o remanejamento de todos os profissionais de Enfermagem para o CTI-COVID.

O CTI-COVID atendeu 59 pacientes entre julho a outubro de 2020, apresentou a taxa de ocupação de leito de 92,2%, com média de permanência estimada em cerca de 21 dias e taxa de mortalidade de 61%<sup>(13)</sup>. Essas características corroboram com dados do projeto UTIs Brasileiras do Registro Nacional de Terapia Intensiva da Associação de Medicina Intensiva Brasileira<sup>(14)</sup>.

Diante da complexidade clínica, alta taxa de mortalidade e risco de contaminação, as visitas dos familiares foram suspensas em todo HUMAP/UFMS, assim como ocorreu nos hospitais brasileiros e também no mundo. A estratégia adotada foi o envio de boletins clínicos informativos, com o estado do paciente e as condutas assistenciais a serem realizadas. Esta condição adversa contrariava as medidas de humanização anteriormente adotadas nos CTIs da instituição.

Como o CTI-COVID do HUMAP/UFMS possui a organização estrutural com os leitos voltados para o centro da unidade, e largas janelas de vidro as quais dão vista a uma ampla área arborizada e externamente acessível; foi elaborado um método para minimizar a impessoalidade dos boletins escritos e a distância sentida pelos familiares. Idealizada pela enfermeira Daiana Terra Nacer, com apoio da equipe de Enfermagem e multiprofissional, implementou-se o que chamaram “visitas na janela”. Posteriormente foi acrescida ao contato visual a chamada telefônica, por vídeo e mensagens de áudio via aplicativo Whatsapp.

As famílias eram contactadas por telefone pela assistente social para o agendamento e orientações sobre a visita. No horário agendado as famílias eram recebidas no saguão da instituição para o acolhimento e as orientações necessárias. A equipe de Enfermagem aguardava a confirmação de quais pacientes teriam visita e então cuidadosamente posicionavam os leitos de frente para as amplas janelas, propiciando o contato visual entre os envolvidos.



Fonte: Daiana Terra Nacer (autora)/ 2020.

**Figura 1** - Visita na janela. Campo Grande, MS, Brasil, 2020

As famílias ficavam nas janelas de vidro, sempre acompanhadas por membros da equipe multidisciplinar (assistente social, terapeuta ocupacional, psicóloga, enfermeiro e/ou capelão). Na parte interna da UTI, um profissional da equipe de enfermagem fazia o contato via celular entre a família e o paciente. Aos pacientes conscientes eram feitas vídeo chamadas e para os inconscientes ou sedados, uma ligação de áudio, com o celular posicionado próximo ao ouvido.

Do lado de fora da unidade, a equipe incentivava os familiares a conversar, explicar o que acontecia e a tranquilizá-los. Uma a uma, as famílias eram então conduzidas a uma área reservada para receber informações do médico plantonista.

Havia abertura para manifestações religiosas, como a visita dos líderes religiosos, e o envio de imagens e símbolos de fé para o leito dos pacientes. As famílias relataram o agradecimento à equipe, além de informar a redução da ansiedade e o desconforto, oriundos da distância. Em situações especiais, como no dia do aniversário do paciente, ou, no caso de terminalidade de vida iminente, para as despedidas finais, algumas visitas ocorriam em horários alternativos.

Implementou-se o prontuário afetivo, onde a terapeuta ocupacional coletava informações junto a familiares e amigos dos pacientes como o papel social, interesses, valores, desejos, gostos, religião/espiritualidade,

funções motoras, sensitivas e cognitivas antes da internação; e a equipe assistencial interagiu por meio deste instrumento, para ajudar os mesmos a lembrarem de aspectos de sua vida pessoal, social e familiar.

Para os familiares que ainda estavam em quarentena devido a COVID e aqueles que não podiam ir ao hospital, o médico realizava ligações telefônicas para conversar e comunicar ao familiar as condições clínicas do paciente. Os familiares e amigos tinham a possibilidade de enviar áudios via aplicativo *whatsapp*® para a equipe da UTI, que posteriormente eram tocadas aos pacientes.

Com a diminuição dos casos de COVID-19 em MS e em Campo Grande, o CTI-COVID foi desativado em outubro de 2020. Mas, com a segunda onda da pandemia, a unidade foi reativada três meses depois com 09 leitos, permanecendo ativa até julho de 2021, atendendo 77 pacientes neste período. As práticas desenvolvidas no setor foram reconhecidas pela instituição, com destaque durante a Semana de Enfermagem de 2021 e homenagem à enfermeira que brilhantemente idealizou a “visita na janela”.

### **Utilização de Power-BI**

Desde o início da pandemia no âmbito da regulação de leitos hospitalares, houve a necessidade de monitoramento diário da ocupação dos leitos hospitalares para o registro das informações nos sistemas do Ministério da Saúde, do Governo Estadual, da Regulação Municipal e da EBSERH. Esse monitoramento tem sido conduzido pelo Setor de Regulação e Avaliação em Saúde, Núcleo Interno de Regulação e Unidade de Monitoramento e Avaliação.

Diante das diferenças dos dados solicitados em cada sistema, falta de interface entre esses sistemas informativos, limitações do AGHU, aumento da demanda de trabalho diário para coleta e confiabilidade dos dados, as enfermeiras dessas unidades de monitoramento junto ao estatístico da equipe da Unidade de Monitoramento e Avaliação propuseram o uso do *Power Business Intelligence* (Power-BI) como ferramenta facilitadora.

O Power-BI é um serviço de análise de negócios que tem como objetivo fornecer visualizações interativas e recursos da inteligência empresarial, com uma interface simples para que os usuários finais criem os seus próprios relatórios e um painel visual com os dados de interesse<sup>(15)</sup>.

A integração dos dados do sistema AGHU no Power-BI, possibilitou a aplicação de filtros para facilitar a coleta de informações referentes aos pacientes internados. Os dados foram alocados em uma única tela e com horários programados. Desta forma os sistemas de informação e instrumentos pertinentes à regulação de vagas foram alimentados diariamente com total pontualidade e transparência requerida, com redução do tempo e minimização de viés durante a coleta de dados<sup>(16)</sup>.

Com a experiência de sucesso, o uso da ferramenta para o monitoramento pela equipe tem sido mantido, o que fomentou a possibilidade de desenvolvimento e implementação em outras áreas, para facilitar a coleta e análise de indicadores.

### **Educação Permanente em Saúde com ferramentas de TICs**

Uma necessidade iminente do hospital foram as ações de educação em saúde para os profissionais da assistência aos pacientes com COVID-19. Frente aos desafios impostos pela pandemia e os acentuados riscos e problemas enfrentados diariamente pelos trabalhadores de enfermagem a fim de garantir o processo de cuidar nas áreas críticas de enfrentamento à pandemia; com a criação de novos leitos do CTI-COVID; reorganização do fluxo interno de internações; e o remanejamento em especial da Enfermagem, houve a necessidade de treinamento em ações específicas voltadas para esses profissionais.

A educação permanente foi organizada pela Gerência de Ensino através da Unidade de Websaúde. Sendo também responsável pela articulação junto aos líderes de unidades (enfermeiros, médicos e fisioterapeutas) e docentes da UFMS, para elaboração e execução do treinamento e produção do material didático a ser incorporado nas ferramentas de tecnologia de informação e comunicação (TICs), e inserção no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) do HUMAP/UFMS.

Foram realizados 17 dias de treinamentos, no mês de junho de 2020, em todos os turnos. Participaram 184 pessoas, entre colaboradores, residentes e preceptores, sendo 70% pertencentes a equipe de Enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem). Os setores envolvidos no treinamento foram as unidades CTI-COVID, Pronto Atendimento Médico, Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Unidade Coronariana, Maternidade e Centro Obstétrico, Unidade de Doenças Infecto Parasitárias, Pediatria e UTI-neonatal.

Os temas abordados foram a utilização de equipamentos de proteção individual (EPIs), paramentação e desparamentação, parada e reanimação cardiopulmonar, pronação e intubação de sequência rápida. Antecedendo aos encontros presenciais, o conteúdo teórico foi desenvolvido por ferramentas TICs, no AVA do HUMAP/UFMS. Os treinamentos foram realizados no Laboratório de Habilidades, em grupos de seis pessoas, com carga horária de seis horas, utilizando a *hands on* como técnica de desenvolvimento da prática.



Fonte: Caroline Neris Ferreira Sarat (autora) 2020

**Figura 2** - Treinamento de paramentação, desparamentação e intubação de sequência rápida. Campo Grande, MS, Brasil, 2020

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao fazer alusão aos projetos desenvolvidos pelos profissionais de Enfermagem que compõe o quadro do HUMAP/UFMS e estão contidos neste relato, vale ressaltar que existem vários outros, pois não faltaram ações e estratégias para superar o momento de crise intensa, jamais esperada e sonhada no âmbito da saúde.

Tentamos demonstrar aqui várias faces de um grupo de profissionais comprometidos com o gerenciamento e a qualidade da assistência. A implementação do plano de atendimento ambulatorial se fundamentou na continuidade do cuidado das pessoas que já estavam inseridas em tratamento ambulatorial e necessitavam de vinculação contínua. O projeto *Visita na janela* abriu as possibilidades para o uso de novas tecnologias em prol da humanização, da aproximação e do fortalecimento dos vínculos familiares; foi um processo disparador de mudança, que trabalha a resiliência e potencializa as equipes. Já a utilização do Power-BI, demonstrou a versatilidade e disponibilidade dos enfermeiros em pensar, articular, desenvolver e trabalhar com novas tecnologias para melhoria do fluxo de dados, tão importante para momentos de incertezas e rápidas tomadas

de decisão. O uso das ferramentas de TICs em ambiente virtual de aprendizado propiciou atualização teórica de conteúdos indispensáveis na prática assistencial no cenário de pandemia, que foram aprofundadas com as atividades presenciais de modalidade *hands on*.

A vivência em tempos de pandemia modificou as vidas, tirou vidas de queridos profissionais, modificou pensamentos e atitudes; mas acima de tudo trouxe novas forças, despertou ideias e projetos de qualidade para superar e resistir ao imprevisto. Futuramente existe a necessidade premente de análise, ajustes e avaliação de tudo que foi realizado, não para que somente entre para a história, mas para que ajude a expandir horizonte e fazer com que o gerenciamento em Enfermagem possa evoluir em qualidade e inovações.

## REFERÊNCIAS

1. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (BR). Minha história com a rede EBSEERH: O HUMAP me ajudou a ter força para lutar pela minha vida [Internet]. Brasília: EBSEERH; 2021 [cited 2021 Mar 01]. Available from: [www.gov.br/ebserh/pt-br/comunicacao/relatos-e-historias/201co-humap-me-ajudou-a-ter-forca-para-lutar-pela-minha-vida201d](http://www.gov.br/ebserh/pt-br/comunicacao/relatos-e-historias/201co-humap-me-ajudou-a-ter-forca-para-lutar-pela-minha-vida201d)
2. Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian. Plano de Contingência para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19): versão 07[Internet]. 2021[cited 2021 Sep 12]. Available from: [www.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2021/03/PLANO-CONTINGENCIA-ATUALIZADO-V6-1.pdf](http://www.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2021/03/PLANO-CONTINGENCIA-ATUALIZADO-V6-1.pdf)
3. Guo Y, Cao Q, Hong ZS, Tan YY, Chen SD, Jin HG, et al. The origin, transmission and clinical therapies on coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak: an update on the status. *Military Med Res.* 2020;7(1):11. <https://doi.org/10.1186/s40779-020-00240-0>
4. Reis RF, Quintela BM, Campos JO, Gomes JM, Rocha BM, Lobosco M, et al. Caracterização da pandemia COVID-19 e o impacto das incertezas, estratégias de mitigação e subnotificação de casos na Coréia do Sul, Itália e Brasil. *Chaos Solitons Fractals* 2020;136:109888. <https://doi.org/10.1016/j.chaos.2020.109888>
5. Secretaria do Estado de Saúde do Mato Grosso do Sul (SES). Boletim epidemiológico COVID-19 Mato Grosso do Sul [Internet]. 2020[cited 2021 Sep 25]. Available from: [https://www.vs.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2020/04/Boletim-Epidemiolo\\_gico-COVID-19-2020.04.13.pdf.pdf](https://www.vs.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2020/04/Boletim-Epidemiolo_gico-COVID-19-2020.04.13.pdf.pdf)
6. Rede Nacional de Atenção integral à Saúde do Trabalhador (BR). Boletim CoVida pandemia de Covid-19: a saúde dos trabalhadores de saúde no enfrentamento da pandemia da Covid-19 [Internet]. Salvador: Resnat; 2020 [cited 2021 Sep 9]. Available from: [renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/boletim-covid-5-trabalhadores-da-saude.pdf](http://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/boletim-covid-5-trabalhadores-da-saude.pdf)
7. Jackson D, Bradbury-Jones C, Baptiste D, Gelling L, Morin K, Neville S, et al. Life in the pandemic: some reflections on nursing in the contexto of COVID-19. *J Clin Nurs* 2020;29:2041-2043. <https://doi.org/10.1111/jocn.15257>
8. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Brasil). CNES 0009709 EBSEERH Hosp. Univ. Maria Aparecida Pedrossinan. Profissionais [Internet]. 2021 [cited 2021 Oct 9]. Available from: [cnes.datasus.gov.br](http://cnes.datasus.gov.br)
9. Miranda FMA, Santana LL, Pizzolato AC, Saquis LMM. Condições de trabalho e o impacto na saúde dos profissionais de enfermagem frente a Covid-19. *Cogitare Enferm.* 2020;25:e72702. <https://doi.org/10.5380/ce.v25i0.72702>
10. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Nota técnica GVIMS/GGTEs/ANVISA Nº 07/2020. Orientações para prevenção e vigilância epidemiológica das infecções por sars-cov-2 (COVID-19) dentro dos serviços de saúde. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde Agência Nacional de Vigilância Sanitária [Internet]. Brasília; ANVISA; 2020[cited 2021 Oct 9]. Available from: [www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/nota-tecnica-gvims-ggtes-anvisa-no-07-2020/view](http://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/nota-tecnica-gvims-ggtes-anvisa-no-07-2020/view)
11. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (BR). Nota Técnica - SEI no 2/2021/SGQ/CGC/DEPAS-EBSEERH referente a atualização da Nota Técnica nº 5/2020/SGQ/CGC/DAS-EBSEERH referente as orientações aos Hospitais Universitários Federais da Rede Ebserh a respeito de COVID-19. Rede EBSEERH, 2020. Available from: [www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-ufu/saude/covid-19-hc-ufu/nota-tecnica/nota-tecnica-de-orientacoes-aos-hospitais-universitarios-federais-da-rede-ebserh-a-respeito-de-covid-19/view](http://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-ufu/saude/covid-19-hc-ufu/nota-tecnica/nota-tecnica-de-orientacoes-aos-hospitais-universitarios-federais-da-rede-ebserh-a-respeito-de-covid-19/view)
12. Souza JR, Barboza GR, Lindenberg ASC, Santos CM. Reorganização de um serviço ambulatorial para o enfrentamento da pandemia do coronavirus [Internet]. *Anais do 2o Encontro de Regulação em Saúde da EBSEERH; 2020 novembro 25-27, Brasília.* 2020[cited 2021 Set 9]. Available from: [www.gov.br/ebserh/pt-br/acesso-a-informacao/boletim-de-servico/sede/2021/anexos/anais-do-ii-encontro-nacional-de-regulacao-em-saude-da-ebserh.pdf/view](http://www.gov.br/ebserh/pt-br/acesso-a-informacao/boletim-de-servico/sede/2021/anexos/anais-do-ii-encontro-nacional-de-regulacao-em-saude-da-ebserh.pdf/view)

13. Pinheiro DS, Santos CM, Tomaoka, AR, Souza JR. Padrão das internações em leitos UTI-COVID de um hospital universitário da Região Centro-Oeste. Anais do 2o Encontro de Regulação em Saúde da EBSEERH; 2020 novembro 25-27, Brasília. Brasília, 2020. [cited 2021 Set 9]. Available from: [www.gov.br/ebserh/pt-br/aceso-a-informacao/boletim-de-servico/sede/2021/anexos/anais-do-ii-encontro-nacional-de-regulacao-em-saude-da-ebserh.pdf/view](http://www.gov.br/ebserh/pt-br/aceso-a-informacao/boletim-de-servico/sede/2021/anexos/anais-do-ii-encontro-nacional-de-regulacao-em-saude-da-ebserh.pdf/view)
14. Associação de Medicina Intensiva Brasileira (BR). Registro Nacional de Terapia Intensiva: Projeto UTIs Brasileiras [Internet]. 2021[cited 2021 May 04]. Available from: [www.utisbrasileiras.com.br](http://www.utisbrasileiras.com.br)
15. Hart M. O que é Power BI? [Internet] 2021 [cited 2021 May 04]. Available from: [docs.microsoft.com/pt-br/power-bi/fundamentals/power-bi-overview](https://docs.microsoft.com/pt-br/power-bi/fundamentals/power-bi-overview)
16. Souza JR, Pinheiro DS. Utilização do Power-Bi como instrumento facilitador na coleta de dados pertinentes à gestão de leitos [Internet]. Anais do 2o Encontro de Regulação em Saúde da EBSEERH; 2020 novembro 25-27, Brasília; 2020[cited 2021 Sep 9]. Available from: [www.gov.br/ebserh/pt-br/aceso-a-informacao/boletim-de-servico/sede/2021/anexos/anais-do-ii-encontro-nacional-de-regulacao-em-saude-da-ebserh.pdf/view](http://www.gov.br/ebserh/pt-br/aceso-a-informacao/boletim-de-servico/sede/2021/anexos/anais-do-ii-encontro-nacional-de-regulacao-em-saude-da-ebserh.pdf/view)

<https://doi.org/10.51234/aben.22.e15.c03>

## DESAFIOS E ESTRATÉGIAS NO ATENDIMENTO DE PACIENTES COM COVID19 NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA

**Silviamar Camponogara<sup>1</sup>**  
ORCID: 0000-0001-9342-3683

**Etiane de Oliveira Freitas<sup>1</sup>**  
ORCID: 0000-0002-8589-2524

**Jeanini Dalcol Miorin<sup>1</sup>**  
ORCID: 0000-0001-7672-7191

**Gabrielle Charão<sup>1</sup>**  
ORCID: 0000-0002-6985-9644

**Larissa Venturini<sup>1</sup>**  
ORCID: 0000-0002-5401-3849

**Soeli Teresinha Guerra<sup>II</sup>**  
ORCID: 0000-0001-9773-3072

**Suzinara Beatriz Soares de Lima<sup>II</sup>**  
ORCID: 0000-0002-2162-8601

**Liliane Souto Pacheco<sup>II</sup>**  
ORCID: 0000-0002-0229-0692

**Débora Luiza dos Santos<sup>II</sup>**  
ORCID: 0000-0002-9318-689X

<sup>1</sup>Universidade Federal de Santa Maria.  
Santa Maria, RS, Brasil

<sup>II</sup>Hospital Universitário de Santa Maria.  
Santa Maria, RS, Brasil

**Autor Correspondente:**  
Silviamar Camponogara  
silviaufsm@yahoo.com.br



### Como citar:

Camponogara S, Freitas EO, Miorin JD, et al. Desafios e estratégias no atendimento de pacientes com COVID19 no Hospital Universitário de Santa Maria. In: Santos JLG, Erdmann AL. (Orgs.). Gestão do cuidado de enfermagem no enfrentamento da pandemia de COVID-19 em hospitais universitários brasileiros. Brasília, DF: Editora ABEn; 2022. 28-38 pg <https://doi.org/10.51234/aben.22.e15.c03>

Revisora: Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni  
Universidade Federal de Santa Catarina.  
Florianópolis, SC, Brasil.

## INTRODUÇÃO

No final de 2019, na cidade de Wuhan, na China, iniciou-se a epidemia do COVID-19 -Doença de Coronavírus 2019 - que mais tarde alastrou-se mundialmente, sendo declarada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como pandemia, em março de 2020. O agente etiológico da doença é chamado de SARS-CoV-2 - Síndrome Respiratória Aguda Grave de Coronavírus 2 - e é conhecido por ser virulento e patogênico<sup>(1)</sup>.

Conforme os dados da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), foram confirmados no mundo 107.423.526 casos de COVID-19 e 2.360.280 mortes até 12 de fevereiro de 2021<sup>(2)</sup>. No Brasil, havia 12.320.169 casos confirmados de COVID-19, 10.772.549 casos recuperados, 1.244.158 em acompanhamento médico e 303.462 óbitos confirmados, até 25 de março de 2021<sup>(3)</sup>. Sabe-se ainda que, cerca de dez a 15% dos pacientes, precisarão ser internados em unidades de terapia intensiva devido à insuficiência respiratória aguda<sup>(4)</sup>.

Diante desse cenário, foi necessário que todo o sistema de atenção à saúde, especialmente, os hospitais se reorganizassem, a fim de aumentar a capacidade para atender a demanda de pacientes, garantindo um ambiente seguro de trabalho, com recursos humanos e suprimentos adequados<sup>(5)</sup>.

As implicações físicas impactaram diretamente na reorganização dos hospitais à medida que a pandemia avançava. A configuração do espaço físico, mudanças de área e de infraestrutura, ampliação de leitos, foram desafios impostos pela pandemia<sup>(6)</sup>. Paralelo a isso, foi preciso prover esses espaços com equipamentos e tecnologias para uma assistência de qualidade, além do necessário provimento de equipamentos de proteção individual (EPI), visando assegurar a integridade física do trabalhador<sup>(7)</sup>.

Além das questões físicas e de insumos, é muito importante considerar também os recursos humanos. A seleção



de profissionais e o dimensionamento de pessoal foi um importante desafio enfrentado pelos hospitais, visto que a alta demanda exigia cada vez mais um número maior de trabalhadores da saúde<sup>(8)</sup>. Para tanto, a fim de suprir essa necessidade, foi preciso investir em contratação e capacitação de profissionais a fim de assegurar um cuidado de qualidade ao paciente e a segurança do trabalhador.

Atualmente, o recrudescimento da pandemia coloca novos desafios para as instituições hospitalares, exigindo a adoção de estratégias direcionadas à oferta de cuidados com qualidade. Diante disso, este capítulo objetiva relatar a experiência de um Hospital Universitário frente a demanda de ampliar sua capacidade instalada, a fim de prover atendimento a pacientes com COVID 19.

## METODOLOGIA

A instituição que serviu como cenário desse relato, trata-se de um hospital público, de ensino, de grande porte, situado na região central do estado do Rio Grande do Sul, que atende uma população de 1,2 milhões de habitantes. A instituição possui uma estrutura ampla de atendimento, que inclui ambulatorios, internação convencional, internação de terapia intensiva, unidade de pronto socorro e serviços diagnósticos variados.

Para compor o relato de experiência, foram utilizadas informações extraídas de duas fontes: documental e entrevistas. Foram analisados documentos formais da instituição que guiaram a organização e fluxo do serviço durante a pandemia da COVID-19 (Plano de Contingenciamento, protocolos de atendimento, dentre outros). Também foram realizadas entrevistas semiestruturadas com gestores, enfermeiros e médicos da instituição, escolhidos por conveniência, visto que buscou-se entrevistar aqueles profissionais que estão mais engajados nas questões referentes à COVID-19. Foram realizadas quatro entrevistas, no mês de março de 2021, que ocorreram *online* e tiveram duração média de 50 minutos.

Após análise dos documentos e das entrevistas, organizou-se o presente relato, que aponta os desafios impostos pela pandemia, bem como as estratégias adotadas para prover atendimento qualificado aos usuários, com garantia de segurança aos trabalhadores de saúde. Também se faz destaque especial para o aprendizado advindo de todo esse processo e as perspectivas futuras.

## RESULTADOS

A pandemia por COVID-19 forçou o sistema de saúde mundial a adotar estratégias para prover atendimento adequado aos pacientes acometidos pela doença. As organizações hospitalares, necessitaram de um planejamento e da implementação ações diversas, de forma imediata, para o provimento de uma estrutura assistencial, o que demandou a adoção de medidas de ampliação da capacidade instalada, por parte dos gestores institucionais.

Diante da instalação da pandemia da COVID-19 e da iminência de aumento do número de casos, o Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), precisou adaptar-se ao novo cenário sanitário mundial e exercitar, ainda mais, a capacidade de providenciar a resolução imediata de problemas. Para tanto, fez-se necessário implementar diferentes estratégias para aumento da capacidade instalada de atendimento, levando-se em consideração a disponibilidade de recursos humanos, espaço físico, de equipamentos, suprimentos e serviços de apoio.

A organização do HUSM para o atendimento aos pacientes suspeitos/confirmados de COVID-19 iniciou ainda em janeiro de 2020, com a organização de área específica para internação e tratamento, seguindo recomendações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), de forma a preservar os demais pacientes hospitalizados e prover assistência adequada e segura aos pacientes com Covid-19. Em fevereiro de 2020, o Brasil, por meio do Ministério da Saúde, apresentou seu Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana (PCNIH) do novo coronavírus, constituído por três níveis de resposta. A primeira delas é o nível de Alerta que designa uma situação de risco elevado de introdução do SARS-CoV-2 no Brasil; a segunda é a Perigo

Iminente, caracterizada pela confirmação de caso suspeito; e a terceira é a da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional, que corresponde à situação de confirmação de transmissão local do primeiro caso de SARS-CoV-2 no território nacional, ou reconhecimento de declaração de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional pela Organização Mundial de Saúde<sup>(9)</sup>.

Diante disso e do agravamento da situação mundial, foi elaborado, no HUSM, o Plano de Contingência, contendo diversas medidas a serem adotadas, visando, prioritariamente, evitar a disseminação do vírus nas dependências da instituição. Também foi instituído, por meio da Portaria-SEI nº 62, de 20/03/2020, o Comitê de Enfrentamento Institucional do COVID-19 no HUSM – COE. O COE é responsável pela gestão plena da situação emergencial vivenciada, por meio da realização de análises de cenários, da verificação dos controles e riscos, da tomada de decisões, tendo pronta resolução por parte das equipes assistenciais das decisões e ordens emanadas. Conforme as variações significativas nas demandas COVID e não COVID-19 no HUSM e Bandeira de distanciamento social no Rio Grande do Sul e 4ºCRS, o COE atualiza os níveis do plano de contingência, o qual varia de zero a quatro, sendo que, o nível quatro apresenta a situação mais delicada da instituição no enfrentamento da COVID-19.

No que tange **à oferta de leitos e de espaço físico**, a fim de estabelecer condições para atendimento de pacientes com COVID-19, decidiu-se que a unidade de Pronto Socorro (PS), destinaria parte da sua área física e seus recursos humanos para o atendimento dos pacientes com COVID-19. Esta medida culminou com a instalação imediata de 10 leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) COVID-19, com possibilidade de ampliação de mais 05 leitos, caso houvesse condições de ampliar o quantitativo de profissionais. Contudo, essa medida impactou outros setores da instituição, que precisaram se adaptar, visto que o hospital necessitou ocupar a estrutura física de vários locais para montar uma área exclusivamente isolada para atender pacientes com COVID-19.

O pronto socorro ficou sem espaço para internar. Então, o bloco cirúrgico precisou doar uma parte da sua estrutura física para o pronto socorro. E, nesse lugar, ficaram 10 pacientes que aguardam leitos nos andares, e o excedente continuou permanecendo nos corredores como acontecia antes. (Enfermeira assistencial)

[...] começou toda uma preparação, ou seja, diminuir a porta de entrada, para zerar o número de pacientes em corredor... organização do pronto socorro clínico, que seria a unidade de internação [...] Suspendemos o ambulatório por um período. E aí com os leitos que vagaram nos andares, foi subindo paciente [para internação em outros setores] e a gente conseguiu esvaziar o pronto socorro em questão de dois ou três dias. (Gestora)

Logo após esse período inicial, a área destinada a adultos suspeitos de COVID-19 (que poderia receber também crianças e/ou gestantes, conforme demanda) já totalizava 15 leitos, dispostos em três ambientes: 03 leitos de UTI com isolamento privativo e com antessala, utilizados principalmente para suspeitos, sem pressão negativa; 03 leitos de UTI com isolamento por coorte de casos suspeitos/e ou confirmados, sem uso de ventilação mecânica, com pressão negativa; 09 leitos de UTI com isolamento por coorte de casos confirmados, em uso de ventilação mecânica, e com pressão negativa.

Com a perspectiva de aumento progressivo da demanda, a instituição providenciou a destinação de leitos específicos para atendimento a pacientes com COVID-19, em outros locais, de acordo com a especificidade dos pacientes. No Pronto Socorro Pediátrico, a área destinada para crianças suspeitas e/ou confirmadas por COVID-19, conta com 06 leitos de enfermaria respiratória, sendo um em isolamento privativo com antessala e sem pressão negativa. Na UTI Pediátrica, realizou-se a adaptação de 01 leito para pacientes confirmados, em atenção à necessidade de remanejamento interno de criança com diagnóstico de Covid-19 e necessidade de atendimento de terapia intensiva. Também foi realizada adaptação de uma enfermaria, na UTI Neonatal, que poderia ser utilizada para RNs suspeitos/confirmados de Covid-19 atendidos no HUSM. Para o atendimento das gestantes com suspeita e/ou confirmação de COVID-19, que necessitassem de internação, organizou-se uma área contendo 04 leitos, sob gestão da Unidade de Centro Obstétrico, sendo um deles com pressão negativa.

Contudo, em janeiro de 2021, diante do cenário epidemiológico do estado do Rio Grande do Sul, houve necessidade de uma reestruturação do serviço. A instituição, há alguns anos, possuía uma área física destinada à Central de UTI's em fase final de construção e, com a pandemia, recebeu aporte financeiro, em março de 2020, para finalizar a obra, a qual foi concluída em dezembro de 2020. Com a necessidade de ampliação de leitos, a UTI-COVID foi transferida para a área destinada à UTI adulto, oferecendo um total de 20 leitos de terapia intensiva. A área antes destinada ao atendimento de pacientes críticos, passou a ser uma unidade de 15 leitos de enfermaria COVID-19, para os pacientes que dão alta da UTI, mas ainda precisam de cuidados hospitalares e isolamento e pacientes que positivaram para COVID-19, nas unidades de internação, mantendo, assim, um único local de isolamento para pacientes infectados.

Com a ampliação de leitos, também houve o desafio de prover equipamentos. No que tange ao **provisionamento de equipamentos**, também houve necessidade de reorganização, a fim de possibilitar a internação de pacientes com garantia de tratamento adequado. Uma das estratégias utilizadas, nesse caso, foi a realocação de equipamentos (camas, monitores, ventiladores) já disponíveis na instituição, provenientes de diferentes setores, os quais foram cedidos para montagem dos leitos para atendimento a pacientes com COVID-19. Além disso, em abril de 2020, foi realizado um acordo entre a instituição e a Secretaria de Saúde do Estado do RS, por meio do qual foram alugados dez kits hospitalares (camas, ventiladores e monitores e máquinas de hemodiálise), o que possibilitou a ampliação do atendimento a pacientes em estado crítico.

Outro desafio, inerente a realização de cuidados aos pacientes, tem relação com a disponibilidade de **Equipamentos de Proteção Individual**. Nesse caso, também houve necessidade de um planejamento e da adoção de estratégias coordenadas, a fim de garantir o suprimento dos mesmos, com vistas à segurança do trabalhador, haja vista que, em âmbito mundial, já havia uma demanda muito grande por EPIs.

Para tanto, foi necessário reorganizar o processo de compras desses equipamentos e, ao mesmo tempo, desenvolver uma estratégia diferenciada para organização e manutenção de estoque. A principal medida adotada foi a centralização da gestão destes materiais, a fim de garantir que, nos momentos mais críticos, não faltasse. Outra medida adotada, pela instituição, foi a fabricação de máscaras em tecido, em determinado período, como forma de garantir a segurança do trabalhador que não atuava com paciente suspeito ou confirmado por covid-19.

Além disso, foi necessário enfrentar os desafios de conter a ansiedade dos profissionais, temerosos em relação a uma doença desconhecida e com potencial de letalidade, e enfrentar a burocracia e a supervalorização na compra dos EPI'S, especialmente de máscaras. O relato a seguir retrata esse panorama:

Aí veio a questão dos EPI's. [EM MARÇO DE 2020] Uma corrida muito grande dos profissionais em cima dos EPI's. Todos queriam usar máscara. O estoque que nós tínhamos era para seis meses... tentamos comprar um estoque maior, não conseguimos nesse período Nenhuma empresa tinha [...] A gente conseguiu depois comprar máscaras a preço de ouro. A trezentos reais quase a caixa, que a gente pagava quatorze, quinze reais. Como serviço público também a gente depende de licitação e tal [...] a gente conseguiu comprar bem no momento que a gente teve o primeiro paciente internado. (Gestora)

O principal era a máscara cirúrgica e a N 95. Essas eram as principais, que a gente não teria. Luvas e aventais a gente não teve problemas. A preocupação maior era a questão das máscaras pelo tipo de substituição, porque a gente não poderia nunca usar pano para atender o paciente COVID-19. Junto com a CCIH foi possível uma estratégia para reutilização das máscaras N 95. A gente comprou uns potes, colocamos nos potes, cada um tinha o seu pote de máscara. Até que a gente pudesse entrar num momento mais à vontade, de não reutilizá-las. Hoje a gente reutiliza elas, mas é muito difícil para quem passa um plantão inteiro, aquela máscara sai úmida e daí ela não deve ser utilizada enquanto ela está úmida [...] A gente continua controlando.(Gestora)

E aí, nesse mesmo momento, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) coloca que todos os profissionais da saúde dentro do ambiente hospitalar devem utilizar os EPI's, como a máscara cirúrgica. Até esse momento, era

só com paciente suspeito ou positivo de COVID. Antes disso, a gente fez todo um trabalho da máscara de pano e a gente foi testando vários tipos. A gente confeccionou algumas máscaras, inclusive com tecido que era usado no centro de material, por exemplo, com TNT com três camadas, com uma gramatura boa. E a gente foi fazendo tudo que é tipo de teste que a gente podia para poder dar conta, caso a gente não tivesse esse recurso. (Gestora)

Visto os riscos de contaminação pelo novo coronavírus, sabe-se que os EPIs são fundamentais na proteção dos trabalhadores. Com a progressão da pandemia, o acesso aos EPIs para profissionais da saúde bem como a possibilidade de escassez nos locais com alta demanda de atendimento têm se tornado uma preocupação e estão relacionados ao aumento direto do risco de contaminação pelo novo coronavírus e ao aumento da ocupação hospitalar, especialmente em UTI<sup>(10)</sup>.

Outro desafio quando se pensa em material, foi algumas medicações, que, com a pandemia, passaram a ser muito mais utilizadas do que antes. Um exemplo foram os bloqueadores neuromusculares que aumentaram significativamente o seu uso. Sabe-se que a medicação é essencial para o paciente que encontra-se em respirador, mas com o aumento de 20 leitos de UTI, com pacientes sedados, o gasto aumentou muito, ocorrendo uma falta geral em várias instituições de saúde, limitando, inclusive, algumas cirurgias eletivas, afim de manter um estoque adequado aos pacientes com COVID-19, internados.

**A dotação de recursos humanos**, para atender a demanda gerada pela pandemia da COVID-19, foi e está sendo um dos maiores desafios para a instituição, tanto no que diz respeito ao quantitativo de profissionais como em relação à qualificação dos mesmos. Para tanto, a instituição contou com profissionais médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e técnicos de enfermagem que atuavam diretamente na assistência, com um grupo de infectologistas, assim como, com toda a equipe da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

Num primeiro momento, os profissionais da 'linha de frente' foram os profissionais do Pronto Socorro, sendo que a organização dos mesmos, nas escalas, se dava diariamente, de acordo com a necessidade, haja vista que, inicialmente, havia poucos pacientes internados. No entanto, quando houve aumento da demanda, iniciaram-se as contratações de profissionais, por meio de processo seletivo emergencial. Contudo, ainda assim houve déficit de profissionais, o que gerou a necessidade de realização de horas extras. A falta de qualificação profissional também foi um desafio a ser enfrentado, como destacado no seguinte relato:

Na verdade, 'a gente ia matando, bem sinceramente, um leão por dia! Via como é que estavam os pacientes de hoje e programava a escala de amanhã [...] Outro desafio relacionado aos recursos humanos disponíveis era a qualificação para atuar frente ao paciente com COVID-19. Primeiro os profissionais do pronto socorro: esses apesar de atuarem na urgência e emergência, não viviam as rotinas da terapia intensiva. Depois, os profissionais que entraram no processo seletivo, que frequentemente não tinham nenhuma experiência se quer em ambiente hospitalar... Então, isso exigiu bastante no sentido de treinar todos esses profissionais, porque a maioria dos profissionais não tinham experiências em UTI, não tinham experiências em cuidados de pacientes críticos. (Enfermeira assistencial)

Diante disso, a realização de capacitações profissionais foi um grande desafio, levando a necessidade de adotar estratégias específicas para esse fim. Essas ações educativas, foram e estão sendo fundamentais para qualidade da assistência, bem como prevenção da disseminação do vírus.

As ações educativas, na instituição, tiveram início no dia 30/01/2020, com capacitações sobre a pandemia do novo Coronavírus, uso de EPIs e fluxogramas de triagem, atendimento e coleta de exames, com apoio da equipe do Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS) e da Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho (SOST) e Comissão de Controle e Infecção Hospitalar (CCIH). Num primeiro momento, foram capacitadas 928 pessoas, sendo 408 profissionais que atuam no HUSM vinculados a instituição pelo regime jurídico único (RJU) e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e 520 profissionais de empresas terceirizadas, residentes, estudantes e outros participantes externos. Para tanto, foram realizados diversos encontros, em auditório da instituição. Além disso, alguns treinamentos foram realizados *in loco*, na Unidade de Pronto Socorro.

Paralelamente a isso e em atendimento às recomendações de evitar aglomerações de pessoas, foi realizada a filmagem de um vídeo sobre colocação e remoção de EPIs, amplamente divulgado pelo WhatsApp, e-mail e na página institucional. No mesmo período, também foi dado início a realização de *lives*, semanalmente, com o propósito de atualização do cenário epidemiológico local e divulgação de orientações diversas para prevenção e manejo da Covid-19. Ainda, contou-se com uma diversidade de materiais impressos, contendo orientações aos profissionais, alertando sobre o uso correto dos EPIs em cada área, a sequência de colocação e retirada dos mesmos, assim como, um vídeo com instruções específicas para área COVID-19.

Esse processo de capacitação foi desafiador, e as pessoas envolvidas relataram algumas dificuldades:

Nos dois primeiros dias dos profissionais eram ministrados treinamentos. Eu posso falar com toda precisão, não era suficiente, porque os profissionais não tinham embasamento suficiente para assimilar tudo aquilo. Muita gente nunca nem tinha visto intubar um paciente. Então, tinha que deixar esse profissional que entrava junto com um enfermeiro. Eu fiquei muito lá dentro fazendo treinamento dessas pessoas. Eu pegava o funcionário que entrava e treinava, no sentido de ensinar dia a dia acompanhado, colocar de dupla com outro. Então, a gente foi treinando além do treinamento inicial, a gente foi treinando dia a dia na assistência. Obviamente, mesmo assim não era suficiente. Daí a gente foi tentando fazer *live* de capacitação para esses profissionais, a gente construiu *checklists* de cuidados, a gente fez manual de rotinas, de instrução de várias coisas lá dentro [...] a gente tinha que, muitas vezes, praticamente ensinar o bê-a-bá de algumas coisas. (Enfermeira assistencial).

Contudo sabe-se que esse é um processo permanente. A instituição conseguiu evoluir muito no que tange a capacitação dos profissionais que fazem parte da linha de frente. Atualmente, as capacitações continuam ocorrendo, mas o objetivo de realizar cuidados com maior excelência, acreditando que a COVID-19 tem particularidades e que o manejo correto pode salvar vidas, conforme relato a seguir.

A ventilação mecânica deles [PACIENTES COM COVID 19], é muito diferente das outras, do que se está acostumado numa UTI-geral. Então, exige qualificação. Não é fácil abrir leitos como se fosse água. Apesar disso, a gente vem abrindo. Coisa que nem a gente pensava em fazer. (Médico infectologista)

Estudo documental, a partir de informações disponibilizadas nos sites oficiais de 44 hospitais universitários da rede federal de ensino do Brasil, identificou que houve a elaboração de materiais educativos sobre medidas de prevenção da COVID-19. Entre os tópicos abordados, destacaram-se orientações para gestantes e crianças sobre nutrição, atividade física e saúde mental para os pacientes e profissionais. Destacou-se o trabalho dos Hospitais Universitários Federais na produção de materiais informativos visando à prevenção da COVID-19, principalmente de forma *on-line*. Estas informações podem contribuir com a saúde mental da população, visto que, o avanço da pandemia está causando impacto na saúde mental coletiva, podendo gerar, por exemplo, ansiedade, depressão e medo<sup>(11)</sup>.

A qualificação do processo assistencial estava atrelada a outro desafio: **elaboração de protocolos assistenciais**, como o “Protocolo Manejo de pacientes suspeitos e/ou Covid-19 no HUSM”. Diante disso, a instituição contou com uma equipe de profissionais que se reúne e revisa periodicamente publicações científicas, a fim de identificar resultados que conduzam a adoção de condutas adequadas e mais eficazes. Além disso, há um processo de monitoração de indicadores de mortalidade e de infecções hospitalares, que geram dados a fim de retroalimentar os protocolos já estabelecidos, a exemplo dos indicadores de infecção hospitalar, tendo em vista que a multirresistência na unidade COVID-19 é alta e há uma diversidade de antibióticos utilizados pelos pacientes.

Na segunda quinzena de setembro de 2020, com reforço na equipe da Unidade de Vigilância em Saúde, iniciou-se o monitoramento do uso adequado das medidas de prevenção à Covid-19, nas diversas unidades e serviços do HUSM, especialmente nas áreas não Covid. As visitas, também denominadas de Ronda, são executadas por duas enfermeiras, conforme cronograma previamente definido e/ou demandadas a partir

de possíveis surtos locais, e tem como prioridade serviços de atendimento direto à pacientes. Os dados coletados pelas Rondas são repassados para as respectivas chefias, via Sistema Eletrônico de Informação (SEI) ou comunicação direta, nos casos de possíveis suspeitos de Covid-19 nas unidades/serviços do HUSM, para aplicação de medidas cabíveis.

Adicionalmente a todas as medidas educativas com os profissionais, estabelecimento do Plano de Contingenciamento da Covid-19 do HUSM, protocolos, POPS e demais materiais de orientação à prática assistencial, também ocorreu o trabalho de **testagem e monitoramento de casos positivos**. Há o monitoramento de todos os testes positivos para Covid-19, atuando o mais breve possível na identificação e contenção de surtos, com planos de ação *in loco* e orientações específicas para os serviços e equipes envolvidas.

No que diz respeito aos pacientes, foram estabelecidos fluxos de acesso e triagem, visando evitar a propagação intra-hospitalar do vírus. O acesso à instituição é controlado por meio da triagem, instituída nas três portas de acesso ao prédio, realizada por equipe multiprofissional, e consiste na aferição da temperatura axilar e realização das perguntas de um *check-list* específico para essa finalidade, orientações e encaminhamentos e oferecimento de álcool em gel. São considerados positivos para triagem: pessoas com  $T > 37,8$ , ou com diagnóstico ou sintomas suspeitos de síndrome respiratória e/ou contactantes de casos suspeitos e/ou confirmados de COVID-19.

Outra medida adotada, nesse sentido, foi a restrição de visitantes. Nas unidades de internação e unidades de tratamento ambulatorial (quimioterapia, radioterapia, endoscopia), as visitas foram proibidas e os acompanhantes são liberados, conforme necessidade expressa pela equipe assistente.

Deixar acompanhante só para quem realmente precisa. A gente foi bem rígido nessa questão. Deixava o acompanhante pós cirurgia, um dia, dois e depois liberava ele para casa. Porque foram vários casos de contaminação onde o acompanhante teve sintomas. A gente sempre tentava testar o acompanhante, mas, às vezes, o acompanhante ia para casa e daí em casa ele ligava que estava com sintomas. E também os acompanhantes sem troca a todo momento. Então, preferência, uma troca por dia. (Gestora)

No PS os casos suspeitos e confirmados, com critérios de gravidade e/ou com comorbidades que exijam atendimento em hospital terciário são encaminhados aos consultórios destinados ao atendimento de COVID-19. Todas as áreas receberam identificação com alerta – ÁREA COVID; foi elaborado e divulgado entre as equipes fluxograma e roteiro de triagem para que estas realizem o monitoramento diário de todos os pacientes hospitalizados, considerando que, em decorrência do tempo médio de incubação do vírus - 5 a 6 dias, qualquer paciente pode vir a apresentar sintomas de Covid-19, durante a internação.

Outra estratégia utilizada para organizar o serviço e detectar precocemente os casos positivos para SARS-COV-2, foi a realização de exames de reação em cadeia da polimerase (PCR).

A gente acabou criando, dentro do hospital, uma coleta e um fluxo todo sobre essa questão do PCR. Então, a gente precisaria também que o nosso paciente suspeito chegasse e tivesse um teste PCR logo. Esse PCR ele ia para Porto Alegre e demorava até sete dias. (Gestora)

Cabe relatar também, que frente à demora para obtenção dos resultados dos exames diagnósticos da COVID-19, o HUSM em conjunto com a UFSM criou o próprio laboratório para coleta por PCR, criando todo um fluxo de coleta e análise, com resultados em 12 horas, o que trouxe muitos benefícios para tratamento da doença e diminuiu, consideravelmente, o afastamento dos profissionais.

Desde o início do período pandêmico, os trabalhadores da instituição, residentes e acadêmicos que apresentassem sinais ou sintomas leves relacionados à COVID-19 ou contato domiciliar com caso confirmado de Covid-19, deveriam afastar-se imediatamente de suas atividades e seguir o fluxograma elaborado e divulgado entre as equipes. Nesse caso, são orientados a entrar em contato telefônico com o disque COVID-UFSM (serviço criado para monitoramento virtual) para realização de tele-consulta ou efetuar o preenchimento de

um formulário *online* para posterior triagem pelo SOST (Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho). Os colaboradores que apresentassem sintomas respiratórios associados à dispneia e/ou Saturação de O<sub>2</sub> abaixo de 95%, deveriam buscar atendimento em serviço de referência, e, caso estivessem nas dependências da instituição, deveriam buscar atendimento na área COVID da Unidade de PS. Para os profissionais que atuavam na linha de frente (área COVID-19) o exame para diagnóstico era realizado, no mínimo uma vez por mês, independente de o profissional estar sintomático ou não.

Dessa forma, a instituição demonstra uma preocupação com a segurança dos trabalhadores, adotando estratégias de proteção dos mesmos, bem como dos usuários atendidos. A literatura destaca a necessidade de elaborar políticas direcionadas ao cuidado com os profissionais expostos a longas e exaustivas jornadas, como a criação de escalas de turnos coerentes para a atuação dos profissionais da saúde. A adoção de diretrizes rígidas de controle de infecção, disponibilização e adequação de equipamentos especializados, aliados à valorização do trabalho, por parte dos gestores hospitalares e governamentais, e a concreta redução dos casos da doença podem proporcionar benefícios à saúde mental de toda a equipe<sup>(12)</sup>.

Diante do panorama descrito, evidencia-se que a pandemia de COVID-19 exigiu uma reorganização hospitalar, no sentido de trabalhar com os recursos (humanos e materiais) existentes, até que se conseguisse viabilizar a ampliação. Contudo, a alta transmissibilidade do vírus e a necessidade de **restrição de fluxo de pessoal**, forçou a adoção de medidas adicionais, no sentido de viabilizar o funcionamento da Unidade de Atendimento COVID, com restrição de fluxo de trabalhadores. Os depoimentos a seguir são exemplares desse contexto:

Uma coisa que fizemos foi capacitar toda equipe de enfermagem para coleta de exames de laboratório, para que não precisasse toda hora o laboratório entrar dentro da área COVID, uma vez que já teria uma equipe lá dentro. Então, a equipe de enfermagem foi capacitada junto com o laboratório para coleta de exames laboratoriais de rotina. Nesse sentido, um equipamento de gasometria arterial foi colocado dentro da UTI-COVID para que as gasometrias fossem feitas todas lá e não precisassem sair. (Gestora)

A gente não tem secretária lá dentro. Quem faz o trabalho de secretária é a enfermagem. (Enfermeira assistencial)

Outra estratégia, que gerou mudanças, tanto na instituição quanto na vida dos profissionais, foi estipular como rotina de plantões de 12 horas, a fim de reduzir a circulação de pessoas. Dessa forma, ao invés de virem dois trabalhadores por dia vinha um. Essa prática auxiliou também os custos do hospital, a exemplo da redução do uso de EPI'S.

O cuidado com a segurança dos trabalhadores e usuários, perpassou, também, por estratégias diferenciadas no que tange a limpeza de materiais, visto que, muitos não poderiam ser processados, de acordo com a rotina normal de higienização. Isso forçou as equipes, especialmente a de enfermagem, a viabilizar formas alternativas de garantir a esterilização de materiais, com menor risco de exposição possível dos trabalhadores, conforme exemplo a seguir:

No hospital, independente do setor, os profissionais vão usar um respirador e esse respirador, vai da unidade direto para Central de Bombas, que é o local que limpa os respiradores. Lá não. Eu tinha que capacitar os meus profissionais para que eles higienizassem os respiradores ali dentro [UNIDADE COVID-19]. (Enfermeira assistencial)

Frente a todo esse contexto, a despeito de todas as estratégias adotadas pela instituição para fazer frente ao grande desafio de ampliar sua capacidade assistencial, a fim de prover atendimento para pacientes com COVID 19, também é importante pontuar que esse processo foi marcado por momentos e sentimentos de medo e angústia, por parte dos profissionais, relacionados ao medo de se contaminar e ainda transmitir o vírus aos seus familiares. Já os pacientes internados vivenciam a angústia do isolamento, ao não poder receber visita dos seus familiares. A seguir, a gestora relata o sentimento dos profissionais e a estratégia adotada para minimizá-lo.

Eles [OS PROFISSIONAIS] tinham um choro, uma coisa assim, de que não sabiam o que seria, como é que eles iam voltar para casa deles. Nesse momento, eles teriam um pensamento de que tu não poderia voltar pra casa de jeito nenhum. Então, organizar onde é que eles tomariam banho, como que seria, tudo isso foi um problema. A gente conseguiu ver onde eles poderiam ficar, e aí um dos hotéis do município nos cedeu quartos. O Reitor acabou cedendo um espaço para as pessoas ficarem e não precisarem retornar para suas casas, com medo que sua família se contaminasse. Até ali a gente também não tinha muita informação sobre o vírus. (Gestora)

Estudo com 1.257 médicos e enfermeiros, atuantes e não atuantes na linha de frente, revelou uma proporção considerável de sintomas de depressão (50,4%), ansiedade (44,6%), insônia (34,0%) e angústia (71,5%). Diante dessa nova experiência de atuar na pandemia, há uma lacuna no que tange à harmonia entre as necessidades internas e exigências externas (trabalho, ambiente, entre outros) dos trabalhadores que estão à frente no combate da COVID-19, com enfoque àqueles que estão, por 24 horas, no cuidado direto aos pacientes, como os profissionais de enfermagem<sup>(13)</sup>.

Nessa mesma perspectiva, os pacientes com COVID-19 também viveram momentos de drama. Além do medo da doença e do prognóstico da mesma, eles tinham como grande desafio ficar longe da família. Muitas vezes, eram pacientes lúcidos, orientados e sem sedação. Frente a essa demanda a equipe desenvolveu estratégias para minimizar esse sofrimento.

Então, isso foi uma das coisas assim que a UTI-COVID trabalhou junto, com a parte da humanização, para que todo paciente que pudesse ter condições, que ele falasse um momento com a sua família por chamada de vídeo. Que a família não só recebesse os chamados boletins como: estável, não está estável. (Gestora)

A equipe de Enfermagem e, mais especificamente, as enfermeiras têm tomado parte das decisões sobre como lidar com a dor dos familiares, a solidarizarem-se de um modo mais sensível e afetuoso com estes. A promoção de um ambiente de afeto junto aos pacientes, oferecendo *tablets*, celulares, para que estes possam se comunicar com suas famílias, lendo cartas de apoio que são endereçadas aos pacientes oferecendo um alento naqueles momentos de solidão e isolamento são práticas que também são adotadas<sup>(14)</sup>.

Em suma, pode-se concluir que a pandemia suscitou uma reorganização da instituição, a fim de fazer frente aos desafios impostos, mediante a adoção de estratégias. Atualmente, em decorrência da aceleração da curva pandêmica, novos desafios surgiram, e outras medidas vêm sendo adotadas, como forma de manter a qualidade de atendimento e a segurança dos trabalhadores diante da necessidade de ampliação da capacidade instalada.

Em geral, destaca-se que a pandemia, também trouxe importante legado à instituição. Mostrou a importância de uma organização com serviços da rede em saúde, do desenvolvimento de ações coordenadas, da criatividade, da segurança dos gestores no planejamento e implementação de medidas direcionadas à prática assistencial segura tanto para usuários quanto para trabalhadores. Evidenciou que a comunicação é sim o maior desafio no processo de trabalho em saúde, mas que quando todos trabalham com a mesma finalidade, até os problemas são minimizados. As equipes se aproximaram e visualizaram a importância da CCIH dentro das diferentes unidades assistenciais da instituição.

Dentre os principais aprendizados, uma gestora destaca, com veemência, a importância do trabalho em equipe, o qual permitiu o êxito das ações empreendidas.

Eu acho que fica muito é o trabalho em equipe. Não tem como. A solidariedade. Todo mundo em determinado momento teve que se apoiar. Seja nas unidades ou na gestão. Todos nós temos um dia que a gente tem vontade de largar tudo e sair. E, eu acho que isso foi uma das coisas que eu acho que em todo o hospital, todo mundo se ajudou. (Gestora)

Além disso, a gestão institucional destaca a precursora da Enfermagem, Florence Nightingale, cujos ensinamentos precisam ser lembrados permanentemente:

Estamos vivendo as palavras dessa enfermeira, a necessidade da limpeza, da lavagem das mãos[...]. (Gestora)

Como planos para um futuro próximo, a instituição pretende consolidar o atendimento ambulatorial para pacientes pós COVID. A organização deste serviço já iniciou, e pacientes já estão sendo atendidos, por equipe multiprofissional, e serão acompanhados ambulatorialmente por um determinado período, observando as sequelas da infecção por covid-19, a fim de minimizá-las e que os pacientes retornem as suas vidas ativas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde o início da pandemia a instituição vivenciou diferentes momentos, desde a espera pela internação de pacientes até os dias atuais os quais os leitos se mantêm em sua totalidade ocupados, inclusive, com lista de espera. Durante esse espaço de tempo, a instituição se viu frente a inúmeros desafios, mas adotou estratégias de ampliação de serviços, tendo em vista, a prestação de um cuidado qualificado e seguro.

As projeções precoces, a ampliação e preparação de uma estrutura física, o estabelecimento rápido de protocolos e de todos os recursos necessários, seja humano e material, o investimento em educação e treinamento de pessoal permitiu enfrentar a pandemia com desfechos favoráveis no atendimento a todos os pacientes, com ou sem o novo coronavírus SARS-COV-2, que necessitam de atendimento em nossa instituição durante esse período.

A estruturação das ações bem como o envolvimento de todos os colaboradores da Enfermagem e da equipe multiprofissional, foi de grande assertividade para que as decisões tomadas tivessem maior adesão e pudessem ser implementadas com rapidez e agilidade.

## REFERÊNCIAS

1. Wu Fan, Zhao S, Yu B, Chen YM, Wang W, Song ZG, et al. A new coronavirus associated with human respiratory disease in China. *Nature*. 2020;597:265-284. <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2008-3>
2. Organização Pan Americana da Saúde (OPAS). Organização Mundial da Saúde (OMS). Folha informativa sobre COVID-19 [Internet]. 2020 [cited 2021 Mar 27]. Available from: <https://www.paho.org/pt/covid19#:~:text=Foram%20confirmados%20no%20mundo%20107.423,12%20de%20fevereiro%20de%202021>
3. Ministério da Saúde (BR). Painel coronavírus [Internet]. 2021 [cited 2021 Mar 27]. Available from: <https://covid.saude.gov.br/>
4. Associação de Medicina Intensiva Brasileira. Orientações sobre o manuseio do paciente com pneumonia e insuficiência respiratória devido a infecção pelo coronavírus (SARS-CoV-2) - Versão n.05/2020 [Internet]. 2021 [cited 2021 Mar 28]. Available from: [https://www.amib.org.br/fileadmin/user\\_upload/amib/2020/marco/29/Orientacoes\\_sobre\\_o\\_manuseio\\_do\\_paciente\\_com\\_pneumonia\\_e\\_insuficiencia\\_respiratoria\\_devido\\_a\\_infeccao\\_pelo\\_Coronavirus\\_SARS-CoV-2\\_-\\_Versao\\_n.032020.pdf](https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/marco/29/Orientacoes_sobre_o_manuseio_do_paciente_com_pneumonia_e_insuficiencia_respiratoria_devido_a_infeccao_pelo_Coronavirus_SARS-CoV-2_-_Versao_n.032020.pdf)
5. Carezzo L, Costantini E, Greco M, Barra FL, Rendiniello V, Mainetti M, et al. Hospital surge capacity in a tertiary emergency referral centre during the COVID-19 outbreak in Italy. *Anaesthesia* [Internet]. 2020 [cited 2021 Feb 15];75(7):928-934. Available from: <https://associationofanaesthetists-publications.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/anae.15072>
6. Gagliano A, Villani PG, Co'FM, Manelli A, Paglia S, Bisagne PAG, et al. COVID-19 Epidemic in the Middle Province of Northern Italy: impact, logistics, and strategy in the first line hospital. *disaster medicine and public health preparedness* [Internet]. 2020 [cited 2021 Mar 28];14(3):372-76. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32207676/>
7. Laselva CR. Ações técnicas e gerenciais da enfermagem no hospital israelita albert einstein para atender na pandemia da covid-19. *Enferm Foco* [Internet]. 2020 [cited 2021 Feb 15];11(1):185-91. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3945/825>
8. Organización Panamericana de la Salud (OPAS). Recomendaciones para la implementación de la metodología CICOM durante la respuesta COVID-19 [Internet]. 2020 [cited 2021 Feb 12]. Available from: [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/06/1099547/implementacion-metodologia-cicom-covid-19\\_0.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/06/1099547/implementacion-metodologia-cicom-covid-19_0.pdf)
9. Ministério da Saúde (Brasil). Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus Covid-19 [Internet]. 3 ed 2021. [cited 2021 Mar 30]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/livreto-plano-de-contingencia-espin-coe-26-novembro-2020>

10. Oliveira ACCL, Magalhães NCV, SILVA PAAA, Barja PR, Viriato A. Gestão hospitalar de equipamentos de proteção Individual no enfrentamento à pandemia covid19. *Braz J Develop [Internet]*. 2021 [cited 2021 Mar 31];7(3):23814-31. Available from: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/26030/20644>
11. Santos JL, Lanzoni GM, Costa MF, Debetio JO, Sousa LP, Santos LS, et al. Como os hospitais universitários estão enfrentando a pandemia de COVID-19 no Brasil?. *Acta Paul Enferm*. 2020;33:1-8. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO01755>
12. Ribeiro AP, Oliveira GL, Silva LS, Souza ER. Saúde e segurança de profissionais de saúde no atendimento a pacientes no contexto da pandemia de Covid-19: revisão de literatura. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2020;45(e25):1-12. <https://doi.org/10.1590/2317-6369000013920>
13. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N. Factors associated with mental health outcomes among healthcare workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Network Open*. 2020;3(3):1-12. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
14. Padilha MI. De Florence Nightingale à pandemia COVID-19: o legado que queremos. *Texto Contexto Enferm*. 2020;29:e20200327:1-14. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0327>

<https://doi.org/10.51234/aben.22.e15.c04>

# ATENDIMENTO DE PACIENTES COM COVID-19 NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES: CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM

**Viviane Euzébia Pereira Santos<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0001-8140-8320

**Isabelle Campos de Azevedo<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0001-5322-7987

**Marianny Nayara Paiva Dantas<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-8891-0003

**Larissa de Lima Ferreira<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-2567-2236

**Sara Eloise Argimiro Ribeiro<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-0890-3426

**Elizandra Pereira Trindade<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-2104-5796

**Neuma Oliveira de Medeiros<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-3489-7683

**Marcela Fernandes de Araújo Batista de Moraes<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-5042-9716

<sup>1</sup> Universidade Federal do Rio Grande do Norte.  
Natal, RN, Brasil.

<sup>2</sup> Hospital Universitário Onofre Lopes.  
Natal, RN, Brasil.

**Autor Correspondente:**

Viviane Euzébia Pereira Snatos  
vivianeepsantos@gmail.com



**Como citar:**

Santos VEP, Azevedo IC, Dantas MNP, et al. Contribuições da enfermagem em serviços essenciais ao atendimento de pacientes com COVID-19 no Hospital Universitário Onofre Lopes. . In: Santos JLG, Erdmann AL. (Orgs.). Gestão do cuidado de enfermagem no enfrentamento da pandemia de COVID-19 em hospitais universitários brasileiros. Brasília, DF: Editora ABEn; 2022. 39-45 pg. <https://doi.org/10.51234/aben.22.e15.c04>

Revisora: Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni  
Universidade Federal de Santa Catarina.  
Florianópolis, SC, Brasil

## INTRODUÇÃO

Este capítulo tem como foco a organização e atendimento dos pacientes com *Corona Virus Disease* (COVID-19), também denominado SARS-COV-2 (sigla do inglês que significa coronavírus 2 da síndrome respiratória aguda grave), internados no Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL) e as contribuições da Enfermagem nesse contexto.

A Enfermagem é protagonista no cuidado ao ser humano em suas diversas fases da vida, desde a promoção à saúde até sua morte, atuando nos mais diversos cenários, da gestão dos serviços à assistência direta ao paciente e à família, na busca constante por um cuidado de qualidade. Nessa perspectiva, demonstra sua essencialidade na organização, condução, execução e avaliação dos serviços em que está inserida<sup>(1,2)</sup>.

Com o advento da pandemia da COVID-19, a profissão teve sua notoriedade reconhecida e ampliada mundialmente ao se destacar na reorganização dos serviços, criação de novas rotinas e protocolos, treinamentos em grandes escalas e de forma rápida, além de assistência contínua à população. Como também pelo adoecimento e perdas ao longo dos meses, pela sobrecarga de trabalho e, fundamentalmente, por sua resiliência frente a tantos desafios, muitos ainda desconhecidos pela comunidade científica<sup>(2)</sup>.

A pandemia causada pelo SARS-COV-2 alastrou-se rapidamente e atingiu números inimagináveis de infectados e de óbitos. Ainda sem previsão de término e, com muitas dúvidas relativas ao seu surgimento, medidas de controle e tratamento, assola o mundo de forma devastadora<sup>(3)</sup>.

No Brasil, esses fatos não diferem da realidade mundial, devido sua extensão, as regiões do país vivem situações heterogêneas com altos e baixos, o que gera constante adequação dos serviços de saúde e dos profissionais, mobilização política e necessidade de canalização de recursos econômicos<sup>(3)</sup>.



Neste contexto, o Rio Grande do Norte, em fevereiro de 2021, contava com 272 leitos críticos e 299 clínicos para atendimento a pacientes com COVID-19, distribuídos em 20 hospitais, entre esses o HUOL, inicialmente como hospital de retaguarda, mas devido à gravidade da situação, recebe pacientes de todo estado e, também, mais recentemente, pacientes provenientes do Amazonas<sup>(4)</sup>.

Os profissionais de saúde do HUOL precisaram se adequar à nova realidade, buscar formas de melhor atender a população e manterem-se sadios, portanto, realça-se a Enfermagem com o maior número de profissionais envolvidos nesse processo. Assim torna-se pertinente descrever elementos fundamentais nessa caminhada na perspectiva de registrar os esforços dessa equipe e, também, como experiência que pode auxiliar outros serviços. Com isso, o objetivo deste capítulo é retratar as contribuições da Enfermagem em serviços essenciais ao atendimento de pacientes com COVID-19 no HUOL.

## METODOLOGIA

O presente estudo trata de um relato de experiência ancorado nas vivências e rotinas de trabalhadores da saúde, especialmente da Enfermagem, que atuam no HUOL, no âmbito da COVID-19. As informações apresentadas foram sistematizadas no intuito de abordar as soluções para o período pandêmico no tocante aos processos de produção e reprodução relacionados à organização da assistência à saúde e dos cuidados de Enfermagem ocorridos no hospital no período de fevereiro de 2020 a fevereiro de 2021.

O conhecimento de experiências exitosas possibilita o entendimento e aproximação com modos de saber-fazer em saúde, necessários ao trabalho em equipe, principalmente, em tempos de crise. Conhecer estratégias e ações assertivas pode subsidiar e nortear a *práxis* de Enfermagem, em outros contextos, em meio ao hodierno cenário da COVID-19. Esse tipo de estudo tem como finalidade aproximar a produção do trabalho em saúde, por meio da relação prática-teoria-prática.

A referida instituição é caracterizada como um hospital público federal que integra o Sistema Único de Saúde (SUS), considerada referência para o atendimento de média e alta complexidade no estado do Rio Grande do Norte (RN), Brasil, localizado na cidade de Natal, capital do estado. Atualmente, é administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), possui 243 leitos para internação, destes 29 compõem as Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e UTI COVID-19, além de 1.370 profissionais de saúde, dos quais 882 representam a força de trabalho da Enfermagem<sup>(5)</sup>.

Para acolher de forma eficiente e segura os casos suspeitos/em investigação e positivos da doença, uma enfermaria localizada no quarto andar do Edifício Central de Internação (ECI) foi isolada e destinada para este fim, a qual foi redimensionada em 10 leitos de UTI e 13 para tratamento clínico<sup>(6,7)</sup>, conta com a atuação de nove enfermeiros, 24 técnicos de enfermagem, 12 médicos e oito fisioterapeutas<sup>(8)</sup>, alocados estritamente para este setor.

Assim, diante das mudanças e experiências ocorridas, e para melhor compreensão, este relato foi organizado da seguinte: descrição dos cenários de internação, organização da enfermagem e setores de apoio no atendimento do paciente com COVID-19.

## DESCRIÇÃO DOS CENÁRIOS DE INTERNAÇÃO

Em março de 2020, o HUOL esteve responsável por admitir pacientes internados em outras instituições de saúde do estado do RN e município de Natal, que não estivessem infectados pelo SARS-COV-2, para permitir a disponibilidade dos leitos destes serviços aos pacientes com COVID-19, de modo que, estes usuários foram distribuídos no andar térreo do Edifício Central de Internação (ECI).

Nesse período, foram designadas duas enfermarias, para acolher os pacientes suspeitos ou confirmados com a COVID-19 que estivessem hospitalizados nesse nosocômio, com um total de seis leitos. Concomitante a isto, os pacientes internados na Unidades de Terapia Intensiva (UTI) da instituição, foram isolados em quartos privativos desta unidade caso fossem evidenciados sinais e sintomas da doença.

A partir de junho de 2020, houve a organização da Unidade COVID-19, localizada no 4º andar do ECI. Desde então, todos os pacientes já internados no HUOL, que estavam suspeitos e confirmados são admitidos neste local. Nesse momento, este setor contava com 13 leitos de enfermaria e 4 leitos de cuidados intensivos para os casos clínicos de maior complexidade.

A partir de 18 de fevereiro de 2021, sob vigência de um novo pico no número de casos da doença no RN, o HUOL amplia o quantitativo de leitos de cuidados intensivos em sua Unidade COVID-19 e passa a ter 10 leitos nesse nível de complexidade destinados aos pacientes infectados pelo SARS-COV-2. Além disso, os leitos deste setor tornam-se regulados pela Central Metropolitana de Regulação do RN (CMR/RN) e estão disponíveis a qualquer paciente do estado<sup>(9)</sup>.

## ORGANIZAÇÃO DA ENFERMAGEM

A Enfermagem do HUOL, desde o início da pandemia, tem intensificado sua participação nas atividades assistenciais, gestoras e de educação continuada em diversos setores deste serviço de saúde.

As primeiras ações realizadas por estes profissionais durante a pandemia consistiram na capacitação dos colaboradores multiprofissionais envolvidos na assistência direta ao paciente. Destarte, foram abordados tópicos relativos ao controle e prevenção da doença no ambiente hospitalar, dentre os quais:

- Identificação de sinais e sintomas da COVID-19;
- Fluxo do paciente com sintomas de COVID-19 na unidade hospitalar e na rede de saúde municipal;
- Procedimento, medidas de precaução e Equipamentos de Proteção Individual (EPI) adotados na coleta de *swab* naso e orofaríngeo e na assistência ao paciente suspeito ou confirmado com COVID-19;
- Manejo, drogas, equipamentos e sequência da intubação orotraqueal ao paciente com COVID-19 e cuidados para reduzir as chances de propagação do vírus;
- Ajustes na rotina e do ambiente de trabalho nas unidades de internamento com vistas à prevenção e controle da infecção.

Entre maio e junho de 2020, com o avançar da pandemia e elevação dos números de casos no RN e no Brasil, houve a participação da enfermagem na gestão da estruturação e instituição da Unidade COVID-19. Assim, para garantir a segurança de pacientes e profissionais foram adotadas as seguintes medidas:

- Instalação de sistema de exaustores nas enfermarias do andar designado ao recebimento destes pacientes;
- Estruturação da unidade para oferecer assistência a pacientes críticos;
- Alocação de equipe multiprofissional exclusiva para a Unidade COVID-19 (composta por enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos e fisioterapeutas);
- Separação de áreas limpas e contaminadas, com organização de sala de paramentação, repouso, copa e banheiros, além de armários para guarda de materiais fora da área de internação de pacientes;
- Uso de roupa privativa e EPI antes da entrada na unidade, na sala de paramentação<sup>9</sup> (capote impermeável, máscara N-95, gorro, propé, *face shield* ou óculos de proteção, uso de luvas de látex continuamente, como segunda pele).

Com relação às rotinas assistenciais, algumas estratégias foram adotadas pela enfermagem desta unidade para o enfrentamento à doença, como a adesão às medidas previstas propostas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)<sup>(10)</sup> para redução da colonização e da disseminação do vírus, como higiene oral do paciente suspeito ou confirmado de COVID-19, com peróxido de hidrogênio 1% e clorexidina aquosa 0,12% três vezes ao dia e uso de máscara cirúrgica para os pacientes suspeitos e confirmados com a doença.

Além disso, houve ênfase na comunicação do quadro clínico do paciente durante as transferências para a realização de exames ou procedimentos, com destaque aos sintomas de COVID-19 e ao registro de suspeita ou confirmação da doença no sistema de solicitação de maqueiros.

Outrossim, a coleta de exames laboratoriais de urgência nesta unidade passou a ser realizada pelos enfermeiros e a organização dos leitos pelos técnicos de enfermagem, ambas as medidas foram adotadas para minimizar o contato dos profissionais do laboratório e rouparia com o vírus e reduzir o risco de sua propagação.

Salienta-se que a distribuição dos pacientes, desde a implementação da unidade COVID-19, obedece a uma coorte dos pacientes suspeitos e confirmados, com organização da equipe de enfermagem atribuída a estes leitos de forma separada, sempre que possível. Ademais, esta prerrogativa foi reforçada em janeiro de 2021, com a admissão de pacientes advindos de Manaus/AM, com o objetivo de reduzir a chance de disseminação pelo risco da nova variante do vírus<sup>(11)</sup>.

Além da organização dessa atribuição, os enfermeiros da unidade designam a cada turno um técnico de enfermagem para realização de demandas que necessitem de circulação externa ao setor. Esse profissional permanece alocado na área limpa durante seu turno de trabalho, sem contato direto com a área contaminada.

Não obstante, outras ações também tiveram o envolvimento da Enfermagem na unidade COVID-19. Dentre estas há a participação dos enfermeiros em uma reunião multiprofissional, denominada de *Huddle*. Esta atividade ocorre diariamente, antes dos plantões diurno e noturno e objetiva o compartilhamento do quadro clínico dos pacientes, metas e exames, assim como a situação da unidade.

Esse momento possibilita ainda ao enfermeiro e demais membros da equipe multiprofissional o planejamento da pronação de pacientes com indicação clínica. Este recurso, relevante no contexto da pandemia<sup>(12)</sup> tem a participação direta e efetiva da equipe de enfermagem.

Outra iniciativa, organizada pelos enfermeiros, para facilitar a compreensão da situação da unidade, foi a adoção de um quadro no posto de enfermagem, o qual é preenchido e atualizado conforme necessidade, com o registro de cada pacientes, tipo de suporte ventilatório usado, *status* de coleta e resultado do *swabs* e demais exames.

Desenvolveu-se, ainda, um *checklist* de avaliação do paciente e para transição de cuidados entre turnos. Essa ferramenta, contém além de dados de identificação do paciente, campos para preenchimento com dados relativos ao exame físico e avaliação dos sistemas fisiológicos, sinais e sintomas da COVID-19, medicamentos utilizados, dispositivos invasivos, procedimentos e exames laboratoriais e de imagem, inclusive diagnósticos de COVID-19, como a coleta de *swabs* oro e nasofaríngeos. Ademais, subsidia a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e garante a Segurança do Paciente (SP) na transferência do cuidado<sup>(13)</sup>.

Dada a criticidade envolvida na realização da intubação orotraqueal para os pacientes com COVID-19, outra intervenção organizada pelos enfermeiros desta unidade foram os “kits de intubação orotraqueal”, os quais dispõem de recursos específicos a este procedimento, a fim de otimizar sua realização em sequência rápida, com objetivo de reduzir a formação e disseminação de aerossóis, além de contribuir com a melhor evolução clínica do paciente<sup>(13)</sup>.

Para além da Unidade COVID-19, a Enfermagem do HUOL também contribuiu para o enfrentamento à pandemia do novo coronavírus por meio da atuação em outros setores, tais como laboratório, setor de imagem e setor de hemodiálise.

## SETORES DE APOIO AO ATENDIMENTO DO PACIENTE COM COVID-19

O **Laboratório de Análises Clínicas** (LAC) do HUOL realizou mudanças em seu processo de trabalho, instituiu o uso de EPI para coleta de exames laboratoriais pela equipe de Enfermagem e banho do profissional após o contato com os pacientes suspeitos ou confirmados para COVID-19. Além disso, o profissional responsável pela coleta de exames de rotina na Unidade COVID-19 deixa de ter contato com outros setores do hospital ao longo do seu turno de trabalho, medida elaborada para diminuir o risco de circulação do vírus.

Após a coleta, as amostras colhidas são acondicionadas em um saco descartável e encaminhadas ao LAC para análise. Em seguida, a amostra de cada paciente é desinfetada com fricção três vezes com uso do álcool à 70% ou com hipoclorito em imersão por 10 a 15 minutos e apostas novas etiquetas para identificar as amostras, antes do processamento e posterior descarte.

Outra medida determinada foi a transferência do gasômetro da UTI geral para unidade COVID-19, visto a constante necessidade de coleta de gasometrias nestes pacientes e, ainda, pela maior viabilidade de amostras e rapidez nos resultados, além de diminuição de circulação de profissionais em outros setores do hospital.

Além dessas ações, o LAC contou com a parceria do Instituto de Medicina Tropical (IMT) da UFRN, para a realização do processamento das amostras do exame RT-PCR para o diagnóstico de pacientes com COVID-19.

Dessa forma, estabeleceu-se a coleta do *swab* nasal e orofaríngeo pelos enfermeiros do referido setor e o cadastro, armazenamento e transporte pelo LAC, para posterior processamento pelo Instituto de Medicina Tropical (IMT), o que repercutiu em maior celeridade nos resultados do exame no HUOL.

Ainda como ação, o LAC tem como expectativa alocar um funcionário de Enfermagem exclusivo e de prontidão para coletas de urgência na ala COVID-19 (no momento apenas responsáveis pela coleta de exames de rotina), de modo a aliviar a sobrecarga dos profissionais de Enfermagem deste setor.

No **Serviço de Tomografia**, também, houve mudanças no processo de trabalho de enfermagem para contenção da COVID-19, com objetivo de diminuir a exposição de pacientes e profissionais.

Dentre as medidas instituídas, a porta entre sala da tomografia e a de comando foi fechada, as máquinas cobertas com lençóis e os vidros do jardim são mantidos sempre abertos para aumentar a circulação de ar da unidade. Após a realização do exame, a sala fica 30 minutos fechada e então é feita a desinfecção do setor. Também foi instalado banheiro privativo para que os profissionais antes de voltarem para o domicílio tomem banho.

No **Setor de Diálise** foram estabelecidas barreiras e medidas preventivas no escopo gerencial do trabalho da equipe de Enfermagem contra à COVID-19. Isto porque, atualmente, com a pandemia, o cenário de diálise torna-se ainda mais complexo e desafiador, o que requer ações sistematizadas pela equipe para diminuir a propagação do vírus e a contaminação de pacientes e profissionais<sup>(14)</sup>.

Destarte, foi necessário a organização estrutural e de processos para um cuidado seguro e de qualidade e, conseqüentemente, para a redução de Eventos Adversos (EA) e maior segurança do paciente (SP)<sup>(14)</sup>. Os cuidados de Enfermagem estabelecidos no ambiente de diálise hospitalar em tempos de COVID-19 incluíram desde o manejo clínico dos pacientes até o monitoramento do ambiente físico.

Criou-se um fluxo assistencial para pacientes e profissionais, de modo a estabelecer uma barreira efetiva para tratamento seguro e de forma a prevenir os danos. Instituiu-se a triagem dos pacientes quanto aos sintomas respiratórios e verificação de temperatura, com oferta de máscara cirúrgica independente de sintomatologia.

Além disso, foi determinado o uso de EPI pelos profissionais de enfermagem e cuidados com paramentação/desparamentação. Definido banheiro com chuveiro para banho do profissional após o fim dos cuidados ofertados no tratamento dialítico de pacientes suspeitos e confirmados com o novo coronavírus.

Outrossim, foi designada uma sala de isolamento com materiais próprios e máquinas identificadas para pacientes com COVID-19 internados em enfermaria e com necessidade dialítica. Assim, definiu-se um protocolo para desinfecção das máquinas e limpeza terminal da sala de isolamento.

Dessa forma, observa-se que as estratégias de cuidados de Enfermagem relacionados à prevenção e controle da COVID-19 envolvem diversos aspectos, desde gestão, treinamento profissional, dimensionamento de pessoal adequado e recursos para garantia de estrutura de trabalho<sup>(15-17)</sup>. Entretanto, destaca-se que é inerente o compromisso de todos os envolvidos para efetivação de estratégias para diminuir a infecção pela COVID-19<sup>(14)</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este relato esclarece sobre as estratégias e ações realizadas pela Enfermagem do HUOL em tempos de COVID-19, as quais puderam assegurar minimamente, até o momento, um atendimento seguro e de qualidade

a pacientes com a doença e apoiar os profissionais no alcance de conhecimentos e acesso à estrutura e materiais essenciais ao cuidado.

Refletir sobre o processo de cuidado de Enfermagem no âmbito hospitalar diante do novo Coronavírus restabelece a força presente na cooperação entre equipes de saúde para o enfrentamento da pandemia. Há que se reconhecer a importância, investimento e determinação da Enfermagem na linha de frente deste cenário e, como esta se organizou para treinar e capacitar seus profissionais, bem como organizar os serviços de saúde, a fim de atender os pacientes com embasamento técnico-científico apropriado a esta nova situação de saúde pública mundial.

Cabe destacar que o papel do Enfermeiro transcende o cuidado e se estende também à gestão, quando tal profissional assume a postura de mediador e interlocutor do cuidado, o que implica considerar as singularidades e as multidimensões humanas, estruturais, organizacionais e institucionais

Portanto, é essencial conhecer e destacar as práticas exitosas e as reorientações da execução do trabalho da enfermagem na pandemia e divulgá-las, pois podem servir de apoio para outros serviços e, consequentemente, repercutir na diminuição da contaminação por COVID-19, visto que incidem diretamente na qualidade da assistência.

## REFERÊNCIAS

1. Santos AG, Monteiro CFS, Nunes BMVT, Benício CDAV, Nogueira LT. O cuidado em enfermagem analisado segundo a essência do cuidado de Martin Heidegger. *Rev Cubana Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2021 Feb 24];33(3). Available from: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1529>
2. Silva M, Cunha C, Ximenes NF, Santos J, Lourenção L, Freire N, et al. Protagonismo da Enfermagem Brasileira no combate ao COVID-19. *Enferm Foco* [Internet]. 2020 [cited 2021 Feb 24];11(1):8-9. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n1.ESP.4073>
3. Souza e Souza LPS, Souza AG. Enfermagem brasileira na linha de frente contra o novo Coronavírus: quem cuidará de quem cuida? *J Nurse Health* [Internet] 2020 [cited 2021 Feb 23];10(4):e20104005. Available from: [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1095606/1-enfermagem-brasileira-na-linha-de-frente-contra-o-novo-coron\\_ygPksqt.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1095606/1-enfermagem-brasileira-na-linha-de-frente-contra-o-novo-coron_ygPksqt.pdf)
4. Secretaria de Saúde Pública do Rio Grande do Norte. Informe Epidemiológico coronavírus. Semana Epidemiológico 7 [Internet]. 2021 [cited 2021 Feb 23]. Available from: <https://portal covid19.saude.rn.gov.br/wp-content/uploads/2020/04/boletim-especial-SE-07.pdf>
5. Ministério da Educação (BR). Hospital Universitário Onofre Lopes. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Institucional. EBSEERH: UFRN [Internet]. 2020 [cited 2021 Feb 19]; Available from: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/huol-ufrn/aceso-a-informacao/institucional>
6. Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Portal da UFRN. 2020 [cited 2021 Feb 21]. Available from: <https://www.ufrn.br/imprensa/noticias/37973/huol-reestrutura-dois-andares-para-adequar-assistencia-na-pandemia>
7. Ministério da Educação (BR). Hospital Universitário Onofre Lopes. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Veja o que mudou no Huol [Internet]. EBSEERH: UFRN. 2021 [cited 2021 Feb 19]. Available from: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/huol-ufrn/saude/coronavirus-covid-19/veja-o-que-mudou-no-huol-1>
8. Ministério da Educação (BR). Hospital Universitário Onofre Lopes. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Acesso à Informação. Transparência. Escalas [Internet]. EBSEERH: UFRN. 2021 [cited 2021 Feb 24]. Available from: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/huol-ufrn/aceso-a-informacao/servidores/escalas-de-servico/2021>
9. Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Portal da UFRN [Internet]. 2021 [cited 2021 Feb 24]. Available from: <https://ufrn.br/imprensa/noticias/45725/huol-disponibiliza-novos-leitos-no-enfrentamento-a-covid-19>
10. Ministério da Saúde (BR). Nota Técnica Nº 59/2021-CGPNI/DEIDT/SVS/MS. Recomendações quanto à nova variante do SARS-CoV-2 no Brasil [Internet]. 2020 [cited 2021 Feb 21]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/fevereiro/02-1/nota-tecnica-recomendacoes-quanto-a-nova-variante-do-sars-cov-2-no-brasi.pdf>
11. Sun Q, Qiu H, Huang M, Yang Y. Lower mortality of COVID-19 by early recognition and intervention: experience from Jiangsu Province. *Ann Intensive Care*. 2020;10(1):1-4. <https://doi.org/10.1186/s13613-020-00650-2>

12. Corpolato RC, Mantovani MF, Willig MH, Andrade LAS, Mattei AT, Arthur JP. Padronização da passagem de plantão em Unidade de Terapia Intensiva Geral Adulto. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(Suppl1):88-95. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0745>
13. Guimarães HP, Schubert DUC, Rodrigues RR, Freitas APR, Corrêa TD, et al. Recomendações para Intubação Orotraqueal em pacientes portadores de COVID-19 [Internet]. ABRAMEDE. 2020 [cited 2021 Feb 21]. Available from: <http://abramede.com.br/wp-content/uploads/2020/04/Recomendacoes-IOT-FINAL-REVISAO-100420.pdf>
14. Queiroz JS, Marques PF. Gerenciamento de enfermagem no enfrentamento da COVID-19 nos serviços de hemodiálise. *Enferm Foco* [Internet]. 2020 [cited 2021 Feb 21];11(n.esp): 196-8. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3536/827>
15. Basile C, Combe C, Pizzarelli F, Covic A, Davenport A, Kanbay M, et al. Recommendations for the prevention, mitigation and containment of the emerging SARS-CoV-2 (COVID-19) pandemic in haemodialysis centres. *Nephrol Dial Transplant* [Internet] 2020 [cited 2021 Feb 21];2:144. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfaa069>
16. Sociedade Brasileira de Nefrologia (BR). Recomendações de Boas Práticas da Sociedade Brasileira de Nefrologia às Unidades de Diálise em relação à Epidemia do novo Coronavírus (COVID-19) [Internet]. 2020 [cited 2021 Mar 1]. Available from: [https://www.sbn.org.br/fileadmin/user\\_upload/sbn/2020/07/15/COVID-19\\_SBN\\_Atualizada\\_\\_17-3\\_.pdf](https://www.sbn.org.br/fileadmin/user_upload/sbn/2020/07/15/COVID-19_SBN_Atualizada__17-3_.pdf)
17. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Protocolo de manejo clínico da COVID-19 na Atenção Primária à Saúde [Internet]. 2020 [cited 2021 Feb 22]. Available from: [https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/05/20200504\\_ProtocoloManejo\\_ver09.pdf](https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/05/20200504_ProtocoloManejo_ver09.pdf)

<https://doi.org/10.51234/aben.22.e15.c05>

# SIMULAÇÃO NA CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM PARA O ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DE COVID-19

**Lennon Rodrigues Silva<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0001-9822-1853

**Eloana Ferreira D'Artibale<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-2771-5930

**Valéria Cabral Rodrigues<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-0340-4516

**Eglivani Felisberta Miranda<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-1373-8728

**Ana Caroline de Lara<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-6200-8222

**Carolina Souza Peixoto<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-3754-9932

**Gímerson Erick Ferreira<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-4039-0205

**Mara Regina Rosa Ribeiro<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-7132-3005

## INTRODUÇÃO

A pandemia pela COVID-19 incitou a necessidade de reestruturação dos serviços de saúde, principalmente aqueles responsáveis pelo atendimento de pacientes gravemente afetados pela doença, seja na assistência direta ou na realização de ações que visem a segurança no manejo clínico da doença<sup>(1-3)</sup>, e que promovam a redução de riscos e danos na produção de cuidados para todos os envolvidos<sup>(1)</sup>. Dada a complexidade assistencial que permeia a atenção à saúde no contexto da pandemia do novo coronavírus, os profissionais envolvidos no manejo clínico direto ao paciente com COVID-19 precisam ser capacitados para agir de maneira assertiva, de modo a prevenir a proliferação do vírus através da adoção de medidas de precauções padrão e prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde, dentre outras<sup>(4)</sup>.

Em meio a este contexto, a simulação em saúde apresenta-se como estratégia promissora à capacitação de profissionais da assistência para a implementação de condutas clínico-assistenciais<sup>(5)</sup>, e pode proporcionar melhor orientação e avaliação da atuação das equipes no cuidado ao paciente acometido pela COVID-19, ou mesmo de casos suspeitos, uma vez que permite o desenvolvimento das competências clínica e comunicacional, o que favorece a redução do risco de erros e amplia a segurança do paciente e trabalhadores<sup>(6)</sup>.

Trata-se de metodologia ativa comumente utilizada nos processos de ensino de graduação e formação profissional na área da saúde, visto que contribui para a aquisição da aprendizagem para a prática e desenvolvimento de competências de maneira proativa e contextualizada, propiciando discussões e integração multidisciplinar, revisão de conhecimentos teóricos, e maior motivação dos envolvidos. Além disso, possibilita moldar situações clínicas e procedimentos por meio de simuladores, computadores ou até mesmo atores para melhoria das habilidades técnicas e não técnicas, em situações muito próximas ao contexto real<sup>(7)</sup>.

<sup>1</sup>Hospital Universitário Júlio Muller.  
Cuiabá, MT, Brasil

<sup>1</sup>Universidade Federal de Mato Grosso.  
Cuiabá, MT, Brasil

**Autor Correspondente:**

Mara Regina Rosa Ribeiro  
mara.ribeiro@ufmt.br



### Como citar:

Silva LR, D'Artibale EF, Rodrigues VC, et al. Simulação em saúde na capacitação de profissionais de enfermagem para o enfrentamento da pandemia pela COVID-19. In: Santos JLG, Erdmann AL. (Orgs.). Gestão do cuidado de enfermagem no enfrentamento da pandemia de COVID-19 em hospitais universitários brasileiros. Brasília, DF: Editora ABEn; 2022. 46-53 pg. <https://doi.org/10.51234/aben.22.e15.c05>

Revisora: Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni  
Universidade Federal de Santa Catarina.  
Florianópolis, SC, Brasil



Nesse sentido, a simulação em saúde como processo de aprendizagem e formação permanente, representa potente dispositivo na gestão em enfermagem no enfrentamento da pandemia pela COVID-19, sendo considerado mecanismo estratégico ao gerenciamento da prática profissional em situações de atenção ao paciente acometido pela doença do novo coronavírus<sup>(6)</sup>.

Ademais, a simulação em saúde favorece o aumento da autoestima e da autoconfiança, propiciando melhor compreensão do conhecimento adquirido durante as práticas simuladas, conferindo ganhos na aprendizagem<sup>(8)</sup>. Nesse escopo é metodologia propulsora à melhoria do desempenho profissional<sup>(9)</sup>, visto que favorece o desenvolvimento de competências relacionadas a processos clínicos, técnicos e tecnológicos, o que estimula a capacidade de análise, síntese e tomada de decisão<sup>(10)</sup>; e à formação interprofissional, promovendo melhorias na qualidade da assistência<sup>(11)</sup>.

Uma vez que o ensino baseado em simulação é promissor ao desenvolvimento do julgamento clínico, independentemente da idade, do tempo de experiência profissional e do sexo do indivíduo<sup>(10)</sup>, as contribuições da simulação mostram-se claras e permitem o desenvolvimento de competências profissionais diversas, a saber: aprimoramento de habilidades técnicas e teóricas e atitudes como liderança, tomada de decisão e trabalho em equipe<sup>(12)</sup>. Além disso, confere também autoconfiança, comunicação, responsabilidade, oportunidades de aprendizagem e treinamento, através da discussão reflexiva sobre os cenários, estimulando o pensamento crítico e reflexivo<sup>(13)</sup>.

Há evidências de que investimentos na capacitação de profissionais da saúde por meio de estratégias como a simulação influenciam diretamente na qualidade da assistência<sup>(14)</sup>, o que pode ser evidenciado pelo aumento da segurança no cuidado, por favorecer a confiança dos profissionais em suas atribuições<sup>(9)</sup>, e maior aprimoramento da prática clínica, diminuindo a ocorrência de erros<sup>(14)</sup>.

Dessa forma, este capítulo tem por objetivo relatar a experiência de enfermeiros do Hospital Universitário Júlio Müller (HUJM), da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), acerca do emprego da simulação em saúde no desenvolvimento de competências profissionais para atuar no cuidado a pacientes durante a pandemia pela COVID-19.

## METODOLOGIA

A experiência teve lugar no HUJM, hospital geral de pequeno porte, o qual possui 36 anos de trajetória no Estado de Mato Grosso, e atualmente conta com 92 leitos de enfermagem e 18 em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) para atendimento aos pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). Apóia fundamentalmente o ensino e a pesquisa ofertando campo de práticas e estágios para estudantes da UFMT, bem como para 16 Programas de Residência Médica e dois Programas de Residência Multiprofissional, que integram profissões da saúde como Enfermagem, Nutrição, Serviço Social, Psicologia e Saúde Coletiva. O HUJM possui programa próprio de Residência em Gestão Hospitalar para o SUS, e também um programa de Mestrado Profissional em Ciências Aplicadas à Atenção Hospitalar.

Desde 2013 o HUJM passou a integrar a rede de hospitais gerenciados pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), a qual tem como escopo a modernização da gestão dos hospitais universitários do país, preservando e reforçando o papel estratégico desempenhado nestes centros de formação profissional e de atenção à saúde da população.

Devido à pandemia, uma das estratégias do plano de contingência do HUJM foi ampliar o número de leitos de terapia intensiva adulto, passando a funcionar como centro de referência para atendimento de pacientes graves acometidos com COVID-19. Com a urgência e gravidade da situação, a enfermagem da Clínica Cirúrgica teve seus leitos desativados e adaptados estruturalmente, para abrigar 16 leitos de UTI Adulto e quatro leitos de semi-intensivo. Durante a realização das adequações estruturais necessárias, cerca de trinta dias, as internações na UTI Adulto do HUJM foram suspensas e pacientes não acometidos pela COVID-19 foram transferidos, de modo que a estrutura ficou inativada, propiciando espaço ideal para a realização de simulação em saúde.

A experiência foi desafiadora e inédita no hospital, uma vez que o cenário pandêmico demandou o aumento da equipe, equipamentos e educação de forma emergencial, desafiando serviços e servidores a se

capacitem em tempo recorde. Para isso, fez-se necessário o desenvolvimento de dois Projetos de Capacitação (PCAP) - instrumento de formalização de propostas de capacitação desenvolvido na instituição, e que visa regulamentar, acompanhar e registrar as ações educativas, com certificação para coordenadores, instrutores e participantes envolvidos, ao final do projeto.

Com a aprovação dos PCAP, a primeira etapa do trabalho ocorreu no período de março a abril de 2020 na UTI Adulto, utilizando-se de simulação para abordar os principais temas referentes ao atendimento de enfermagem a pacientes graves acometidos pelo novo coronavírus. A coordenação do projeto foi atribuída a dois enfermeiros da UTI Adulto, contou com a participação e apoio de oito residentes de enfermagem vinculados ao Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso com ênfase em Atenção Cardiovascular, e 13 instrutores/profissionais da UTI Adulto do HJUM, sendo sete enfermeiros, três médicos, e três fisioterapeutas, os quais participaram da construção dos protocolos de atendimento a pacientes de terapia intensiva com COVID-19, buscando atender simultaneamente às necessidades do paciente e a segurança da equipe.

As produções científicas de suporte ao planejamento da simulação tiveram como base protocolos do Ministério da Saúde (MS), da Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA), e documentos atualizados da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) e da *American Heart Association* (AHA). A partir de cronograma acordado junto à chefia de enfermagem, contendo datas, horários e temas, as vagas foram distribuídas entre os três turnos de trabalho, e os participantes foram selecionados respeitando o quantitativo de profissionais em cada setor e as escalas de serviço, para preservar a qualidade e segurança da atenção.

O cenário elaborado na UTI Adulto contou com simulador de média fidelidade, cama hospitalar, equipamentos diversos, a exemplo de monitores multiparâmetros e bombas de infusão, materiais de oxigenoterapia (cateter nasal de O<sub>2</sub>, umidificador, bolsa válvula e máscara), ventilador mecânico, cabo e lâmina de laringoscópio, bugie, fio guia; além de equipamentos de proteção individual (EPI) (capote, luvas, óculos, *face shield*, gorro e máscaras); e a participação de atores. Para a apresentação dos temas foram utilizadas tecnologias diversas, como projetor multimídia, televisão de 42 polegadas com tela de cristal líquido, apresentações em *power-point*, vídeos e *checklists* impressos contendo a sequência ideal para realização dos procedimentos.

A divulgação das simulações contou com comunicados na intranet do hospital, grupos no aplicativo *WhatsApp* e divulgação pelos enfermeiros plantonistas de todas as unidades de atenção. Além disso, foi criado um e-mail específico para este fim, administrado por residentes da área de enfermagem, para sanar dúvidas, enviar materiais de estudos e receber sugestões. Considerando as regras de biossegurança e no intuito de abranger o maior quantitativo de colaboradores possível, os temas abordados foram transmitidos ao vivo, por meio de *lives* na plataforma *Youtube*. Para tanto, as transmissões contaram com câmera *webcam* e microfone de captação ambiente. Os horários de transmissão foram disponibilizados em cronograma e *link* de acesso restrito enviado previamente aos participantes.

Após a finalização deste ciclo de capacitações, a proposta foi incorporada ao acolhimento dos profissionais contratados em caráter emergencial no hospital, alocados para a realização de triagem e atendimento direto ou indireto a pacientes com suspeita ou confirmação de contaminação por COVID-19. Dessa forma, a segunda etapa do projeto ocorreu de maio a dezembro de 2020. A contratação emergencial constituiu-se em estratégia de complementação da força de trabalho nos hospitais universitários federais da rede EBSERH, no combate à pandemia. Antes de atuarem nas unidades de serviço, os novos contratados eram convocados a participar das simulações, desta vez no Centro de Simulação em Saúde (CSS) do HJUM, onde puderam praticar habilidades, tiveram acesso aos conteúdos gravados e materiais produzidos.

## RESULTADOS

A produção dos PCAP possibilitou o desenvolvimento de dez temas, que foram abordados com o intuito de garantir/melhorar a qualidade da assistência de enfermagem durante o atendimento a pacientes graves com suspeita ou confirmação de COVID-19. A Tabela 1 contempla os temas abordados:

**Tabela 1** – Temas e carga horária de simulações no HUJM. Cuiabá, MT, Brasil, 2020.

TEMAS	CARGA HORÁRIA
01 Paramentação para atendimento a paciente com suspeita ou confirmação de COVID-19	30 min
02 Montagem de leito na Unidade de Terapia Intensiva	30 min
03 Programação e uso da bomba de infusão de medicamentos e dieta	30 min
04 <i>Check-list</i> de prona segura	01h
05 Transporte interno de pacientes com suspeita ou confirmação de COVID-19	01h
06 Parada cardiorrespiratória e intubação de pacientes suspeitos ou positivos para COVID-19	01h
07 Monitorização do paciente com uso do monitor multiparâmetros	30 min
08 Cuidados com acesso venoso central, cateter venoso de inserção periférica, e acesso venoso periférico	30 min
09 Banho no leito	30 min
10 Simulação do atendimento a paciente grave com suspeita ou confirmação de COVID-19	06 h
<b>Total de temas 10</b>	<b>Carga horária total 12h</b>

Fonte: PCAP – HUJM, 2020.

O primeiro PCAP englobou os temas de 01 a 09. Para garantir melhor compreensão e dar mais atenção aos participantes, foram montadas duas cenas idênticas. Desta forma, cada instrutor debatia três temas distintos para duas turmas simultaneamente, e a cada duas horas, após breve intervalo, os participantes se revezavam nas cenas. Considera-se que um cenário deve ter duração entre 15 e 30 minutos<sup>(15)</sup>, podendo variar de acordo com a quantidade de objetivos a serem alcançados para a aprendizagem, com a necessidade de decisões a serem tomadas, bem como devem estar em consonância com as habilidades necessárias para a conclusão da atividade. É recomendado como ideal, o desenvolvimento de no máximo cinco objetivos principais de aprendizagem por cenário<sup>(15)</sup>.

Cada cena incluiu entre quatro a seis participantes, no máximo, para que esses tivessem oportunidade de manusear materiais e equipamentos na companhia do instrutor. O segundo PCAP abordou o Tema 10 da Tabela 1. Amparado pelos temas anteriores, esse PCAP proporcionou aos profissionais participantes, a possibilidade de vivenciar na prática simulada, o atendimento a um paciente grave com suspeita ou confirmação de COVID-19.

Para alcançar esse objetivo, os participantes foram agrupados de maneira que o facilitador apresentava o *briefing* - estudo de caso construído para abordar os temas definidos no primeiro PCAP; lia as regras e, estimulava a divisão do grupo em: líder (enfermeiro), técnicos de enfermagem, fisioterapeuta e médico, com no máximo seis pessoas por simulação. É fundamental à realização de simulação em saúde definir o número inicial de participantes no cenário e a possibilidade (ou não) de inclusão de outros participantes durante a condução do cenário, bem como a categoria profissional recomendada para cada cenário<sup>(16)</sup>.

No processo de intra simulação, os facilitadores complementavam as informações iniciais do estudo de caso para que fosse possível exercitar habilidades específicas, como atendimento a parada cardíaca, intubação e transporte interno do paciente, por exemplo. O auxílio fornecido pelos facilitadores favorece a comunicação, permite estabelecer relação de confiança entre os envolvidos, e fornece maior segurança entre os voluntários, visto que estes irão se expor ao grupo durante a simulação e no *debriefing*, após a participação no cenário<sup>(16)</sup>.

De modo a ressaltar a importância do uso adequado dos EPI, caso algum participante esquecesse qualquer item de paramentação, a cena só tinha continuidade após a identificação da falha. Esta proposição mostrou-se importante e necessária, pois se coaduna com recomendações da literatura especializada sobre simulação em saúde, que preconiza o investimento em ambientes de simulação agradáveis e interativos, os quais favoreçam a compreensão do erro como oportunidade de novas aprendizagens e/ou melhorias<sup>(16)</sup>.

No *debriefing*, última etapa da simulação, também conhecido como “etapa ouro”, tem-se a oportunidade de produzir discussões reflexivas sobre a atividade desenvolvida, as decisões tomadas e aprendizagens construídas, estimulando o pensamento crítico e reflexivo e promovendo a consolidação de saberes<sup>(16)</sup>. Nas abordagens experienciadas, participantes e facilitadores discutiram as situações vivenciadas, corrigiram falhas e propuseram ideias para melhoria dos protocolos e procedimentos operacionais padrão, no atendimento a pacientes graves acometidos pelo novo coronavírus.

As transmissões “ao vivo” pela plataforma *Youtube* foram feitas durante as capacitações de alguns grupos, de modo que cada dia do projeto contou com pelo menos uma *Live*. Desta forma, todos os temas dos PCAP foram transmitidos e gravados para atingir o maior número de profissionais da instituição. Como resultado das sete *Lives* produzidas, o total de visualizações chegou a 1.517, dado extraído do canal do *Youtube* utilizado para as transmissões. Assim, mesmo diante da necessidade de manter o isolamento social em suas casas, o ambiente virtual tornou-se uma excelente e segura estratégia/alternativa para promover a continuidade das atividades de formação e desenvolvimento profissional<sup>(17)</sup>.

Na primeira etapa, o projeto resultou em carga horária total de 90h de simulações, computando todos os grupos formados, e foram realizadas vinte e quatro sessões utilizando a UTI Adulto como cenário de práticas. Esta utilização foi estrategicamente pensada, uma vez que a projeção de cenários de simulação em saúde deve ocorrer, preferencialmente, em ambiente semelhante ao da prática profissional do participante, no intuito de favorecer a associação entre o conteúdo abordado e a realidade de trabalho<sup>(15)</sup>. O colaborador que participou de todos os temas abordados nesta etapa recebeu certificado com carga horária total de doze horas. A tabela 2 a seguir apresenta a relação de participantes e categorias profissionais alcançadas pelas etapas do projeto.

**Tabela 2** – Categorias profissionais e quantitativo de participantes da Simulação em Saúde no HUJM, Cuiabá, MT, Brasil, 2020

CATEGORIA PROFISSIONAL	PARTICIPANTES POR CATEGORIA PROFISSIONAL	
	PCAP 1	PCAP 2
Auxiliar em Enfermagem	07	02
Dentista	01	01
Enfermeiro	36	22
Fisioterapeuta	08	09
Farmacêutico	02	-
Fonoaudióloga	02	-
Médico	01	02
Nutricionista	01	-
Psicóloga	01	-
Residente de Nutrição	01	-
Residente de Enfermagem	08	03
Residente de Medicina	03	09
Técnico em Enfermagem	98	73
Técnico em Engenharia Clínica	-	01
Técnico em Saúde Bucal	01	-
Técnico em Óptica	01	-
<b>TOTAL DE PARTICIPANTES</b>	<b>171</b>	<b>122</b>

Fonte: PCAP – HUJM, 2020.

Levando em consideração que o hospital possui 104 enfermeiros, 210 técnicos em enfermagem e 50 auxiliares em enfermagem, percebe-se que o projeto conseguiu abranger número significativo de participantes, principalmente entre profissionais de enfermagem, público alvo da ação. Entretanto, pondera-se acerca deste quantitativo, uma vez que um mesmo profissional pode ter participado de ambos os PCAP. De qualquer modo, a riqueza da experiência não se resume à métrica em si, mas à descrição desta, em termos de utilização e funcionalidade da simulação em saúde como estratégia inovadora e exitosa na formação e desenvolvimento de profissionais do hospital, no contexto de pandemia pela COVID-19. Ademais, o caráter escalável da experiência, pode auxiliar outros profissionais, serviços e organizações da área da saúde a direcionarem-se em tal vertente inovadora na qualificação de trabalhadores para enfrentamento da COVID-19.

Como limitações, na primeira etapa do projeto não foi possível aplicar aos participantes, instrumento validado de avaliação do cenário e do *debriefing*, o que poderia ter agregado mais valor à experiência. A fase de avaliação é fundamental, visto que é o momento que possibilita discutir e incrementar melhorias no desenvolvimento do aprendizado através do resgate de vídeo das atividades<sup>(16)</sup>. Outra limitação encontrada, é que embora o *Youtube* tenha contabilizado o número de visualizações, era preciso a criação de uma lista *online* para traçar o perfil do público atingido.

Na segunda etapa do projeto foram capacitados 24 técnicos e 17 enfermeiros provenientes do contrato feito pelo hospital por meio do processo seletivo emergencial. Houve adaptação da carga horária e dos temas para turmas menores já que o processo de contratação ocorreu em etapas e por ordem de classificação, porém por meio da simulação contemplaram-se todos os temas dos PCAP, de modo que entre abril e dezembro de 2020 foram disponibilizadas setenta e três horas em instrutoria.

Considera-se como um dos principais produtos do projeto, o acolhimento dos profissionais de enfermagem em momento de extrema angústia frente aos desdobramentos da pandemia ocasionada pelo novo coronavírus, tanto no campo pessoal como profissional. Os *debriefings* oportunizaram a escuta ativa de anseios, medos, críticas, dúvidas e sugestões relacionada à prática profissional destes, em um contexto incerto e nunca antes vivenciado, o que gerou confiança para prestar o cuidado de enfermagem de forma humanizada e segura, visto que toda a estruturação do projeto foi pautada em evidências científicas.

Além disso, os resultados da experiência e da literatura apresentam convergência no sentido de que o processo de *debriefing* favorece a identificação de pontos fortes e fracos das práticas de atenção, extraindo elementos significativos da experiência de simulação, e produzindo aprendizagens profícuas<sup>(18)</sup>. Por consequência, favorece-se a articulação entre assistência, gestão e educação, bem como o caráter multi e interprofissional, na medida em que proporciona experiências singulares a um coletivo de trabalhadores do hospital, na produção de cuidados de saúde a pacientes com COVID-19, fato que é corroborado por outros estudos<sup>(12,18)</sup> que constataram que a prática mediada por simulação permite agregar novos conhecimentos aos já existentes, e potencializa a correlação entre teoria e prática.

Outra conquista do projeto está no envolvimento de instrutores na elaboração de documentos normativos do hospital para o enfrentamento ao novo coronavírus. Dos 36 novos documentos publicados no HJUM até então, em meios oficiais, houve a participação de enfermeiros instrutores na confecção de dois fluxos de trabalho, quatro procedimentos operacionais padrão e dois protocolos. A vivência prática e a aplicação da simulação para desenvolver habilidades específicas no atendimento a pacientes com COVID-19 facilitou a produção desses documentos, bem como influenciou na estruturação física e operacional da UTI. A experiência corrobora com os resultados de outro estudo<sup>(19)</sup>, em que foram analisadas contribuições multiprofissionais voltadas a pacientes com COVID-19 em UTIs hospitalares, e constataram a relevância dos protocolos na orientação dos profissionais e equipes de saúde em situação de pandemia, com segurança e qualidade.

Esse trabalho confere visibilidade ao protagonismo da Enfermagem na condução de processos e implementação de estratégias propositivas frente aos inúmeros desafios que se apresentam na contemporaneidade, a exemplo da pandemia da COVID-19. Destaca-se ainda o potencial estratégico nas redes de relações e

interações virtuais que foi possibilitado a partir desta experiência, pelo alcance do projeto no âmbito hospitalar universitário, em que enfermeiros vinculados a universidades de Mato Grosso, São Paulo e Rondônia, puderam se conectar por meio de debates e palestras *on-line*, compartilhando vivências relacionadas à pandemia.

O modelo de transmissão dos cenários na plataforma *Youtube* teve seu método replicado entre outros profissionais do hospital, no ensino simulado do manejo das vias aéreas de pacientes suspeitos ou com COVID-19. Uma das *Lives*, especificamente a que abordou o tema Prona Segura, serviu de dispositivo para capacitação de profissionais em outros hospitais públicos e privados da cidade de Cuiabá.

Por fim, o projeto veio ao encontro da responsabilidade social do HJUM, aqui cumprida por meio do compartilhamento de conhecimentos e condutas clínicas com a comunidade acadêmica e de profissionais, e pela via do fortalecimento das estratégias para melhoria do atendimento prestado aos usuários do Sistema Único de Saúde, no total de 142 pacientes que passaram pela UTI COVID-19 entre os meses de abril e dezembro de 2020.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A simulação representou estratégia efetiva e eficaz no desenvolvimento da competência clínica de profissionais de enfermagem, e com o uso assertivo dos recursos públicos institucionais, desenvolveu-se de forma ágil, de modo a atender às necessidades impostas pelo cenário pandêmico. Na sua operacionalização, envolveu outros profissionais como participantes e também como instrutores, além de acadêmicos, possibilitando espaços de troca de conhecimentos, e atendendo à missão institucional do HJUM, por ser um hospital universitário.

A adesão à simulação e às evidências científicas veiculadas por esta via demonstrou a carência dos profissionais por capacitações, como também pelo estabelecimento de padrões orientadores da prática profissional, tendo como foco a qualidade do cuidado e a segurança de pacientes e trabalhadores.

Destaca-se como elementos potencializadores da experiência a promoção da interdisciplinaridade, a produção articulada de simulações e registro documental de fluxos, procedimentos e protocolos, a integração ensino-serviço em orientação às necessidades de saúde da população, e o desenvolvimento de competências essenciais para o enfrentamento de situação de crise, tendo por base as melhores evidências científicas disponíveis até o momento.

## REFERÊNCIAS

1. Bouadma L, Lescure FX, Lucet JC, Yazdanpanah Y, Timsit JF. Severe SARS-CoV-2 infections: practical considerations and management strategy for intensivists. *Intensive Care Med.* 2020;46(4):579-82. <https://doi.org/10.1007/s00134-020-05967-x>
2. Li L, Xv Q, Yan J. COVID-19: the need for continuous medical education and training [letter]. *Lancet Respir Med.* 2020;8(4):1. [http://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30125-9](http://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30125-9)
3. Liew MF, Siow WT, Maclaren G, See KC. Preparing for COVID-19: early experience from an intensive care unit in Singapore. *Crit Care.* 2020;24(1):1-3. <https://doi.org/10.1186/s13054-020-2814-x>
4. Ministério da Saúde (BR). Protocolo de manejo clínico para o novo Coronavírus (2019-nCov) [Internet]. Brasília: DF; 2020[cited 2021 Nov 01]. 32 p. Available from: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/protocolo-de-manejo-clinico-para-o-novo-coronavirus2019-ncov/>
5. Siqueira VS, Cavalcante JRC, Magalhães JR, Assis DL, Rocha JO, Resende HHA. Utilização da metodologia ativa de ensino na capacitação de intubação orotraqueal em paciente com Covid-19 em uma Universidade Federal de Ensino. *Raízes Rumos* [Internet]. 2020[cited 2021 Nov 01];8(2):80-97. Available from: <http://seer.unirio.br/index.php/raizesrumos/article/view/10268/9094>
6. Santiago FB, Silva ALA. Utilização de equipamento de proteção individual pela equipe de enfermagem em atenção paliativa em tempos de COVID-19. *Rev Pró-UniversUS.* 2020;11(2):184-88. <https://doi.org/10.21727/rpu.v11i2.2435>

7. Bogár PZ, Tóth L, Rendeki S, Mátyus L, Németh N, Boros M, et al. [The present and the future of medical simulation education in Hungary]. *Orv Hetil.* 2020;161(26):1078-87. <http://doi.org/10.1556/650.2020.31761> Magyar
8. Miranda F, Mazzo A, Pereira Junior G. Uso da simulação de alta fidelidade no preparo de enfermeiros para o atendimento de urgências e emergências: revisão da literatura. *Sci Med [Internet]*. 2018[cited 2021 Nov 01];28(1):28675. Available from: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/view/28675/16454>
9. Mesquita HCT, Santana BS, Magro MCS. Efeito da simulação realística combinada à teoria na autoconfiança e satisfação de profissionais de enfermagem. *Esc Anna Nery.* 2019;23(1):e20180270. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0270>
10. Nascimento MS, Magro MCS. Simulação realística: método de melhoria de conhecimento e autoconfiança de estudantes de enfermagem na administração de medicamento. *Rev Min Enferm.* 2018;22:e-1094. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20180024>
11. Rodrigues AJ, Maia MMV, Lira PDC, Zaidan JL, Silva ESA. A simulação realística em parada cardiorrespiratória como estratégia educacional no ambiente hospitalar: formando um cuidado seguro. In: Ferreira GR. *Educação: Políticas, Estrutura e Organização*. Ponta Grossa: Athena Editora; 2019. p.280-8.
12. Costa RRO, Medeiros SM, Martins JCA, Cossi MS, Araújo MS. Percepção de estudantes da graduação em enfermagem sobre a simulação realística. *Rev Cuid.* 2017;8(3):1799. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v8i3.425>
13. Ferreira NPR, Guedes MH, Oliveira DW, Miranda LJ. Simulação realística como método de ensino no aprendizado de estudantes da área da saúde. *Rev Enferm C-Oeste Mineiro.* 2018;8:e2508. <https://doi.org/10.19175/recom.v8i0.2508>
14. Miranda RPR, Motta AL, Chaves ECL, Resck ZMR, Iunes DH. A aplicabilidade do uso de Simulação Realística na Formação Permanente do Profissional de Enfermagem. *Rev Interdiscip Estud Saúde* 2016;4(2):54-62. <https://doi.org/10.33362/ries.v4i2.713>
15. Neves FF, Pazin-Filho A. Construindo cenários de simulação: pérolas e armadilhas. *Sci Med.* 2018;28(1):ID 28579. <https://doi.org/10.15448/1980-6108.2018.1.28579>
16. Kaneko RMU, Lopes MHBM. Realistic health care simulation scenario: what is relevant for its design? *Rev Esc Enferm USP.* 2019;53:e03453. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018015703453>
17. Argolo Junior C, Santos Júnior R, Coelho LLN, Lira JS. Ambiente virtual de aprendizagem: importância das habilidades tecnológicas em tempos de pandemia da Covid-19. *Braz J Develop.* 2021;7(2):16849-59. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n2-351>
18. Kang K, Yu M. Comparison of student self-debriefing versus instructor debriefing in nursing simulation: a quasi-experimental study. *Nurse Educ Today* 2018;(65): 67-73. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.02.030>
19. Valle MCD, Marques MAS, Santana MC, Esmeraldo JSA, Fortes RC. Contribuições da Farmácia, Fisioterapia e Psicologia a pacientes com COVID-19 em Unidades de Terapia Intensiva. *Health Resid J.* 2020;1(5). <https://doi.org/10.51723/hrj.v1i5.81>

<https://doi.org/10.51234/aben.22.e15.c06>

# AÇÕES REALIZADAS NO HOSPITAL SÃO PAULO/HU-UNIFESP PARA O ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA POR COVID-19

**Fabiana da Silva Augusto<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-3556-9489

**Celina Mayumi Morita Saito<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-3921-8165

**Leila Blanes<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-6922-7719

**Alexandre Pazetto Balsanelli<sup>II</sup>**

ORCID: 0000-0003-3757-1061

**Ieda Aparecida Carneiro<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-3718-8241

<sup>1</sup> Hospital São Paulo – HU-UNIFESP.  
São Paulo, SP, Brasil

<sup>II</sup> Universidade Federal de São Paulo.  
São Paulo, SP, Brasil

**Autor Correspondente:**

Ieda Aparecida Carneiro  
[ieda.carneiro@huhsp.org.br](mailto:ieda.carneiro@huhsp.org.br)



## Como citar:

Augusto FS, Saito CMM, Blanes L, et al. Ações realizadas no Hospital São Paulo / HU-UNIFESP para o enfrentamento da pandemia por covid-19. In: Santos JLG, Erdmann AL. (Orgs.). Gestão do cuidado de enfermagem no enfrentando da pandemia de COVID-19 em hospitais universitários brasileiros. Brasília, DF: Editora ABEn; 2022. 55-9 pg. <https://doi.org/10.51234/aben.22.e15.c06>

Revisora: Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni  
Universidade Federal de Santa Catarina.  
Florianópolis, SC, Brasil.

## INTRODUÇÃO

O ano de 2020 foi marcado pela pandemia da *Corona Virus Disease-19* (COVID- 19), causada pelo vírus SARS-COV-2 (*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2*). A doença afetou mundialmente todas as instituições de saúde, gerando impacto direto nas rotinas hospitalares e na equipe de colaboradores<sup>(1-3)</sup>. O Hospital São Paulo (HSP) recebeu o primeiro paciente com COVID-19 em março de 2020 e, até dezembro de 2020, foram realizadas mais de duas mil internações de pacientes com a doença.

Em março de 2020 houve o estabelecimento do Comitê Permanente para Enfrentamento da COVID-19 no Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), comissão que define as estratégias de enfrentamento da doença e atuou principalmente nas áreas de Pronto-Socorro, Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) e ambulatório, agregando às diversas profissões com representantes da Medicina, Enfermagem, Biomedicina, Engenharia, Administração, Farmácia, Fisioterapia, entre outras. Este Comitê buscou informações junto a órgãos oficiais e comunidade científica para definir as melhores estratégias para o enfrentamento da pandemia no HSP<sup>(4-6)</sup>. Durante esse período, a Superintendência do HSP liderou o Comitê de Enfrentamento e direcionou as ações que envolveram alguns tópicos como: estrutura física e novos fluxos, abastecimento de insumos e equipamentos, adequação de recursos humanos, realização de treinamentos e organização de campanha de vacinação contra COVID-19 para os profissionais e alunos da UNIFESP - Campus São Paulo.

## READEQUAÇÃO DE ESTRUTURA FÍSICA E NOVOS FLUXOS

Em reuniões realizadas pelo Comitê de Enfrentamento, a cada semana eram definidos os espaços a serem ocupados para atendimento dos pacientes com a COVID-19. Foram priorizados locais que garantissem o atendimento



individualizado dos pacientes com suspeita de COVID-19 em ambiente separado dos pacientes que são atendidos no HSP por outras demandas.

Para atendimento dos pacientes com SARS-COV-2 houve a adaptação de novos ambientes, como a sala laranja no Pronto-Socorro, Unidades de Tratamento Síndrome Respiratória Aguda, Pronto-Atendimento, Unidades de Internação e Unidades de Terapia Intensiva (UTI) exclusivas para pacientes com COVID-19. Além disso, houve a adequação de serviços em relação ao atendimento ao usuário, como por exemplo, a Central de Desinfecção de Materiais, considerando as recomendações sanitárias agora vigentes.

Ao longo desse período, o HSP chegou a ter em funcionamento cinco UTIs e quatro Unidades de Internação exclusivas para o atendimento de pacientes com a COVID-19. Além disso, houve aumento na demanda de atendimento no serviço de diagnóstico por imagem e, para garantir o atendimento seguro, houve adequações nesses setores, principalmente no serviço de Tomografia, de forma a estabelecer fluxos exclusivos para o paciente. No serviço de hemodiálise houve aumento da demanda de pacientes críticos, portanto, foi necessária a aquisição de novos equipamentos e equipes, além de treinamentos específicos para o atendimento ao paciente com COVID-19 de forma segura.

Neste período, muitos documentos institucionais foram criados e atualizados pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), Diretoria Técnica, Diretoria Clínica, Diretoria de Enfermagem, Laboratório e outros serviços, na forma de protocolos, fluxos, notas técnicas, comunicados e outros. Alguns exemplos de documentos são o Protocolo de atendimento baseado em sinais e sintomas (Síndrome Gripal - COVID 19) para pessoas admitidas no Pronto Socorro e do Protocolo limpeza concorrente e terminal do leito, cortinas, mobiliários e equipamentos hospitalares com o uso de desinfetante específico.

Os gestores da Diretoria de Enfermagem atuaram ativamente na organização dos novos locais de atendimento e na implementação dos novos fluxos. Todas as mudanças de rotinas e atualizações exigiram empenho de todos para garantir atualizações aos mais de dois mil profissionais de Enfermagem. Apesar dos desafios, a difusão de informações foi se aperfeiçoando constantemente com a implementação de novas estratégias e do uso mais acentuado dos recursos digitais.

## ABASTECIMENTO DE INSUMOS E EQUIPAMENTOS

Para o atendimento aos pacientes com COVID-19 foi necessário empenho para garantir o abastecimento e fornecimento de materiais e equipamentos considerando a escassez de insumos no cenário mundial. Com relação aos equipamentos, o setor de Engenharia desempenhou um importante papel com o fornecimento de ventiladores, monitores, osmose, máquinas de diálise, fornecimento dos gases medicinais, além das instalações de equipamentos e manutenções.

Durante a pandemia, houve aumento no consumo de insumos como equipamentos de proteção individual (EPIs), gases medicinais, materiais esterilizáveis, medicamentos (anticoagulantes, hipnóticos, analgésicos e bloqueadores neuromusculares), entre outros. Diariamente a Gerência de Suprimentos atualizou os gestores quanto o abastecimento de itens essenciais, o que facilitou a condução de ações para manutenção dos atendimentos.

Para contribuir no abastecimento dos insumos o HSP recebeu doações de materiais e equipamentos os quais foram avaliados e liberados para uso após aprovação do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH). Toda a dispensação de equipamentos de proteção individual (EPI) foi documentada pelo Núcleo de Segurança, Medicina do Trabalho e Perícias Médicas para atender a legislação trabalhista vigente.

## RECURSOS HUMANOS

A adequação ao quantitativo de profissionais de Enfermagem para o enfrentamento da pandemia foi realizada pela assessoria da Diretoria de Enfermagem a partir do cálculo de dimensionamento determinado pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN)<sup>(3)</sup>.

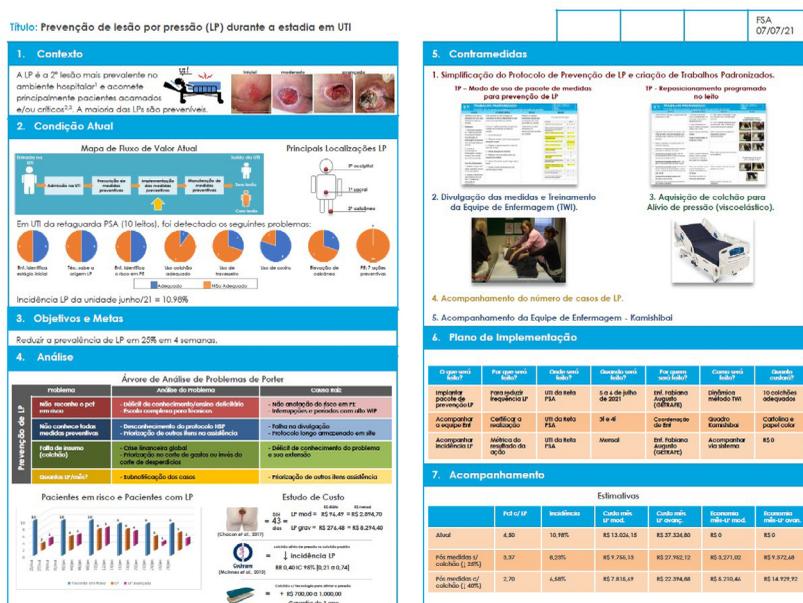
O Setor de Educação Permanente realizou 26 processos seletivos durante o ano de 2020, além do treinamento dos novos colaboradores de Enfermagem. Esta ação contou com a ajuda da Escola Paulista de Enfermagem (EPE) em dois treinamentos. No decorrer de 2020, foram realizadas contratações emergenciais temporárias de 428 Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.

Durante a pandemia, a Diretoria de Enfermagem vivenciou períodos de aumento de absenteísmo devido ao adoecimento dos trabalhadores e o afastamento dos colaboradores idosos, gestantes e com comorbidades. Para garantir a assistência de enfermagem segura e com qualidade foram realizados plantões extras e redistribuição de profissionais.

Considerando a conservação da saúde do trabalhador foi realizada a implementação e aprimoramento de fluxos de atendimento precoce aos colaboradores com sintomas gripais. Neste período alguns profissionais de Enfermagem foram acometidos pela COVID-19 e a Diretoria de Enfermagem acompanhou cada colaborador até o desfecho clínico. Além disso, foram realizados testes de IGG para anticorpos SARs-COV-2 em todos os profissionais da instituição.

Em fase de maior pico da COVID-19, foi observado aumento de alterações emocionais, dentre elas o estresse, ansiedade e depressão, com consequente afastamento do trabalho. A Diretoria de Enfermagem realizou parcerias com a equipe de Serviço de Saúde Mental do Hospital Universitário e do Ambulatório de Práticas Integrativas para implementação e ampliação de atendimentos aos colaboradores da instituição com objetivo de auxiliar na superação dessas condições.

Um ganho deste período foi a parceria da Diretoria de Enfermagem do HSP com a Lean Institute Brasil. Essa empresa forneceu bolsas de estudos para o curso prático de formação de Lean Healthcare para gestores da Diretoria de Enfermagem. O Lean é uma filosofia inspirada no modo de trabalho da *Toyota Corporation* e se baseia em um conjunto de princípios, conceitos e ferramentas usados para maximizar o valor sob a perspectiva do cliente, consumindo o mínimo de recursos e utilizando ao máximo o conhecimento e habilidades das pessoas envolvidas com o trabalho<sup>(7)</sup>. Esse curso foi realizado por seis gestores e tem contribuído para o desenvolvimento de projetos A3 e trabalhos padronizados visando a melhoria dos processos do HSP.



Fonte: Arquivo pessoal, 2021.

**Figura 1** – Projeto A3 sobre melhoria no processo de prevenção de lesão por pressão em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva durante a pandemia de COVID-19. São Paulo, SP, Brasil, 2021

## TREINAMENTOS E AMPLIAÇÃO DO USO DE RECURSOS DIGITAIS

O Setor de Educação Permanente priorizou atualizações nos setores intra-hospitalares e realizou treinamentos setoriais para toda a equipe de Enfermagem das unidades exclusivas para o atendimento aos pacientes com COVID-19. Dentre os temas mais abordados, destacaram-se o uso correto de equipamentos de EPI, atendimento de pacientes com a COVID-19 em parada cardiorrespiratória, orientações sobre intubação orotraqueal, entre outros. Também foram realizadas estações de treinamento com o uso de bonecos e equipamentos para os profissionais de Enfermagem recém-admitidos.



Fonte: Arquivo pessoal, 2021.

**Figura 2** - Estação de treinamento sobre cuidados com terapia intravenosa em unidade de terapia intensiva para profissionais de Enfermagem recém contratados. São Paulo, SP, Brasil, 2021

O uso dos recursos digitais e serviços on-line são ferramentas muito utilizadas no ambiente hospitalar, porém com a pandemia, esse recurso foi fundamental devido a facilidade de uso, transmite informações em curto período de tempo, possui longo alcance e é acessível para um grande número de pessoas. Além disso, essa ferramenta possibilita a realização de reuniões virtuais que manteve a comunicação das equipes na vigência de restrições aos encontros presenciais.

O Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) foi ampliado nas unidades hospitalares e, por suas características, auxiliaram na contenção da transmissão da doença por reduzir a manipulação de materiais como pasta de prontuário físico, papel, prancheta, caneta, reduzindo o risco de contaminação por contato.

A equipe da Educação Permanente desenvolveu videoaulas para transmitir as informações disponíveis sobre a COVID-19 na prática clínica. Esta estratégia possui a vantagem de evitar aglomerações em salas de aula e aumentar a participação dos profissionais, pois podem ser visualizadas em horários mais convenientes. No mesmo período, houve a construção de um curso de Educação a Distância (EAD) sobre o manejo de pacientes com a COVID-19 exclusivo para a equipe de Enfermagem. Pela quantidade de informações geradas, este EAD foi dividido em 12 subtemas envolvendo cuidados gerais com pacientes com COVID-19, uso correto de EPIs, cuidados com coleta de exames, visitas e acompanhamento familiar no ambiente hospitalar, cuidados com o ambiente, orientações de alta hospitalar e cuidados com o corpo após a morte.

The screenshot shows a web interface for a continuing education course. The main heading is "COVID-19: Cuidados de Enfermagem HSP". Below the heading, there is a navigation menu on the left with options like "Página inicial do site", "Páginas do site", "Curso atual", and "COVID-19: Cuidados de Enfermagem HSP". The central content area features a photograph of healthcare workers in full PPE (gowns, masks, face shields) and a text introduction titled "Apresentação". The text discusses the characteristics of coronaviruses and the impact of COVID-19. On the right side, there is a progress bar indicating 53% completion and a section for "Últimas notícias".

Fonte: Programa de Educação Permanente Online dos funcionários de Enfermagem do Hospital São Paulo, 2021<sup>10</sup>.

**Figura 3** – EAD sobre cuidados de Enfermagem aos pacientes com COVID-19. São Paulo, SP, Brasil, 2021

Os recursos digitais também possibilitaram o desenvolvimento de eventos no formato on-line, são eles: “Redução de estresse e a manutenção de estilo de vida saudável em tempos de COVID-19” e “Protagonismo da Enfermagem durante a fase inicial da pandemia de COVID-19”. Ambos eventos ocorreram durante a comemoração da Semana de Enfermagem e contou com a participação da equipe de Saúde Mental do Hospital Universitário, Grupo de Práticas Integrativas, Conselho Regional de São Paulo (COREN-SP), entre outros.

## ORGANIZAÇÃO DE CAMPANHA DE VACINAÇÃO CONTRA COVID-19

Em 2021, a Diretoria de Enfermagem em conjunto com a EPE realizaram a vacinação contra a COVID-19 para os profissionais de Saúde e alunos da UNIFESP - Campus São Paulo. Até março de 2021 foram vacinados mais de 8.600 trabalhadores, graduandos, residentes e pós-graduandos. Foram utilizados os imunizantes da Corona Vac/Butantan e Oxford/Fiocruz.



Fonte: Arquivo pessoal, 2021

**Figura 4** - Imagem da campanha de vacinação contra COVID-19. São Paulo, SP, Brasil, 2021

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde o início da pandemia, a Diretoria de Enfermagem foi protagonista neste enfrentamento com ações de organização do ambiente e estruturação de equipes de Enfermagem tanto em quantidade quanto em relação ao preparo técnico científico. A pandemia trouxe desafios e ensinamentos diários que fortaleceram a equipe de Enfermagem.

## REFERÊNCIAS

1. Prestia AS. The Moral Obligation of Nurse Leaders: COVID-19. Nur Leader [Internet]. 2020 [cited 2022 Feb 1];18(4):326-8. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2020.04.008>
2. Sherman RO. Leading in a Time of Chaos. Nur Leader [Internet]. 2020 [cited 2022 Feb 1];18(4):307. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2020.04.006>
3. Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Parecer Normativo COFEN 002/2020: Estabelece parâmetros mínimos de profissionais de Enfermagem para atendimento aos pacientes acometidos pela COVID-19, internados em Hospitais Gerais, Hospitais de Campanha, Unidades de Tratamento Semi- Intensivo/Salas de Estabilização e Unidades de Terapia Intensiva-UTI[Internet]. Brasília: COFEN; 2020 [cited 2022 Feb 01]. Available from: [http://www.cofen.gov.br/parecer-normativo-no-002-2020\\_79941.html](http://www.cofen.gov.br/parecer-normativo-no-002-2020_79941.html)
4. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes para diagnóstico e Tratamento de COVID-19[Internet]. Brasília; 2020 [cited 2020 May 28]. Available from: <https://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/07/ddt-covid-19.pdf>
5. Organização Mundial da Saúde (OMS). Coronavirus disease (COVID-19): Situation Report – 51 [Internet]. Genebra; 2020[cited 2020 May 28]. Available from: [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200311-sitrep-51-covid-19.pdf?sfvrsn=1ba62e57\\_10](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200311-sitrep-51-covid-19.pdf?sfvrsn=1ba62e57_10)
6. Agencia Nacional de Vigilancia Sanitária (ANVISA). Nota técnica nº 07/2020. Orientações para a prevenção da transmissão de COVID-19 dentro dos serviços de saúde[Internet]. 2020 [cited 2020 May 28]. Available from: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/nota-tecnica-no-07-de-2020/view>
7. Pinto CF, Battaglia F. Aplicando Lean na Saúde[Internet]. Lean Institute Brasil. 2014 [cited 2020 May 28]. Available from: <https://www.lean.org.br/artigos/262/aplicando-lean-na-saude.aspx>
8. Hospital São Paulo (HSP). Programa de Educação Permanente Online em Enfermagem [Internet]. 2021 [cited 2022 Feb 28]. Available from: <https://ead.huhspp.org.br/@/enfermagem/>

<https://doi.org/10.51234/aben.22.e15.c07>

# FLUXOS DE TRABALHO PARA ATENDIMENTO DE PACIENTES COM COVID-19 EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

**Glória Yanne Martins de Oliveira<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0002-7556-8392

**Edna Cristina Vieira Conceição<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0002-5489-3794

**Danielle Saraiva Tuma dos Reis<sup>II</sup>**

ORCID: 0000-0003-3966-2901

**Cinthia Furtado Mendes<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0003-0624-0737

**Lourival Rodrigues Marsola<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0002-8697-8426

**Elaine Regina Corrêa de Souza<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0002-2884-5393

**Regina Fátima Feio Barroso<sup>III</sup>**

ORCID: 0000-0002-6818-7786

**Cintia Yolette Urbano Paxis Aben-Athar<sup>II</sup>**

ORCID: 0000-0002-6951-3547

**Aline Maria Pereira Cruz Ramos<sup>II</sup>**

ORCID: 0000-0001-8812-2923

**Carlos Leonardo Figueiredo Cunha<sup>II</sup>**

ORCID: 0000-0002-1891-4201

<sup>I</sup>Hospital Universitário João de Barros Barreto.  
Belém, PA, Brasil.

<sup>II</sup>Universidade Federal do Pará.  
Belém, PA, Brasil.

<sup>III</sup>Complexo Hospitalar Universitário.  
Belém, PA, Brasil.

**Autor Correspondente:**

Glória Yanne Martins de Oliveira  
gloria\_yanne@hotmail.com



**Como citar:**

Oliveira GYM, Conceição ECV, Reis DST, et al. Fluxos de Trabalho para atendimento de pacientes com Covid-19 em um hospital universitário. In: Santos JLG, Erdmann AL. (Orgs.). Gestão do cuidado de enfermagem no enfrentamento da pandemia de COVID-19 em hospitais universitários brasileiros. Brasília, DF: Editora ABEn; 2022. 60-8 pg. <https://doi.org/10.51234/aben.22.e15.c07>

Revisora: Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni  
Universidade Federal de Santa Catarina.  
Florianópolis, SC, Brasil

## INTRODUÇÃO

Atualmente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) contabiliza mais de 112 milhões de casos confirmados de COVID-19, a doença do Coronavírus ou Coronavírus Disease, e 2.5 milhões de óbitos. No Brasil, até o mês de fevereiro de 2021, houve 10 milhões de casos confirmados, sendo 11% referente à Região Norte. No Pará esse percentual correspondeu a 30,9% à nível regional<sup>(1,2)</sup>.

Nesse contexto, cerca de dois meses separaram os relatos dos primeiros casos de COVID-19, em Wuhan, do primeiro caso diagnosticado no Brasil (26/02/20) e, três meses, de Belém a capital do Pará (18/03/2020)<sup>(2,3)</sup>.

Embora o primeiro caso notificado na capital paraense tenha sido em março de 2020, apenas no mês seguinte, o Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUIBB), pertencente ao Complexo Hospitalar Universitário da Universidade Federal do Pará (CHU-UFPA), internou o primeiro paciente para tratamento de COVID-19. No ano de 2020 foram notificados no HUIBB 1.943 casos, confirmados 1012 casos, com 53 óbitos como causa básica e 38 como causas contribuintes totalizando 91 óbitos pela doença<sup>(2,4)</sup>.

É importante ressaltar que apesar da primeira notificação brasileira ter sido realizada em uma unidade hospitalar privada, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido o responsável pela assistência de mais de 75% dos brasileiros<sup>4</sup>. O acolhimento majoritário desses doentes pelo sistema público expõe as fragilidades hospitalares quanto a crise estrutural, gerencial e de recursos humanos, a falta de leitos de terapia intensiva, diagnóstico e tratamento oportuno, aquisição de equipamentos de proteção individual (EPI) em qualidade e quantidades adequadas para garantir condições seguras aos profissionais de saúde<sup>(5-7)</sup>.

No Brasil, os Hospitais Universitários Federais (HUFs) têm se destacado no atendimento a pacientes com COVID-19 como centros de referência de média e alta complexidade para o SUS, com previsão orçamentária à educação e da



saúde, com reformas e construção de novas unidades<sup>(8,9)</sup>. Entretanto, o enfrentamento à pandemia ainda é um grande desafio, pois esbarra nas demandas do planejamento de políticas, práticas gerenciais emergenciais e eficazes para a provisão de condições estruturais para o cuidado em saúde nos cenários hospitalares<sup>(5,10)</sup>.

Acrescenta-se ainda, que quando as práticas de precauções e fluxos de trabalhos são inadequados ou negligenciadas durante a assistência, tende a gerar infecção cruzada, absenteísmo e risco de contaminação a familiares de profissionais durante o retorno para casa<sup>(11)</sup>.

Diante do fato da alta transmissibilidade viral entre pessoas (colaboradores e pacientes), contaminação do ambiente hospitalar<sup>(12)</sup>, das limitações físicas e de recursos humanos disponíveis, a criação de fluxo de trabalho e protocolos para a paramentação e desparamentação foram imprescindíveis no cenário de atendimento a pacientes com COVID-19 no HUIBB.

Face ao exposto, o objetivo deste capítulo, é relatar a experiência de elaboração dos fluxos de trabalho, baseados nas recomendações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)<sup>(12)</sup>, para atendimento aos casos suspeitos e confirmados da COVID-19, nas unidades assistenciais de um Hospital Universitário Federal que integra a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

## METODOLOGIA

Estudo descritivo, do tipo relato de experiência, acerca da elaboração dos fluxos de trabalho para atendimento aos casos suspeitos e confirmados da COVID-19, nas unidades assistenciais do HUIBB, que compõe o Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Pará, integrado à Rede-EBSERH.

O HUIBB é uma instituição de assistência, ensino e pesquisa ligada a Universidade Federal do Pará (UFPA), que presta serviços à comunidade por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). Inicialmente fundado como Sanatório de Belém, em 1942 e tornando-se em 1990, em função do Termo de Cessão de Uso firmado com a UFPA, o Hospital Universitário João de Barros Barreto<sup>(13)</sup>.

O HUIBB conta com 26.420 m<sup>2</sup> de área construída, cadastrados no Ministério da Saúde (MS) 218 leitos e 30 consultórios, quatro salas de cirurgia, três salas para cirurgia ambulatorial e uma Unidade de Terapia Intensiva, oferece diversas especialidades, como Clínica Médica, Pneumologia, Infectologia, Pediatria, Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Endocrinologia, Cardiologia, Gastroenterologia, Neurologia e Urologia. É referência regional em Pneumologia, Infectologia, Endocrinologia e Diabetes, e referência nacional no tratamento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids). Possui serviço de Referência para o estado do Pará em Diagnóstico de Meningite. E foi credenciado como Unidade de Alta Complexidade em Oncologia, com serviços de Oncologia Clínica e Radioterapia<sup>(13)</sup>.

Durante os meses de abril a agosto de 2020, o HUIBB foi credenciado pela Secretaria de Saúde do Pará (SESPA), para atendimento, através da regulação, dos casos graves do novo Coronavírus e, para atender a demanda, foi montada uma estrutura com mais de 40 leitos de enfermaria, 15 leitos críticos e ambulatórios<sup>(13)</sup>. No entanto, a preparação da instituição foi iniciada ainda no mês de fevereiro de 2020, com videoconferências com a Vigilância do estado do Pará e Sede EBSERH, treinamentos para a comunidade hospitalar, simulação realística com a equipe da linha de frente e elaboração do Plano de Contingência para atendimento dos casos suspeitos ou confirmados de COVID-19. Em março de 2020, após decretada pandemia, o corpo clínico do hospital iniciou os estudos para efetivação das unidades COVID.

Devido ao novo perfil de atendimento surgiu a necessidade premente de adaptar a estrutura física a fim de otimizar os espaços disponíveis. Dentre as necessidades identificadas foram destacados fluxos de entrada e saída de funcionários em áreas específicas de COVID-19, incluindo a paramentação e a desparamentação com o objetivo de otimizar o uso dos EPIs. Foi elaborado um manual de utilização de EPI de acordo com a atividade a ser executada pelo profissional, além de cartazes e de um vídeo mostrando os passos da paramentação e desparamentação.

Foi utilizada a estratégia de elaboração dos fluxos, a partir da apresentação visual do processo de trabalho das unidades, segundo fluxogramas de processos. Para elaboração dos fluxos, foi utilizado um diagrama

simples com a perspectiva de desenhar os processos de trabalho, representando, dessa forma, uma ferramenta reflexiva para analisá-los. Por meio do fluxograma, revelam-se as relações estabelecidas na conformação dos serviços, auxiliando na identificação dos pontos críticos e facilitadores do processo de trabalho.

Como ferramenta institucional, os fluxogramas foram elaborados pelo Setor de Gestão da Qualidade e Vigilância em Saúde (SGQVS) do HUJBB através do Serviço de Gestão da Qualidade (SGQ) que tem como atribuição o estímulo a padronização documental, a condução de auditorias globais e a coordenação do Mapeamento de Processos. O serviço é composto por três enfermeiras e uma técnica de enfermagem sob a gerência de um médico infectologista.

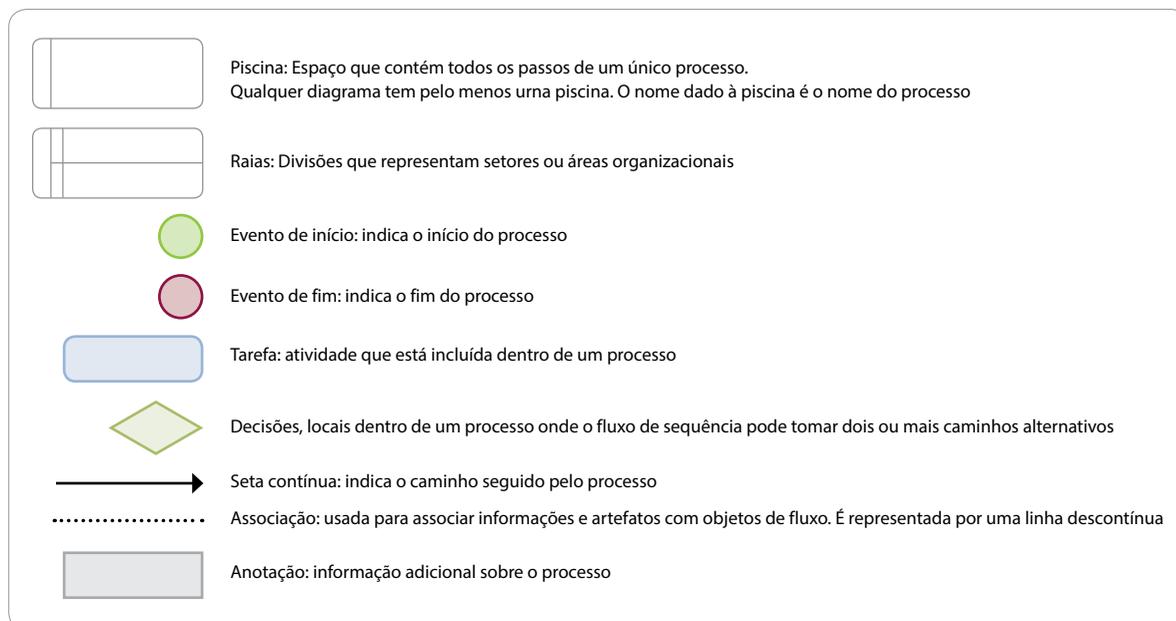
Utilizou-se o Bizagi Modeler 3.8, um software de mapeamento de processos comerciais, o qual faz parte de uma plataforma de aplicativos ainda mais completa. Essa plataforma permite que seus usuários elaborem diagramas de processos, permitindo e facilitando a identificação visual dos fluxos de atenção.

Nessa metodologia, os processos são identificados e mapeados considerando suas correlações. Essa técnica oportuniza a melhoria da eficácia do sistema, considerando-se que fomenta a autoconfiança dos colaboradores no funcionamento interligado dos seus processos, aumentando assim a satisfação dos servidores e, por conseguinte, dos clientes pelo cumprimento de uma rede sistemática de requisitos estabelecidos na instituição<sup>(14,15)</sup>.

O mapeamento de processos (MP), possibilita esclarecer melhor as etapas dos processos, definindo e formalizando diversos fatores que impactam diretamente na execução do trabalho. No entanto, só é possível propiciar melhoria contínua analisando-se todos os fatores que compõem os processos, pois um problema identificado no final da linha de produção pode ter seu cerne na primeira etapa do processo<sup>(14,15)</sup>.

O MP direciona a atenção para tudo que é relevante no trabalho da equipe. Não obstante, é fundamental, compreender que na sua elaboração é preponderante refletir e entender o processo, pois é essa análise que vai orientar formas de melhorar os resultados da organização, tornando-a eficaz<sup>(14,15)</sup>.

Na figura 1 o esquema gráfico utiliza formas e imagens parametrizadas que auxiliam na compreensão dos fluxogramas apresentados.



Fonte: Software de mapeamento Bizagi Modeler 3.8, 2020.

**Figura 1** - Apresentação gráfica das principais formas utilizadas no desenho de fluxograma de processos através do Bizagi Modeler. Belém, PA, Brasil, 2020

## DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

O HUIBB encontra-se em fase de reestruturação de seus processos de trabalho com objetivo principal da redução da mortalidade institucional. Muitos protocolos institucionais e o próprio método assistencial se encontravam em revisão no período em que foi decretada a pandemia do novo coronavírus.

A fim de preparar a ampliação da capacidade do hospital de forma organizada, integrada e escalonada para fazer frente a pandemia da COVID-19, foi-se proposto e implantado pelos Hospitais Universitários Federais (HUFs) que compõem a Rede-EBSERH, a realização de um Plano de Contingência, uma vez que, essas instituições, embora apresentem níveis de atuação e desenvolvimento operacional diferenciado, de acordo com cada localização e porte institucional, não estavam preparadas, a priori, para responder imediatamente à grave emergência de saúde que se instalava<sup>(16)</sup>.

Nesse sentido, assim como os demais hospitais da EBSERH, o HUIBB passou a realizar reuniões e encaminhamentos com sua alta gestão em um comitê especialmente instituído para tratar de assuntos relacionados à pandemia, o Comitê de Operações de Emergência (COE).

A atuação do COE foi conjunta a vários gestores da instituição, aqui, no entanto, para atender ao objetivo apresentado, determo-nos à descrição de um dos pontos trabalhados para o Plano de Contingência hospitalar, a avaliação dos fluxos de trabalho para atendimento aos casos suspeitos e confirmados da COVID-19.

Com o aumento do número de casos e a adoção de estratégias diversificadas pelo país, verificou-se a necessidade de complementar as orientações sobre a estruturação de unidades alternativas de assistência à saúde, emergenciais e temporárias, ampliando os parâmetros para a instalação de leitos, auxiliando nas adaptações assistenciais de saúde existentes, como estratégia de ampliação de atendimento a pacientes críticos para a COVID-19.

As orientações e estudos para implantação de estratégias, bem como a elaboração dos fluxos para as Unidades de Atendimento aos pacientes com a COVID-19, foram baseados em diretrizes internacionais e na Nota técnica/ ANVISA nº 141/2020<sup>(17)</sup>. Por se tratar de um momento de crise, foi requerido, em caráter orientador, a interação entre o Serviço de Qualidade, representantes das unidades assistenciais e avaliação técnica do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH). Essa interação forneceu orientações sobre os requisitos mínimos, a melhor forma de favorecer uma assistência à saúde adequada, com a mitigação dos riscos e a ampliação dos benefícios<sup>(18)</sup>.

Entre as primeiras necessidades identificadas, elencou-se o estabelecimento de um fluxo de entrada e saída de funcionários nas unidades destinadas aos pacientes da COVID-19. O HUF por estar no Nível 1\* de resposta do Plano de Contingência Estadual e por ser referência para pacientes adultos suspeitos ou confirmados da COVID-19 com indicação de internação (casos moderados e graves) disponibilizou, em seu período de maior capacidade adotada (abril a julho de 2020) quatro leitos de isolamento (dois leitos de transição para admissões externas e dois leitos para triagem de pacientes internados); 15 leitos críticos e 40 leitos de internação em enfermarias<sup>(19)</sup>.

Como o hospital dispunha de leitos para atendimento a pacientes classificados como casos graves e moderados da COVID-19, com perfil de leitos em enfermaria e terapia intensiva, precisou-se adotar fluxogramas específicos a esses dois perfis de ambiente.

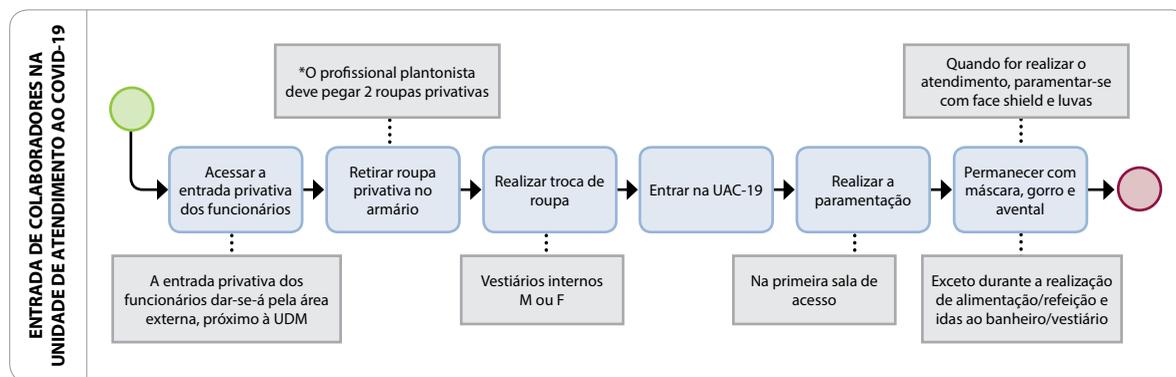
Embora a configuração dos fluxos apresentados seja diferenciada pela dinâmica de cada perfil de unidade e da estrutura física dela, os principais pontos incluídos no fluxograma eram os seguintes: vestiário (entrada e saída), sala/área de paramentação, copa, enfermaria/ leitos críticos (assistência) e descanso.

## PRINCIPAIS RESULTADOS

A seguir, são apresentados os resultados referentes à organização de fluxo implantada nas unidades Covid-19. Neste primeiro fluxograma, foi abordada a entrada do funcionário na unidade privativa de atendimento

\* Nível 1 – Aumento de 20% para atendimento aos pacientes com COVID-19 com necessidade de expansão imediata do atendimento a pacientes com COVID-19, apenas com o remanejamento de recursos existentes.

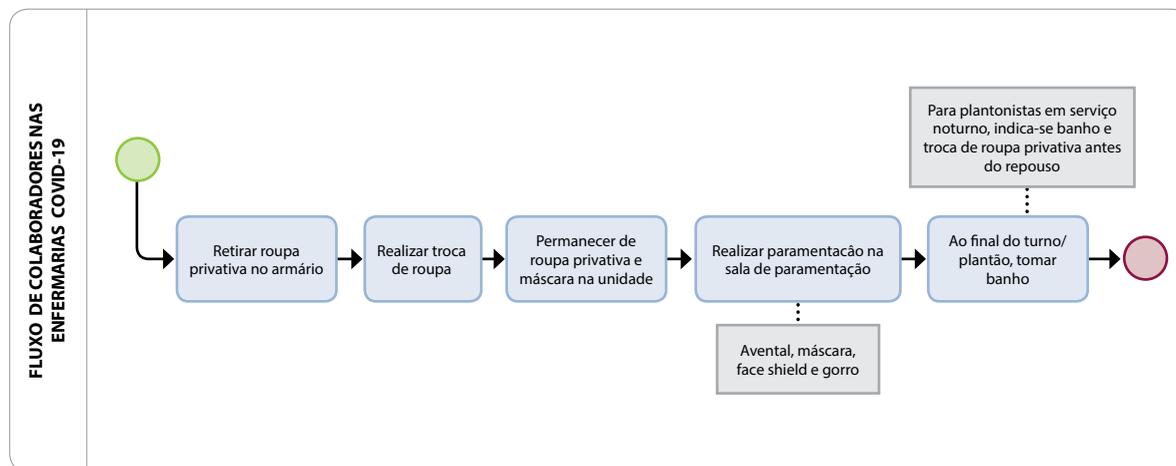
de COVID-19, UAC, correspondente às áreas de 15 leitos críticos. O início do processo se dá com a troca da roupa privativa, acesso à área restrita, local de paramentação (Figura 2).



UAC-19 - UNIDADE DE ATENDIMENTO À COVID-19; UDM - Unidade Diagnóstica de Meningite; M- Masculino, F- Feminino.  
Fonte: Software de mapeamento Bizagi Modeler 3.8, 2020.

**Figura 2** - Fluxograma da Entrada do colaborador na área de atendimento à COVID-19, leitos críticos, HUJBB, EBSERH. Belém, PA, Brasil, 2020

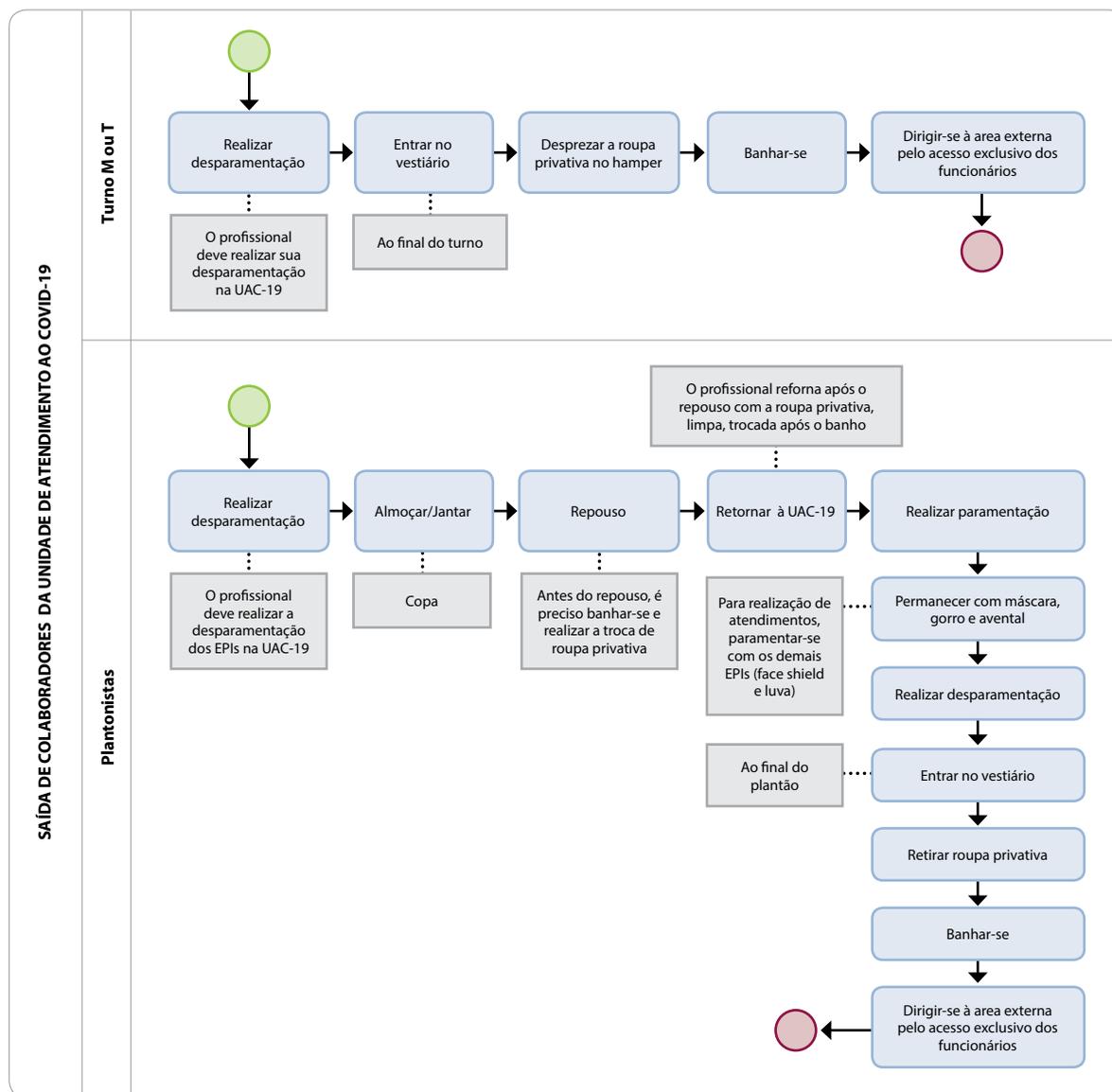
No segundo fluxograma, foram abordadas a entrada do funcionário nas enfermarias de atendimento à COVID-19. O início do processo se dá com o recebimento da roupa privativa, no serviço de Hotelaria, em seguida o profissional se dirige ao local de troca de roupa. No final do plantão recomenda-se o banho (Figura 3).



Fonte: Software de mapeamento Bizagi Modeler 3.8, 2020.

**Figura 3** - Fluxograma da Entrada do colaborador na área de atendimento à COVID-19, enfermaria, HUJBB, EBSERH. Belém, PA, Brasil, 2020

No terceiro fluxograma, foram abordadas as saídas dos colaboradores da área de leitos críticos de atendimento à COVID-19. O início do processo é feito com a diferenciação entre colaboradores com turno de 6 horas (diaristas) e plantonistas (colaboradores com turno de 12 horas). No primeiro caso, a desparamentação só é realizada na saída do turno, com a recomendação do banho. No segundo caso, a recomendação de desparamentação é feita para o horário do almoço/jantar, repouso e saída do plantão (Figura 4).



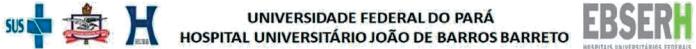
Fonte: Software de mapeamento Bizagi Modeler 3.8, 2020.

**Figura 4** - Fluxograma da Saída do colaborador na área de atendimento à COVID-19, HUJBB, EBSERH, Belém – PA, Brasil. Belém, PA, Brasil, 2020

Com a adoção dos fluxogramas, foi possível a setorização das unidades em coorte, levando-se em consideração a segurança do paciente, a otimização da circulação e a exposição da equipe de assistência, sendo que as equipes da assistência direta ao paciente, foram exclusivas e dedicadas a pacientes com COVID-19.

Com a reconfiguração espacial e a disposição das áreas específicas para a dinâmica de trabalho da equipe assistencial foi possível a adoção de precauções padrão, que constitui em práticas mínimas de prevenção de infecções aplicadas a todos os pacientes independente do status de infecção suspeita ou confirmada, associadas às recomendações de isolamento<sup>(12)</sup>, com a instalação de dispositivos de álcool gel a 70% oportunizando a higienização das mãos nos momentos recomendados.

Em conjunto com essas ações foi elaborado material de apoio com orientações para a equipe de saúde quanto aos passos da paramentação e desparamentação (Figura 5).



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ**  
**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO DE BARROS BARRETO**

**PARAMENTAÇÃO E DESPARAMENTAÇÃO DE EPI NO**  
**ATENDIMENTO COORTE DE COVID - 19 NA UAC**

### PARAMENTAÇÃO

- 1  **HIGIENIZE AS MÃOS**  
Higienize as mãos com água e sabão líquido
- 2  **VISTA O AVENTAL**  
Ajustando as amarras na parte posterior
- 3  **COLOQUE A MÁSCARA**  
Utilize máscara N95 em procedimentos que gerem aerossóis e no atendimento de pacientes críticos
- 4  **COLOQUE O GORRO**  
Comece pela frente, no sentido antero- posterior
- 5  **PROTETOR FACIAL**  
Ajuste-o sobre o gorro
- 6  **COLOQUE AS LUVAS**
- 7  **VOCÊ ESTÁ PRONTO PARA O CUIDADO SEGURO**

### DESPARAMENTAÇÃO

- 1  **RETIRE AS LUVAS**
- 2  **HIGIENIZE AS MÃOS**
- 3  **RETIRE O GORRO**
- 4  **HIGIENIZE AS MÃOS**

 **SAIA DO BOX DO PACIENTE**

- 5  **RETIRE O PROTETOR FACIAL**
- 6  **HIGIENIZE AS MÃOS**

**MANTENHA: AVENTAL E MÁSCARA**  
Mantenha-os até o fim da jornada de trabalho. Se for ter novo contato com o paciente, coloque luvas, gorro e protetor facial novamente.

 **ANTES DE SAIR DA UAC-19**

- 7  **RETIRE O AVENTAL**
- 8  **HIGIENIZE AS MÃOS**
- 9  **RETIRE A MÁSCARA**

 **BANHE-SE APÓS SAIR**

Fonte: SGQVS - HUIBB/UFPA, 2020.

**Figura 5** - Cartaz ilustrativo demonstrando a paramentação e desparamentação de EPI no atendimento à COVID-19, HUIBB, EBSERH, Belém – PA, Brasil. Belém, PA, Brasil, 2020

Levantamentos feitos por associações profissionais, notícias veiculadas pela mídia e reportagens feitas com profissionais de saúde que estão atuando diretamente em unidades hospitalares que atendem pacientes de COVID-10, dão conta da gravidade da situação vivenciada nos serviços de saúde. O risco de contaminação pela falta de equipamentos de proteção individual (EPI), bem como a ansiedade provocada pelo uso desses equipamentos, em turnos de até 6 horas ininterruptas em UTIs, com uso de fraldas, além da ansiedade vivenciada no momento da desparamentação, isto é, da retirada desses equipamentos, tem provocado um intenso sofrimento nestes profissionais, levando, inclusive, ao afastamento do trabalho, o que compromete, ainda mais, a qualidade do atendimento prestado à população<sup>(20)</sup>.

## Limitações e contribuições para a prática

Apesar das carências de recursos físicos, infraestrutura inadequada e deficiência no quadro profissional, realidade de muitas instituições públicas brasileiras, o desafio de manter a assistência em condições seguras ante uma realidade iminente e crescente de aumento de casos, podemos inferir que as ações conjuntas trouxeram grande aprendizado e amadurecimento institucional e, se não foi possível eliminar os riscos de transmissão nosocomial, reduziram consideravelmente o impacto na assistência a pacientes e colaboradores.

Notadamente, uma das principais contribuições, refere-se ao fortalecimento da equipe, que, durante o período mais crítico de atendimento na instituição até o momento, fez uso da união de setores e colaboradores através de um trabalho conjunto, multidisciplinar e transversal, centralizando esforços e obtendo como resultado um produto útil e funcional para a realização da assistência produzindo bons resultados num momento de alta demanda.

É fato que muitas limitações existentes pré-pandemia não puderam ser solucionadas nesse curto período, no entanto, a experiência e o fortalecimento advindos desse período refletem-se ainda nos dias de hoje, fase em que o número de casos diários da COVID-19 volta a apresentar aumento, e nos leva a aumentar a vigilância e retomar medidas de preparação e adequações internas para atendimento à demanda.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A interação entre o Serviço de Qualidade, representantes das unidades assistenciais e avaliação técnica do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) possibilitou uma atuação direta na elaboração de fluxos internos de atendimento aos pacientes com COVID-19 na instituição, bem como na emissão de pareceres técnicos quanto à avaliação estrutural das novas unidades e das unidades adaptadas a esse atendimento. Pode-se afirmar que a estratégia de elaboração de fluxos foi bem aceita pelos servidores e considerada uma ferramenta que favoreceu o desenvolvimento mais seguro da assistência prestada.

Neste novo cenário da pandemia, com o aumento de casos por novas variantes do COVID-19, o hospital voltou a ser referenciado ao atendimento dos pacientes desde 18 de março de 2021, resgatando os desafios vivenciados para retomada das ações e na perspectiva de melhorias e crescimento institucional.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Painel do WHO Coronavirus Disease (COVID-19) [Internet]. 2021 [cited 2021 Mar 01]. Available from: <https://covid19.who.int/table>
2. Ministério da Saúde (BR). Painel coronavírus COVID 19 [Internet]. 2021 [cited 2021 Mar 29]. Available from: <https://covid.saude.gov.br/>
3. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) Principais elementos [Internet]. Brasília, DF: CONASS; 2021 [cited 2021 Mar 01]. 338p. Available from: <http://www.conass.org.br/biblioteca/volume-1-principais-elementos/>
4. Hospital Universitário João de Barros Barreto. EBSE RH Hospitais Universitários Federais. Boletim Epidemiológico Covid-19: Janeiro a Dezembro de 2020. N° 78. 31/12/2020 [cited 2021 Mar 29]. Available from: <http://intranet.chu-ufpa.br/files/2021/informe%2078.pdf>
5. Medeiros EA. Health professionals fight against COVID-19. Acta Paul Enferm. 2020;33:e-EDT20200003. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020EDT0003>
6. Wang H, Wang S, Yu K. COVID-19 infection epidemic: the medical management strategies in Heilongjiang Province, China. Crit Care. 2020;24(1):107. <https://doi.org/10.1186/s13054-020-2832-8>
7. Petzold MB, Plag J, Ströhle A. [Dealing with psychological distress by healthcare professionals during the COVID-19 pandemia]. Nervenarzt. 2020;91(5):417-21. <https://doi.org/10.1007/s00115-020-00905-0> German
8. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSE RH). Sobre os Hospitais Universitários Federais [Internet]. Brasília (DF): EBSE RH; 2020 [cited 2020 Jun 08]. Available from: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/sobre-os-hospitais-universitarios-federais>

9. Santos JL, Lanzoni GM, Costa MF, Debetio JO, Sousa LP, Santos LS, et al. Como os hospitais universitários estão enfrentando a pandemia de COVID-19 no Brasil? *Acta Paul Enferm.* 2020;33:eAPE20200175. <https://doi.org/10.37689/actaape/2020AO01755>
10. Harris AC, Evans HL, Telem DA. A Practical Decontamination Framework for COVID-19 front-line Workers Returning Home. *Ann Surg.* 2020;272(2):e129-e131. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000003990>
11. Ye G, Lin H, Chen S, Wang S, Zeng Z, Wang W, et al, Environmental contamination of SARS-CoV-2 in healthcare premises. *J Infect.* 2020;81(2):e1-e5. <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2020.04.034>
12. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Nota técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020. Orientações para Serviços de Saúde: Medidas de Prevenção e Controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo Coronavírus (SARS-CoV-2) [Internet]. 2020[cited 2020 Mar 01]. Available from: [https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/nota-tecnica-gvims\\_ggtes\\_anvisa-04\\_2020-25-02-para-o-site.pdf](https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/nota-tecnica-gvims_ggtes_anvisa-04_2020-25-02-para-o-site.pdf)
13. Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em saúde (REBRATS). Hospital Universitário João de Barros Barreto – HUIBB[Internet]. 2015[cited 2020 Mar 01]. Available from: <https://rebrats.saude.gov.br/membros-cat/233-hospital-universitario-joao-de-barros-barreto-hujbb>
14. Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). NBR ISO 9001/2015: Sistemas de Gestão da Qualidade – Requisitos. Rio de Janeiro: ABNT; 2015. 32 p.
15. Rodrigues MV. Ações para a qualidade. GEIQ - Gestão Integrada para a Qualidade: padrão Seis Sigma, classe mundial. Rio de Janeiro: Qualitymark; 2015.
16. Universidade Federal do Pará UFPA, Hospital Universitário João de Barros Barreto HUIBB. EBSERH. Plano de Contingência para atendimento dos casos suspeitos ou confirmados de COVID-19. PLAN.UVS.001 –Página 1/20. 4º versão, 2020.
17. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Nota técnica nº 141/2020/SEI/GRECS/GGTES/DIRE1/ANVISA [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 15]. Available from: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/arquivos-noticias-anvisa/380json-file-1>
18. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Plano de Contingência COVID-19. Gestão de riscos corporativos. Orientações e prioridades para ações de mitigação de riscos de descontinuidade de processos e atividades essenciais da ANVISA [Internet]. 2020 [cited 2021 Feb 08]. Available from: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/paf/coronavirus/arquivos/arquivos-protocolos/7092json-file-1>
19. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Modelo de Plano de Contingência para Infecção humana pelo novo Coronavírus (COVID-19). Brasília, Maio 2021, 2º versão. Available from: [https://www.gov.br/ebserh/pt-br/acesso-a-informacao/boletim-de-servico/sede/2021/anexos/aneox\\_modelo\\_plano\\_contingencia\\_covid\\_19\\_ebserh\\_v-2\\_versao\\_final.pdf](https://www.gov.br/ebserh/pt-br/acesso-a-informacao/boletim-de-servico/sede/2021/anexos/aneox_modelo_plano_contingencia_covid_19_ebserh_v-2_versao_final.pdf)
20. Teixeira CFS, Soares CM, Souza EA, Lisboa ES, Pinto ICM, Andrade LR, et al . A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. *Ciênc Saúde Coletiva* 2020;25(9):3465-74. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>

<https://doi.org/10.51234/aben.22.e15.c08>

# ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NO ENFRENTAMENTO DA COVID-19 EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NO AMAZONAS

**Josias Mota Bindá<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-002-8278-3808

**Aurora Del Carmem Rosell Soria<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-6845-5875

**Bruno Sarkis de Oliveira<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-4238-5936

**Bárbara Misslane da Cruz Castro<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0001-6746-0042

**Marcelino da Silva Cavalcante<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0001-6514-568X

**Rizioléia Marina Pinheiro Pina<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-6114-4003

**Esrón Soares Carvalho Rocha<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0001-1011-6053

**Hadelândia Milon de Oliveira<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0001-8830-9202

<sup>1</sup>Hospital Universitário Getúlio Vargas.  
Manaus, AM, Brasil.

<sup>1</sup>Universidade Federal do Amazonas.  
Manaus, AM, Brasil.

**Autor Correspondente:**

Hadelândia Milon de Oliveira  
hmilon@ufam.edu.br



## Como citar:

Bindá JM, Rosell-Soria AC, Oliveira BS, et al. Atuação da enfermagem no enfrentamento da COVID-19 em um Hospital Universitário no Amazonas. In: Santos JLG, Erdmann AL. (Orgs.). Gestão do cuidado de enfermagem no enfrentamento da pandemia de COVID-19 em hospitais universitários brasileiros. Brasília, DF: Editora ABEn; 2022. 69-75 pg. <https://doi.org/10.51234/aben.22.e15.c08>

Revisora: Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni  
Universidade Federal de Santa Catarina.  
Florianópolis, SC, Brasil.

## INTRODUÇÃO

O Coronavírus é um vírus RNA que pertence à família Coronaviridae, responsável por ocasionar doenças respiratórias descritas desde 1937. No entanto, em 1965 o vírus foi descrito como coronavírus em decorrência do perfil na microscopia, que parece uma coroa<sup>(1)</sup>.

Os tipos de Coronavírus conhecidos até o momento são: Alfa Coronavírus HCoV-229E e Alfa Coronavírus HCoV-NL63, Beta Coronavírus HCoV-OC43 e Beta Coronavírus HCoV-HKU1, SARS-CoV (causador da síndrome respiratória aguda grave ou SARS), MERS-CoV (causador da síndrome respiratória do Oriente Médio ou MERS) e mais recentemente foi identificado o SARS-CoV-2, um novo tipo de coronavírus descoberto no final do ano de 2019 na cidade de Wuhan, pertencente à província de Hubei, na China<sup>(2)</sup>.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), os primeiros casos da síndrome respiratória aguda grave ocasionada por um vírus pouco conhecido denominado Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-Cov-2), iniciou-se na China na cidade de Wuhan<sup>(3)</sup>. Com o crescente número de casos a nível mundial, rapidamente está doença foi considerada uma pandemia, devido à alta transmissibilidade, velocidade de disseminação, elevada incidência e desfechos potencialmente graves<sup>(4,5)</sup>.

O SARS-Cov-2 foi responsável por provocar uma epidemia na China e em decorrência de seu elevado poder de transmissibilidade atingiu em pouco tempo vários países e continentes. Devido à propagação em massa do novo Coronavírus, a Organização Mundial de Saúde declarou no dia 11 de março de 2020 o estado de Pandemia pela COVID-19<sup>(6)</sup>.

No Brasil, foi declarado estado de emergência nacional de saúde pública em fevereiro de 2020, em seguida foi detectado o primeiro caso de circulação do novo Coronavírus em território brasileiro. Em março do mesmo ano a transmissão da COVID-19 foi declarada como comunitária



o que significa que as pessoas estão sendo infectadas em determinadas áreas, mas a transmissão não pode ser rastreada a partir de um único indivíduo infectado<sup>(7)</sup>.

Em nível mundial, no dia 07 de agosto de 2020 haviam 18.902.735 casos confirmados de COVID-19, com 709.511 óbitos<sup>(8)</sup>. No Brasil, até a mesma data, havia 2.912.212 casos confirmados, com 42.720 óbitos relacionados à doença<sup>(5)</sup> e no que diz respeito aos profissionais de enfermagem estavam reportados 32.648 casos de infecção e 334 óbitos<sup>(9)</sup>.

O quadro clínico inicial da doença é caracterizado como síndrome gripal e depende da investigação clínico-epidemiológica e do exame físico, sendo que este, não pode atestar com 100% de segurança se a Síndrome Gripal é causada pelo SARS-CoV-2 ou por outro vírus<sup>(10)</sup>. Dos casos confirmados, estima-se que de 10 a 15% dos pacientes evoluem com formas graves necessitando de suporte intensivo em Unidades de Terapia Intensiva (UTI).

A doença se manifesta de forma respiratória, o ciclo de transmissão pode iniciar com contato pessoal (toque ou aperto de mão), contato com objetos ou superfícies contaminadas, seguido de contato com a boca, nariz ou mucosas, e ainda por via respiratória, com a inalação de gotículas ou aerossóis. Assim, foram estabelecidas medidas de prevenção e controle sendo aqui citadas distanciamento social, etiqueta respiratória e o uso das precauções padrão e específicas, como uso de álcool em gel, não compartilhamento de uso pessoal, evitar aglomerações, dentre outros<sup>(10,11)</sup>.

Como proposta de reorganizar a Rede de Atenção à Saúde do Estado do Amazonas, na 1ª onda de disseminação do vírus, as autoridades sanitárias elaboraram estratégias para conter também a disseminação do vírus na rede de atenção hospitalar, instituindo como unidades de referência para o cuidado de pacientes com COVID-19 o Hospital Delphina Rinaldi Abdel Aziz e o Hospital Nilton Lins<sup>(12)</sup>.

Considerando a extensão da Pandemia pela COVID-19 em Manaus, na 1ª onda o Hospital Universitário Getúlio Vargas pactuou junto ao Governo do Estado do Amazonas a liberação de leitos de Unidade de Terapia Intensiva e a oferta de leitos clínicos<sup>(13)</sup>.

Com o controle de novos casos e a redução da necessidade de hospitalização, o HUGV vem reestruturando suas unidades de internação, passando a reorganizar e retomar a fila das cirurgias eletivas de pequeno, médio e grande porte, assim como tem intensificado a internação de pacientes clínicos vinculados a ele e também procedentes da rede de atenção à saúde do Estado do Amazonas.

Para o enfrentamento desta situação de pandemia na saúde é necessária uma equipe multiprofissional. Profissionais que diante de dúvidas e incertezas sobre o enfrentamento desta nova doença, são expostos a situações como sobrecarga de trabalho e emocional, além de intensa exposição à riscos biológicos sendo esses alguns dos inúmeros fatores estressores<sup>(14)</sup>.

Neste sentido o presente estudo visa descrever a experiência dos profissionais de enfermagem que atua na linha de frente no atendimento ao paciente com COVID-19 de um hospital universitário em Manaus, Amazonas.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa do tipo relato de experiência, que descreve as ações no âmbito da gestão e da assistência destinadas ao paciente com COVID-19 desenvolvidas pela equipe de Enfermagem do Hospital Universitário Getúlio Vargas – HUGV, ocorrida no período de março de 2020 a março de 2021.

O HUGV foi inaugurado em junho de 1965, passou a integrar atividades de ensino, em 1983, considerado como um hospital universitário, integrado à Universidade Federal, tendo como objetivo funcionar como campo de prática para os cursos da área da saúde. Desde fevereiro de 2013 a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), passou a dar apoio à Universidade Federal na gestão do hospital<sup>(15)</sup>.

Conforme o Plano de Contingência do estado do Amazonas, o HUGV é classificado de hospital de retaguarda para atendimento de pacientes com COVID-19, por meio do sistema regulatório local, a saber SISREG (Clínico) SISTER (Unidade de Terapia Intensiva)<sup>(16)</sup>.

Para elaboração e estruturação e redação deste manuscrito foram utilizadas as memórias pessoais dos profissionais, relacionadas às suas atuações nas atividades de gerência e cuidados, clínicas/assistenciais.

## RESULTADOS

A experiência relatada reúne as evidências das ações gerenciais e assistenciais dos enfermeiros no enfrentamento à pandemia do Novo Coronavírus, através da implantação de medidas que objetivaram melhoria do atendimento aos pacientes acometidos por tal patologia.

A princípio foram observados sentimentos de dúvida e incertezas entre os profissionais, justificados por uma situação não vivenciada anteriormente, que comprometeria a organização, estrutura e processo de trabalho na gestão e assistência no cotidiano institucional.

Embora as normativas e portarias ministeriais estivessem sido publicadas, no intuito de direcionar a equipe de saúde no manejo ao indivíduo caso suspeito ou confirmado para COVID-19, as dúvidas e incertezas sobre o cuidado ao paciente eram intensas, uma vez, que as próprias recomendações científicas encontravam-se em fase de estudo e aperfeiçoamento.

Observou-se então, um desafio para os profissionais de Enfermagem neste enfrentamento, sendo eles relacionados à estrutura e organização dos cuidados de enfermagem, alto risco de contaminação pelo novo coronavírus, sobrecarga de trabalho, e a insegurança pelas incertezas da nova doença manifestada mundialmente. Esses fatores afetaram diretamente o trabalho emocional do enfermeiro, alterando seu comportamento habitual e emoções negativas<sup>(17)</sup>.

Foi possível observar o colapso do sistema de Saúde de vários países, colapso esse que envolvia abastecimento de insumos e equipamentos de proteção individual para os profissionais de saúde, problemas de insegurança ocupacional, não diferente da situação vivenciada no sistema de saúde do Estado do Amazonas<sup>(18)</sup>.

No HUGV, com o apoio do Núcleo de Educação Permanente e do Subcomitê de Treinamento, foram propagadas palestras e educação em serviço para o fortalecimento do enfrentamento da Pandemia. Os temas abordados foram: paramentação e desparamentação dos Equipamentos de Proteção Individual-EPI, Manejo do Paciente em intubação Orotraqueal, Segurança do Paciente, Administração Segura de Medicamentos, Pronação, Prevenção e Tratamento de Lesões por Pressão, entre outros.

No Hospital Universitário Getúlio Vargas, os profissionais tiveram de se organizar para o atendimento a demanda do governo estadual, e em contrapartida criar alternativas que resguardassem a segurança de sua família.

## DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

### Primeiras ações para o enfrentamento da pandemia

O estado do Amazonas passou a enfrentar os primeiros casos de COVID 19 no mês de março de 2020. O atendimento à necessidade excepcional e emergencial de combate ao COVID-19 foi iniciada no hospital universitário, em parceria com o governo do estado, no final do mês de março.

A primeira ação executada no hospital para o enfrentamento da pandemia foi a elaboração do Plano de contingência para a infecção humana pelo novo Coronavírus (COVID-19), objetivando definir a organização da estrutura física e o fluxograma de atendimento do Hospital Universitário para o enfrentamento a pandemia. O Plano de Contingência foi elaborado de forma interdisciplinar e multidisciplinar, sendo a enfermagem representada por gestores e profissionais da assistência.

A superintendência do HUGV instituiu o Comitê Gestor de Crise, com quatro subcomitês, a saber:

A) Subcomitê Assistencial, responsável pelo levantamento para aquisição de artigos médicos, produtos de saúde, medicamentos, fluxo de assistência e organização das áreas hospitalares;

- B) Subcomitê Administrativo, responsável pelo levantamento e aquisição de novos equipamentos e/ ou manutenção e as necessidades de infraestrutura;
- C) Subcomitê de Apoio, responsável por definir fluxo e preparação de áreas (Central de Materiais Esterilizáveis, Laboratório, Diagnóstico de imagem, Nutrição, Serviço Social, Hotelaria, dentre outros);
- D) Subcomitê de Treinamento, responsável por realizar treinamento das equipes (médicos e intensivistas e anestesiológicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeuta, técnicos de segurança do trabalho).

Para otimizar os espaços físicos, recursos humanos e insumos houve a redução do número de cirurgias eletivas. O que garantiu a reorganização dos espaços exclusivos para receber os pacientes com COVID-19, tanto na hotelaria como na UTI. Na hotelaria foi possível disponibilizar 45 leitos, em um espaço exclusivo para atendimento de pacientes com COVID-19, oriundos de outras unidades de saúde por meio do Serviço de regulação do estado do Amazonas.

Houve a ampliação dos recursos humanos, por meio de Processo Seletivo a partir da Secretaria de Estado da Saúde da rede da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares-EBSERH, para garantir recursos humanos adequados ao Hospital Universitário Getúlio Vargas, o que oportunizou a organização de leitos de UTI com equipamentos, recursos humanos, materiais e insumos.

Após a ampliação de recursos humanos, as unidades de internação organizaram-se para melhorias dos processos de trabalho e para diferenciar os fluxos de internação de pacientes COVID e NÃO-COVID.

As unidades de internação passaram a configurar-se do seguinte modo:

- **5º Andar-** Ala Sul e Ala Norte-Unidade de Cirurgia Geral passou a ser Unidade COVID;
- **6º Andar-** Ala Sul- Unidade de Neurocirurgia; Ala Norte- Unidade Músculoesquelética passou a ser Unidade COVID;
- **7º Andar-** Ala Sul e Ala Norte-Unidade de Clínica Médica passou a ser Unidade COVID e Pós-COVID;
- **8º Andar-** Abertura de um novo andar para área assistencial. Ala Sul-Unidade de Cirurgia Geral, Músculoesquelética e Neurocirurgia; Ala Norte-Unidade de Clínica Médica.

Os profissionais de enfermagem designados para as unidades de cuidado ao paciente com COVID-19 mantiveram escala de trabalho fixas neste setor, como forma de reduzir ou minimizar o cruzamento de profissionais de outras áreas de cuidado e reduzir também a disseminação do vírus em ambiente de trabalho.

## **Experiência exitosa vivenciada pelos Enfermeiros**

### **A) Assistência de Enfermagem Sistematizada**

Os enfermeiros do HUGV iniciaram suas atividades em março de 2020 até o presente momento, nos setores destinados ao atendimento dos pacientes com COVID-19, classificados como “Alas COVID”, divididas em 3 andares do Hospital Universitário e Unidades de Terapia Intensiva.

Os enfermeiros do HUGV iniciaram os atendimentos destinados ao atendimento dos pacientes com COVID-19, em março de 2020 que se estendem até os dias atuais. Foi necessário o hospital destinar enfermarias denominadas de “Alas COVID”, divididas em três andares do Hospital Universitário além da Unidade de Terapia Intensiva.

A equipe de enfermagem que atuam nas “Alas COVID” um enfermeiro coordenador, responsável pela organização dos serviços de enfermagem, tais como consulta de Enfermagem e implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE, enfermeiros assistenciais responsáveis pelos cuidados diretos ao paciente e pela supervisão da equipe de Enfermagem. A equipe conta com dois técnicos de enfermagem que circula internamente para oferta de cuidados diretos aos pacientes de COVID-19 e outro que circula externo

(para apoio e circulação nas demais dependências do hospital), com a finalidade de evitar a disseminação do vírus no ambiente hospitalar.

As ações de Enfermagem guiadas pela SAE é um indicador de qualidade importante para a garantia de uma assistência segura e direcionada para as necessidades dos pacientes. O fato de o hospital possuir instrumentos da SAE e outros Protocolos e Procedimentos Operacionais Padrão, como Tecnologias que possibilitam a continuidade da assistência nas “Alas COVID” e UTI.

O Processo de Enfermagem orienta o raciocínio clínico e terapêutico do enfermeiro. Composto pelos diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem. Com linguagem padronizada, por meio de um Sistema de Classificação em Enfermagem<sup>(19)</sup>.

A aplicabilidade da SAE pelos Enfermeiros do Hospital Universitário ressalta sua relevância para a identificação precoce de problemas e intervenções direcionadas aos problemas levantados e prevenção de agravos ao paciente com infecção por COVID-19.

## **B) Humanização no cuidado ao paciente com COVID-19**

A enfermagem proporciona um cuidado integral, com o objetivo de estimular a autonomia, o autocuidado, a individualidade de cada paciente, com olhar para além do fisiológico<sup>(20)</sup>.

Baseado na Nota Técnica 30/2020 pela Fundação de Vigilância Sanitária (FVS/AM) sobre a permanência de acompanhantes para pacientes idosos em hospitais<sup>(21)</sup> o Comitê Gestor de Crise, do HUGV elaborou um fluxo, conforme apresentado abaixo:

1. Equipe Multiprofissional (médico, enfermeira e assistente social) avalia os riscos e benefícios para a permanência do acompanhante;
2. A liberação do acompanhante deverá ser registrada em Prontuário;
3. Não haverá troca de acompanhantes, o acompanhante deverá permanecer o mesmo até a alta do paciente, em caso de necessidade, contactar o Serviço Social;
4. O acompanhante deverá comparecer ao setor de triagem fazendo uso de máscara. Na enfermaria oferecer N95 com orientação de uso;
5. Enfermagem realizará o check-list diário de sinais e sintomas com o acompanhante. Detectada qualquer alteração, deverá proceder a troca do acompanhante.
6. Acompanhante deverá assinar Termo de Consentimento Informado sobre a exposição de riscos.

Esse Fluxo balizou a assistência de Enfermagem na condução de uma assistência humanizada, considerando o preconizado na Classificação NANDA sobre o Domínio: papéis e relacionamentos<sup>(20)</sup>. O que possibilitou a avaliação do Enfermeiro para a tomada de decisão sobre a necessidade de acompanhamento familiar. Um importante passo para a humanização do cuidado ao paciente com COVID-19.

## **C) O triunfo da vida em meio ao luto**

Não somente de perdas e luto foi feita a assistência de enfermagem aos pacientes com COVID-19, a enfermagem vislumbrou êxitos no cuidado e recuperação de inúmeras vidas, incluídos entre esses muitos profissionais de saúde que apresentaram recuperação, com retorno às atividades laborais.

Durante todo o processo da pandemia pode-se computar que a assistência de enfermagem e da equipe multiprofissional e o esforço da gestão proporcionou aos pacientes recuperados e seus familiares a oportunidade de viver novas experiências de vida, e para a equipe a oportunidade de vivenciar as emoções que cada cuidado ofertado vale muito.

No caminho de enfrentamento e combate da COVID-19 “é preciso estarmos juntos para capacitar, planejar, executar e reconhecer os diferentes saberes como forma complementar, para que, somados, potencializem a intenção única da saúde: prevenir, restabelecer e salvar vidas”<sup>(18)</sup>.

### Contribuições para a prática

O momento pandêmico trouxe à luz a importância do trabalho da enfermagem, e essa experiência apontou a importância do trabalho do profissional Enfermeiro, pautado em bases metodológica para a organização, planejamento e execução de intervenções para o alcance de resultados que evidenciem a Enfermagem como vital para implementação de políticas de saúde.

A pandemia trouxe visibilidade ao trabalho do enfermeiro na assistência e gestão, exacerbou problemas que historicamente a enfermagem enfrenta apontando para uma sutil valorização do profissional de Enfermagem.

### Limitações

A limitação deste relato está na impossibilidade de agregar experiências vivenciadas por mais profissionais de enfermagem, dada a situação de pandemia, sendo o Amazonas considerado o epicentro da segunda onda da infecção pela COVID-19, com o agravante de diminuição de oferta de oxigênio no estado, causando grande movimentação e envolvimento da equipe multiprofissional do Hospital Universitário.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa experiência favoreceu o fortalecimento das ações de enfermagem em meio ao cenário complexo da Pandemia da COVID-19, o que necessitou de articulação e envolvimento interdisciplinar e multidisciplinar no desenvolvimento, implantação e implementação do Plano de Contingência do HUGV, porém com atuação expressiva da equipe de enfermagem no âmbito da gestão e assistência de enfermagem. Nessa perspectiva, a equipe de enfermagem aplicou com muito êxito a Sistematização da assistência de Enfermagem direcionada à prevenção de agravos ao paciente com infecção por COVID-19. Diante do cenário vivenciado a equipe de enfermagem vislumbrou êxitos no cuidado e recuperação da saúde de pacientes e de muitos profissionais de saúde.

A experiência descrita pode subsidiar profissionais de enfermagem que atuaram e atuam na assistência e gestão a refletirem acerca das dificuldades vivenciadas em um cenário pandêmico, que exigiram constantes adaptações em um contexto de incertezas, inquietações, porém com atuação assertiva por parte da equipe de enfermagem com impactos positivos para a população assistida em um hospital de ensino durante a pandemia da COVID-19 no Amazonas.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Orientações para manejo de pacientes com COVID-19 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [cited 2021 Mar 10]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/recomendacoes/orientacoes-para-manejo-de-pacientes-com-covid-19/view>
2. Lima CAO. Informações sobre o novo coronavírus (COVID-19). Radiol Bras. 2020;53(2):e1. <https://doi.org/10.1590/0100-3984.2020.53.2e1>
3. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. N Engl J Med. 2020;382:727-33. <http://doi.org/10.1056/NEJMoa2001017>
4. Araújo CSFL, Strina A, Grassi GRFM, Teixeira GM. Aspectos clínicos e terapêuticos da infecção da COVID-19 [Internet]. 2020. [cited 2021 Feb 28]. Available from: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/40662/2/Aspectos-clínicos-e-terapêuticos-da-infecção-da-COVID-19-1.pdf>

5. Ministério da Saúde (BR). Orientações para Manejo de Pacientes com COVID-19 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [cited 2021 Feb 10]. Available from: <https://www.unasus.gov.br/especial/covid19/profissionais>
6. Ministério da Saúde (BR). Protocolo de Manejo Clínico para o Novo Coronavírus (2019-nCoV) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [cited 2021 Mar 20]. Available from: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manejo\\_clinico\\_covid-19\\_atencao\\_especializada.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manejo_clinico_covid-19_atencao_especializada.pdf)
7. Ministério da Saúde (BR). Guia de Vigilância Epidemiológica: Emergência em Saúde Pública de importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [cited 2021 Mar 21]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/guia-de-vigilancia-epidemiologica-covid-19/>
8. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). História da Pandemia de Covid-19 [Internet]. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), 2022 [cited 2022 Jan 19]. Available from: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>
9. Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Observatório da enfermagem [Internet]. 2020 [cited 2021 May 11]. Available from: <http://observatoriodaenfermagem.cofen.gov.br/>
10. Organização Mundial da Saúde (OMS). Clinical management of severe acute respiratory infection when novel coronavirus (2019-nCoV) infection is suspected. Interim Guidance [Internet]. 2020 [cited 2021 Mar 03]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330893/WHO-nCoV-Clinical-2020.3-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
11. Pan Americana Health Organization (PAHO). Coronavirus infections [Internet]. 2020 [cited 2021 Mar 16]. Available from: <https://www.paho.org/en/topics/coronavirus-infections>
12. Secretaria de Estado de Saúde do Governo do Amazonas. Comitê Estadual de Resposta Rápida alinha estratégia de prevenção ao Coronavírus e SRAG [Internet]. 2020 [cited 2021 Jan 12]. Available from: <http://www.saude.am.gov.br/visualizar-noticia.php?id=4209>
13. Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas. Hospital de Combate ao Covid-19 recebe mais 16 pacientes [Internet]. 2020 [cited 2021 Jan 12]. <http://www.saude.am.gov.br/visualizar-noticia.php?id=4475>
14. Machado DA, Figueiredo NMA, Velasques LS, Bento CAM, Machado WCA, Vianna LAM. Cognitive changes in nurses working in intensive care units. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(1):73-9. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0513>
15. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUGV). Nossa história [Internet]. 2021 [cited 2021 Mar 25]. Available from: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-norte/hugv-ufam/aceso-a-informacao/institucional>
16. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUGV). Plano de Contingência para infecção humana pelo novo Coronavírus – 2019 [Internet]. Amazonas. 2020 [cited 2021 Mar 25]. Available from: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/huac-ufcg/aceso-a-informacao/boletim-de-servico/pops/2021/marco-2021/plano-de-contingencia-para-infeccao-humana-pelo-novo-coronavirus-versao-6-0-ajustada.pdf/view>
17. Diogo PMJ, Lemos e Sousa MOC, Rodrigues JRGV, Almeida e Silva TAAM, Santos MLF. Trabalho emocional de enfermeiros da linha de frente do combate à pandemia de COVID-19 *Rev Bras Enferm* 2021;74(Suppl 1):e20200660. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0660>
18. Oliveira AC. Desafios da enfermagem frente ao enfrentamento da pandemia da Covid19. *Rev Min Enferm*. 2020;24:e-1302. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20200032>
19. Barros ALBL, Silva VM, Santana RF, Cavalcante AMRZ, Vitor AF, Lucena AF, et al. Contribuições da rede de pesquisa em processo de enfermagem para assistência na pandemia de COVID-19. *Rev Bras Enferm*. 2020;73 (suppl 2). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0798>
20. Paula PHA, Pinheiro PNC, Mondragón-Sánchez EJ, Costa MIF, Rodrigues IP, Dourado JVL. Dimensões do humano e cuidado de enfermagem. *Esc Anna Nery*. 2020;24(spe):e20200321. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0321>
21. Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas (FVS). Nota Técnica Conjunta nº 30/2020 – CECISS/FVS-AM. Recomendações para visitantes e acompanhantes nos serviços de saúde durante a pandemia da COVID-19 [Internet]. Amazonas: Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas; 2020 [cited 2021 Mar 21]. Available from: <https://www.fvs.am.gov.br/publicacoes#>

<https://doi.org/10.51234/aben.22.e15.c09>

# GOVERNANÇA CORPORATIVA NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGARD SANTOS NO ENFRENTAMENTO DA COVID-19

**Monalisa Viana Sant'Anna<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-3336-2510

**Olga Maria Brito dos Santos<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0001-6405-2895

**Iranete Almeida Sousa Silva<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-1676-7543

**Maria Gabriela Santos de Souza<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0001-7125-6634

**Erica Luzia Sales Murici de Jesus<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0001-6814-7103

**Gilberto Tadeu Reis da Silva<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-0595-0780

**Deybson de Almeida Borba<sup>III</sup>**

ORCID: 0000-0002-2311-6204

**Giselle Alves da Silva Teixeira<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0001-6245-302X

**Virgínia Ramos dos Santos Souza<sup>II</sup>**

ORCID: 0000-0003-4246-4332

**Patrícia Alves Galhardo Varanda<sup>II</sup>**

ORCID: 0000-0001-8120-7983

**Mariane Teixeira Dantas Farias<sup>II</sup>**

ORCID: 0000-0003-4208-4911

## INTRODUÇÃO

A COVID-19 é uma doença causada por um vírus da família Coronavírus denominado Severe Acute Respiratory Syndrome 2 (SARS-CoV-2), descoberto na cidade de Wuhan na China, em dezembro de 2019<sup>(1)</sup>. Houve uma rápida disseminação da doença pelos continentes, resultado da alta transmissibilidade viral associada ao desconhecimento da evolução clínica. A doença foi considerada Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional<sup>(2)</sup> pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e, em seguida, uma pandemia.

No Brasil, a pandemia teve seus primeiros registros em fevereiro de 2020, sendo reconhecida como Emergência de Saúde Pública de importância nacional, pelo Ministério da Saúde (MS), por meio da Portaria GM/MS n. 188/2020<sup>(3)</sup>. Este cenário evidenciou a necessidade de resposta rápida da Rede de Atenção à Saúde (RAS), principalmente no que se refere à capacidade de identificação precoce dos casos e disponibilidade do acesso aos serviços de maior complexidade. Em 17 de março de 2021 o Brasil já ocupava o segundo lugar no mundo em incidência da doença, com 11.519.609 casos confirmados e 279.286 óbitos<sup>(4)</sup>.

Decorrido um ano do início da pandemia foram constatadas situações heterogêneas no Brasil. De modo geral, houve desaceleração da doença, e em seguida aumento do número de casos no segundo semestre de 2020, isto após a identificação de variantes<sup>(5)</sup>. Atualmente as diversas mutações são motivo de preocupação, visto que aumentam não só a transmissibilidade e gravidade dos quadros clínicos como o risco de óbito<sup>(6)</sup>.

Em janeiro de 2021, o país iniciou a vacinação como forma de controle da doença. Nota-se redução dos casos, nas faixas etárias mais avançadas, já vacinadas, mas aumentou o adoecimento de pessoas mais jovens, economicamente ativas, inclusive com rápida deterioração do quadro clínico e maior tempo de permanência de ocupação dos leitos hospitalares<sup>(5)</sup>.

<sup>1</sup>Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos. Salvador, BA, Brasil.

<sup>II</sup>Universidade Federal da Bahia. Salvador, BA, Brasil.

<sup>III</sup>Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, BA, Brasil.

### Autor Correspondente:

Monalisa Viana Sant'Anna  
santannamonalisa7@gmail.com



### Como citar:

Sant'Anna MV, Brito OMS, Silva IAS, et al. Governança Corporativa no Hospital Universitário Professor Edgard Santos no Enfrentamento da COVID-19. In: Santos JLG, Erdmann AL. (Orgs.). Gestão do cuidado de enfermagem no enfrentamento da pandemia de COVID-19 em hospitais universitários brasileiros. Brasília, DF: Editora ABEn; 2022. 76-87 pg. <https://doi.org/10.51234/aben.22.e15.c09>

Revisora: Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni  
Universidade Federal de Santa Catarina.  
Florianópolis, SC, Brasil



A associação desses fatores, especialmente em um cenário de saúde à beira do colapso, quando não já colapsado, amplifica os desafios habitualmente vivenciados no âmbito dos hospitais, especialmente para os universitários, que se responsabilizam por um conjunto altamente divergente e complexo de atividades. Suas ações incluem a realização de atendimentos, exames, diagnósticos e tratamentos, além de planejamento e execução de internações e intervenções cirúrgicas, práticas de ensino e pesquisa e formação de profissionais de saúde <sup>(7)</sup>.

Ademais, a ausência de planejamento antecipado em situações de risco coopera para as incertezas, sendo este um fator gerador de sobrecarga para os gestores, diante da necessidade premente de suprir inúmeras deficiências.

Sendo assim, inúmeras instituições de saúde implementaram, de modo urgente, medidas para manter a capacidade de atendimento à população. E é neste contexto de estruturação de estratégias para melhor reorganização e de necessidade de redução dos indicadores de mortalidade que se desenvolve o presente estudo. Será relatada a vivência dos autores, enfermeiros, do Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos (HUPES), e a implementação das primeiras ações educativas, seguida da instituição, pela governança, do Grupo Técnico de Trabalho (GTTCOVID-19), por meio da Portaria nº 77 de 16 de março de 2020 <sup>(8)</sup>, posteriormente convertido em Comitê de Crise da COVID-19 do HUPES, conforme Portaria nº 242 de 29/05/2020 <sup>(9)</sup>.

Este Comitê tem como finalidade adaptar os serviços mediante ações voltadas para capacitação e proteção dos profissionais de saúde e usuários, de modo a evitar o colapso desta instituição neste momento de pandemia. E, como atribuições, atividades que incluem ações de vigilância em saúde, resgate das boas práticas em saúde e segurança no trabalho, revisão e elaboração de protocolos clínicos, procedimentos operacionais-padrão e promoção da educação permanente.

Os hospitais universitários, enquanto serviços públicos são cenários de práticas de ensino/aprendizagem que, habitualmente, enfrentam escassez de equipamentos, materiais para diagnósticos e assistência aos usuários; escassez de leitos hospitalares, particularmente os de terapia intensiva; condições precárias de trabalho reveladas pela falta de equipamentos de proteção individual (EPI), sobrecarga de trabalho, subdimensionamento de pessoal, entre outros. No curso da pandemia, tem ocorrido a intensificação dessas dificuldades em concomitância com o cenário mundial de despreparo dos trabalhadores para lidar com a nova patologia e, conseqüentemente, aumento do número de trabalhadores contaminados pelo SARS-CoV-2.

O HUPES da Universidade Federal da Bahia (UFBA), enquanto um hospital universitário integrante da RAS do Sistema Único de Saúde (SUS) tem adequado seus serviços para atender as demandas oriundas da pandemia, como também garantir práticas seguras aos trabalhadores, estudantes e usuários.

Vislumbra-se que os resultados aqui apresentados possibilitam uma análise das ações estratégicas em Saúde implementadas para o enfrentamento da COVID-19 neste hospital, com destaque para as práticas exitosas que se mostraram capazes de melhorar a qualidade assistencial, a segurança do paciente/profissional e a busca pela excelência dos resultados institucionais. Adicionalmente, espera-se que o relato dessas experiências possa contribuir para o manejo futuro de eventos de crise na saúde. Diante do exposto, definiu-se a seguinte questão de investigação: Como se estruturaram as ações estratégicas em Saúde do HUPES para o enfrentamento da COVID-19?

Portanto, como objetivo estabeleceu-se analisar as ações estratégicas em Saúde do HUPES para o enfrentamento da COVID-19.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo relato de experiência e transversal. Os dados que fundamentam este relato foram coletados do período de fevereiro de 2020 a fevereiro de 2021, extraídos de documentos publicados *on-line*, na intranet do hospital, dos registros das reuniões ordinárias e extraordinárias do Comitê de crise,

de documentos internos do Setor de Vigilância Saúde e Segurança do Paciente (SVSSP), e de minutas de reuniões. Esses dados foram agrupados em planilha *Excel*, categorizados e subcategorizados por aproximação temática conforme os eixos: gestão, epidemiologia e clínica.

Esse tipo de estudo se caracteriza pela descrição precisa da experiência tida como exitosa ou não e que, neste caso, pode contribuir para discussão e proposição de ideias para melhoria do cuidado em saúde durante a pandemia da COVID-19<sup>(10)</sup>. Relatos podem revelar enfrentamentos e dificuldades, ao tempo que estimulam gestores, trabalhadores e comunidade acadêmica para novos estudos, bem como sinalizar novos caminhos<sup>(10)</sup>.

O relato de experiência como narrativa assume importância na medida em que confere legitimidade à experiência enquanto fenômeno científico. É, portanto, uma ferramenta metodológica que se avizinha aos manejos e direcionamentos das ciências humanas; exprime, por meio da própria criação, uma espécie de temperatura da época, ensejando uma aspiração voltada à possibilidade de verdade<sup>(10)</sup>.

O *lôcus* deste estudo foi o HUPES/UFBA, localizado na cidade de Salvador, no Estado da Bahia. Inaugurado em 1948, classifica-se como hospital de grande porte, possui 291 leitos de internação integral ativos, 11 leitos do hospital dia, 20 de Terapia Intensiva Adulto e 08 de Terapia Intensiva Pediátrica, 17 salas de aula, 01 auditório, 01 anfiteatro, 5 laboratórios de pesquisa e 18 unidades de internação. Para as atividades ambulatoriais conta com 128 consultórios.

No HUPES são atendidos pacientes com doenças que demandam atenção especializada de média e alta complexidade. Seu corpo clínico é composto por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, psicólogos, assistente social, farmacêuticos, médicos, professores, estudantes de graduação e pós-graduação, médicos residentes e residentes multiprofissionais, além dos serviços de apoio administrativos e outros, como transporte, higienização e recepcionistas. Conta com 2.408 funcionários em regimes de trabalho diferentes, sendo 626 UFBA, 48 Ministério da Saúde, 5 Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, 4 Secretaria Municipal de Saúde, 1.593 Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebsersh) e 132 oriundos de empresas terceirizadas.

Exerce importante papel como campo de prática na formação dos estudantes de cursos técnicos, de graduação e de pós-graduação *lato sensu e stricto sensu* da UFBA, a exemplo das escolas da área de saúde que desenvolvem suas atividades práticas e teórico-práticas no HUPES. A história desta organização é marcada por conquistas e inovações nos quatro pilares de um hospital universitário, repercutindo diferenciadamente na prestação de serviços à sociedade.

No âmbito da pesquisa, são desenvolvidas investigações em grandes áreas de conhecimento em saúde: Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, entre outras. Na área médica, destacam-se pesquisas nas seguintes especializações: gastroenterologia, hepatologia, cardiologia, psiquiatria, pneumologia, onco-hematologia, ginecologia, pediatria, doenças hematológicas benignas e doenças raras.

O presente relato está organizado em três momentos: 1ª - Descrição da implantação e funcionamento do grupo de trabalho; 2ª - Caracterização do conjunto de documentação produzida pelo serviço; e 3ª - Reflexões de profissionais que compuseram o grupo deste manuscrito.

Os documentos foram categorizados por aproximação temática, e ordenados de forma decrescente de incidência, assim denominados: Gestão em Saúde; Educação na Saúde; Manejo Clínico; e Vigilância em Saúde. Com a finalidade de detalhar a análise, foram subcategorizados em: Saúde do trabalhador, Manejo clínico, Segurança do paciente e Vigilância epidemiológica.

As reflexões de profissionais que compuseram o grupo de trabalho neste estudo foram utilizadas como dados secundários, (subjetivos) oriundos da vivência, sendo, portanto, dispensável a aprovação em Comitê de Ética. Contudo, o HUPES é coparticipante do estudo multicêntrico brasileiro intitulado "Avaliação do cuidado de enfermagem a pacientes com COVID-19 em hospitais universitários brasileiros", aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HUPES, sob Parecer nº 4.562.421, o que torna factível esse relato, tal como preconizado pelas Resoluções nº 466/12<sup>(11)</sup> e nº 510/16<sup>(12)</sup> do Conselho Nacional de Saúde.

## RESULTADOS

A COVID-19 é considerada um agravo de saúde pública de notificação compulsória. No âmbito hospitalar e, portanto, também no HUPES, é monitorada pelo Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE) vinculado gerencialmente ao SVSSP. Nesse entendimento, a governança local do HUPES, ao buscar atender à missão de prestar assistência à saúde da população; formar recursos humanos voltados para as práticas de ensino, pesquisa e assistência e produzir conhecimentos em benefício da coletividade determinou através de Portaria organizacional que a condução de todas as ações para enfrentamento da COVID-19 estaria sob o gerenciamento e responsabilidade do SVSSP da organização destacada neste estudo.

Para tanto, foi criada uma estrutura organizacional temporária, inicialmente denominada GTTCOVID-19<sup>(8)</sup>, posteriormente convertido em Comitê de Crise da COVID-19 do HUPES<sup>(9)</sup>, para apoiar a condução das ações de prevenção e controle da COVID-19 composta por representantes da Superintendência, Gerência Administrativa, Gerência de Atenção à Saúde, Gerência de Ensino Pesquisa e Extensão, SVSSP, NHE, Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), Serviço de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalhador (SOST), Setor de Regulação Assistencial, Divisão de Gestão do Cuidado, Divisão Médica, Divisão de Enfermagem, Divisão de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, Divisão de Infraestrutura e Logística Hospitalar e Serviços de Apoio: Suprimentos, Laboratório, Nutrição, Psicologia, Serviço Social, Farmácia, Almoxarifado, Engenharia Clínica, Tecnologia da Informação, Hotelaria, dentre outros.

Por conseguinte, foram constituídos subcomitês do Comitê de Crise do HUPES para discussão de temas pertinentes à condução das ações de prevenção e controle da COVID-19, reuniam-se sob demanda, convocados pelo Coordenador. Foram assim denominados: Subcomitê de Redução de Circulação, Subcomitê de Sintomáticos Respiratórios, Subcomitê de Suprimentos, Subcomitê de Proteção de Profissionais e Trabalhadores e Subcomitê de Gerenciamento de Casos. Estes são compostos por: enfermeiro, médico das especialidades (clínica médica, epidemiologia, infectologia e pneumologia), profissionais e gestores de áreas afins.

Diante do agravamento do cenário sanitário e, conseqüentemente, da necessidade de intervenções rápidas e eficazes, o Comitê de Crise assumiu as seguintes competências:

- Assessorar a condução das atividades relacionadas a eventos de saúde pública;
- Promover atividades técnico-científicas e ações para prevenção e controle de eventos de saúde pública;
- Apoiar a reestruturação de fluxos e processos hospitalares no atendimento de casos que envolvem eventos de saúde pública;
- Assessorar a promoção de ações de vigilância em saúde e segurança do paciente, relativas a eventos de saúde pública;
- Assegurar a construção, revisão e divulgação de protocolos, notas técnicas e procedimentos operacionais relacionados aos eventos de saúde pública;
- Estimular e coordenar a proposição de temas para capacitação e eventos voltados à prevenção, controle e manejo de eventos de saúde pública;
- Integrar as ações de prevenção, controle e manejo de eventos de saúde pública ao programa de aprimoramento profissional, estágios e de ensino, pesquisa e extensão;
- Controlar a elaboração e entrega de trabalhos técnicos quando relacionados à Vigilância em Saúde.

Como integrante da Rede EBSEERH de hospitais, o coordenador do Comitê de Crise do HUPES participa do Núcleo de Comunicação Operacional no âmbito do Centro de Operações de Emergências em Saúde da Rede EBSEERH (NuCOP-COE-EBSEERH), cujo objetivo é centralizar as demandas de informações relativas à pandemia e designar interlocutores em cada hospital da rede.

Ao longo do recorte deste estudo foram realizadas 100 reuniões com os membros do Comitê de crise, inicialmente diárias, com horário e local pré definidos e posteriormente por demanda. As reuniões eram pautadas

na avaliação do cenário local, nacional e mundial, com base nos indicadores da COVID-19 padronizados no hospital para definição de estratégias, medidas assistenciais e gerenciais, de forma que estivessem alinhadas às determinações do MS, Anvisa, OMS, *Center for Disease Control and Prevention*, além das regulamentações estaduais e municipais vigentes.

Nas reuniões do Comitê de crise foi adotado o *debriefing* – método que se constitui de uma parada para reflexão dos acontecimentos nos setores envolvidos em processos preestabelecidos das ações já realizadas e seus resultados – como ferramenta avaliativa da situação. As discussões originaram a publicação de 135 documentos que subsidiaram o enfrentamento da COVID-19 no hospital. Concentrou o maior volume 36 (26,67%), seguido dos fluxogramas 24 (17,78%) e dos POP 15 (11,11%).

**Tabela 1** – Ações estratégicas do HUPES de fevereiro de 2020 a fevereiro 2021. Salvador, BA, Brasil, 2021

Tipos de Documentos	1º Trimestre (N=47)		2º Trimestre (N=49)		3º Trimestre (N=25)		4º Trimestre (N=14)		Total (N=135)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Boletim Epidemiológico	0	0,0	10	20,4	13	52,0	13	92,9	36	26,7
Boletim Informativo	0	0,0	2	4,1	0	0,0	0	0,0	2	1,5
Campanha	1	2,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,7
Cartaz	2	4,3	3	6,1	1	4,0	0	0,0	6	4,4
Cartilha	3	6,4	5	10,2	0	0,0	0	0,0	8	5,9
Documento Orientador	1	2,1	2	4,1	0	0,0	0	0,0	3	2,2
Ficha	2	4,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,5
Fluxograma	10	21,3	11	22,5	3	12,0	0	0,0	24	17,8
Formulário	0	0,0	1	2,0	1	4,0	0	0,0	2	1,5
Informativo	3	6,4	3	6,1	0	0,0	0	0,0	6	4,4
Manual	2	4,3	4	8,2	0	0,0	0	0,0	6	4,4
Nota Técnica	4	8,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	3,0
Ofício	1	2,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,7
Orientações	0	0,0	1	2,0	1	4,0	0	0,0	2	1,5
Placa	4	8,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	3,0
Plano de Contingência	2	4,3	1	2,0	1	4,0	1	7,1	5	3,7
Procedimento Operacional Padrão-POP	6	12,8	4	8,2	5	20,0	0	0,0	15	11,1
Portaria	4	8,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	3,0
Projeto	1	2,1	1	2,0	0	0,0	0	0,0	2	1,5
Vídeo	1	2,1	1	2,0	0	0,0	0	0,0	2	1,5

Fonte: Intranet – HUPES, 2021.

Na tabela 1, estão agrupadas as publicações por trimestre. Constatou-se predomínio de documentos produzidos entre o primeiro 47 (63,45%) e segundo trimestres 49 (66,15%), períodos que correspondem à entrada e disseminação da pandemia no Brasil, respectivamente. Tal situação, aliada ao medo e ao desconhecimento, geraram uma sobrecarga de demandas administrativas para os gestores, no sentido de implementar ações que assegurassem a proteção dos trabalhadores e usuários do HUPES.

Quando comparamos o quantitativo de publicações por tipo e por período trimestral, verificamos que no primeiro trimestre prevaleceu a elaboração de fluxogramas 10 (21,28%) e de POP 06 (12,77%). No segundo trimestre, predominaram fluxogramas 11 (22,45%) e boletins epidemiológicos 10 (20,41%). Já o terceiro trimestre priorizou a atualização de boletins epidemiológicos 13 (52%) e a elaboração de POP 05 (20%).

Por fim, o quarto trimestre denota a divulgação e atualizações de boletins epidemiológicos, no total de 13 (92,86%). Vale destacar que o plano de contingência foi atualizado ao longo dos quatro trimestres, recorte temporal deste estudo.

As publicações da categoria Gestão em Saúde se apresentaram com o maior volume de documentos, no total de 34 (35,41%). Esta densidade documental pode ser consequência da ausência de um plano orientado para enfrentamento de uma crise como a pandemia da COVID-19. Conforme disposto na tabela 2, observamos que as publicações da categoria de Gestão em Saúde se concentraram na Saúde do Trabalhador 11 (32,35%) e no Manejo Clínico 11 (32,35%).

**Tabela 2** – Distribuição da quantidade de documentos produzidos segundo categoria e subcategorias temáticas. Salvador, BA, Brasil, 2021

<b>Categoria</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Subcategoria</b>		
<b>Gestão em Saúde (N=34)</b>		
Saúde do Trabalhador	11	32,4
Manejo clínico	11	32,4
Segurança do Paciente	2	5,9
Vigilância Epidemiológica	1	2,9
Atos Administrativos	9	26,5
<b>Educação na Saúde (N=28)</b>		
Saúde do Trabalhador	15	53,6
Manejo clínico	9	32,1
Segurança do Paciente	3	10,7
Vigilância Epidemiológica	1	3,6
<b>Manejo Clínico (N=24)</b>		
Segurança do Paciente	24	100,0
<b>Vigilância em Saúde (N=10)</b>		
Vigilância Epidemiológica	4	40,0
Saúde do Trabalhador	6	60,0

Fonte: Intranet – HUPES, 2021.

Assim, houve a necessidade de adaptação estrutural do HUPES, bem como de revisão dos processos de trabalho com a criação de novos fluxogramas. Este movimento de mudança no ambiente de trabalho pode ter sido impactante para todos os profissionais, pois se depararam com as demandas de uma doença desconhecida com índices elevados de transmissibilidade, criticidade e mortalidade.

As publicações da categoria Educação em Saúde foram a segunda mais prevalente, 28 (29,1). É importante destacar que as ações no campo da saúde do trabalhador e manejo clínico mostraram domínio dentro das categorias de Educação na Saúde e Gestão em Saúde.

No recorte do presente estudo, o HUPES alcançou o total de 1488 funcionários e estudantes treinados em diversas temáticas, tais como uso correto e racional dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI), atendimento ao paciente crítico com sintomas respiratórios, uso do ventilador mecânico e intubação no adulto e na criança acometidos ou suspeitos da COVID-19, manejo e preparo do corpo suspeito ou contaminado por COVID-19.

A premissa para elaboração de documentos com mudanças no processo de cuidado teve como foco tanto o manejo clínico, principalmente àqueles pacientes em situações críticas, como a proteção da saúde dos trabalhadores. Para tanto, o Comitê, contou com apoio dos profissionais da Comissão de Educação Permanente

em Enfermagem, SCIH, SOST, Unidade de Desenvolvimento de Pessoas (UDP), Unidade Referência de Agudos, Unidade de Tratamento Intensivo, Unidade de Anestesiologia, Serviço de Psicologia além de ter utilizado a estrutura disponível no hospital. Foi um processo pautado em metodologias ativas e simulação realística, além de terem sido seguidos os protocolos de segurança instituídos.

Contudo, os altos índices de absenteísmo e de contaminação dos profissionais de saúde traduzem, de algum modo, a necessidade de investimento na dimensão estrutural dos serviços de saúde e de um entendimento mais técnico, humanitário e ético do trabalho em saúde.

As notificações de casos da COVID-19 no HUPES de paciente, trabalhador, residentes e internos, até a data de 25 de fevereiro de 2021, totalizaram 1774. Destas, 599 foram relativas a pacientes, sendo 428 internados e 171 ambulatoriais. Destes pacientes, 426 foram descartados, 23 foram considerados suspeitos e 150 confirmados (117 internados e 33 ambulatoriais). Dos 150 confirmados, ocorreram 26 óbitos no HUPES, todos na Unidade de Terapia Intensiva.

No contexto da vigilância em Saúde, o HUPES promoveu ações que contemplaram a divulgação de medidas de proteção aos trabalhadores da unidade, grupo de maior vulnerabilidade na contaminação por COVID-19. Tal decisão considerou a exposição, pela natureza do trabalho de médicos, profissionais de enfermagem, fisioterapeutas, recepcionistas, funcionários da higienização, bem como as condições estruturais deficitárias, especialmente nos serviços públicos (tabela 02).

Nesse sentido, destaca-se a criação de uma Central de distribuição de EPI em forma de Kits, estrategicamente localizada. Esta central segue em operação de segunda à sexta-feira, das 7h às 17h e para os demais horários as enfermeiras fazem a provisão antecipadamente. Vale ressaltar a participação de um técnico de segurança do trabalho e duas recepcionistas que entregam o EPI e reforçam as orientações e medidas de biossegurança.

## DISCUSSÃO

A pandemia da COVID-19 levou a um aumento da produção de conhecimento e ao aprimoramento de práticas de organização do processo de trabalho e saúde, além de ter gerado uma demanda significativa de processos decisórios, necessidade de tomadas de decisões rápidas e construção de parâmetros para elas. Contudo, torna-se importante destacar a capacidade dos profissionais na sobreposição de atividades ao assumirem a condução técnica e gerencial deste processo.

Em uma perspectiva teórica, para aplicação dos processos de melhoria, é preciso aliar o conhecimento acumulado sobre gestão ao cotidiano dos serviços e utilizá-lo de acordo com as especificidades de cada cenário. Para tanto, são essenciais práticas de planejamento, monitoramento e avaliação dos serviços em saúde, considerando a fragilidade de processos decisórios tomados por demandas do cotidiano, numa direção de resposta momentânea ao problema <sup>(13)</sup>.

Por outro lado, a pandemia acentuou a particularidade do processo de trabalho em saúde. Esta intensificou as relações, produto difícil de ser mensurado, agravado ainda pela necessidade de atender as modificações e exigências técnicas da atenção à pessoa com COVID-19 <sup>(15)</sup>. Além do que, com a pandemia a dimensão interprofissional do trabalho, ficou mais evidente nas organizações de saúde <sup>(15)</sup>.

Ademais, o alto volume de produção de boletins epidemiológicos, POP e fluxogramas indicaram a necessidade de reorganização das práticas da equipe de saúde, bem como a fragilidade de espaços dialógicos de produção do conhecimento e tomada de decisões, que foram resgatadas durante a pandemia da COVID-19. Tal afirmativa é fortalecida pelo modelo utilizado, uma vez que os documentos foram elaborados em um processo de diálogo e construção coletiva pela equipe multiprofissional.

Outro aspecto a ser destacado é a gravidade dos impactos causados pela pandemia na saúde pública, por ser um vírus de fácil e rápida propagação na população, que levou a uma mudança abrupta nas rotinas dos serviços de saúde. Observa-se um cenário sobrecarregado de internações hospitalares decorrentes de complicações respiratórias de difícil manejo clínico, além de alto índice de contaminação entre os profissionais de saúde.

Nesse sentido, a pandemia, além de exigir resposta rápida do sistema de saúde, pode ter evidenciado a dificuldade das organizações em criar espaços de diálogos entre a gestão, usuários e trabalhadores. A necessidade premente de produzir e disseminar conhecimento acerca de uma patologia recém-instalada, bem como de implementar rapidamente medidas de proteção aos profissionais, prover equipamentos de proteção individual e instituir protocolos de manejo clínico, favoreceu o envolvimento dos profissionais como sujeitos do processo em saúde na tomada de decisões no hospital. Este aspecto é confirmado pela adoção do uso da ferramenta de avaliação *debriefing* nas reuniões diárias pelo Comitê de crise do HUPES.

Entende-se o processo de tomada de decisões em sistemas de saúde como um conjunto de passos estruturados que inclui a busca pelo consenso entre as partes envolvidas e incorpora o uso de informações coletadas nos níveis locais para lidar com situações complexas. Esse processo deve levar em consideração as especificidades do contexto a fim de permitir o desenvolvimento e a avaliação de soluções inovadoras<sup>(14)</sup>.

Nessa direção, destaca-se a elaboração do Boletim epidemiológico semanal ao longo de um ano como ação que comprova o monitoramento de dados sobre COVID-19 no âmbito local. Tal monitoramento fundamentou-se na avaliação de 12 indicadores específicos para acompanhamento dos pacientes suspeitos e confirmados da doença, o que conferiu mais solidez às tomadas de decisões.

No âmbito da gestão em saúde, a maior demanda foi por medidas relacionadas à saúde do trabalhador, e isto pode ser reflexo da precarização do trabalho em saúde. Diante da excessiva carga de trabalho já existente, agora acrescida das demandas específicas geradas pela COVID-19, os trabalhadores do hospital sofreram impactos ainda maiores.

Esses profissionais, frequentemente submetidos a precárias condições de trabalho, têm sua saúde continuamente exposta a riscos. Mais recentemente, tem sido discutida a possibilidade de mudança na regulamentação do trabalho, que pode ser interpretada como uma tentativa de oficializar o quadro de precarização laboral já instalado e que vem apenas se agravando no âmbito da saúde<sup>(16)</sup>.

Um dos exemplos desta precarização é a aprovação, em dezembro de 2012, do Conselho Universitário da Universidade Federal da Bahia para que o hospital aderisse à Ebserh, criada pela Medida Provisória nº 520 de 31 de dezembro de 2010, com a finalidade de administrar os Hospitais Universitários Federais<sup>(17)</sup>. Tal medida foi justificada como uma ampla defesa de eficiência gerencial que, na visão dos atores de governo à época, o setor público não dispunha.

Contudo, os altos índices de absenteísmo e de contaminação dos profissionais de saúde traduzem, de algum modo, a necessidade de investimento na dimensão estrutural dos serviços de saúde e de um entendimento mais técnico, humanitário e ético do trabalho em saúde.

Estudo realizado em 2019 evidencia um quadro de precarização geral das condições de trabalho e emprego das categorias terceirizadas, bem como tendência de piora das condições de trabalho evidenciada por perdas salariais e de direitos. Os resultados também sinalizam aumento da intensidade do trabalho e riscos à saúde do trabalhador, aumento de acidentes de trabalho e dificuldades dos sindicatos para unificar as lutas coletivas<sup>(17)</sup>.

O quantitativo de atividades educativas aponta, por um lado, para a imediaticidade da qualificação da equipe para o enfrentamento da pandemia e a sensibilidade dos gestores. Inicialmente, o Comitê de Crise do HUPES identificou setores com maior urgência de capacitação, para que ações educativas fossem orientadas e organizadas mediante um termo de referência, sob a orientação da UDP com o apoio de uma pedagoga. Os instrutores eram profissionais com expertises por área, que atuavam nos diferentes turnos de trabalho, sendo notória não só a disponibilidade como o engajamento do grupo. Isto facilitou sobremaneira a execução de práticas educativas para qualificação profissional.

Válido ressaltar que o processo de educação permanente deve ser construído e fortalecido cotidianamente, pois permite o encontro entre a formação e o trabalho, além de qualificar e promover diálogos e reflexões sobre a atividade laboral a fim de transformar as práticas de saúde. Acresce-se que a Educação Permanente

favorece o cuidado em saúde, na medida em que permite maior efetividade e resolutividade na oferta deste cuidado, alinhada à realidade de cada trabalhador <sup>(18)</sup>.

Práticas educativas demandam planejamento estratégico estruturado, que se fundamente em sólidos indicadores e metas, a fim de aferir, com fidedignidade, a efetividade, eficiência e eficácia deste plano. Caso contrário, serão apenas atividades esporádicas, com alto grau de repetição e produção, dispersas de saber organizacional.

Para construção do conhecimento específico, equipes envolvidas na gestão do hospital subsidiaram suas condutas e decisões em protocolos fundamentados no conhecimento científico disponível. Além disso, investiram na atualização constante e utilizaram a experiência prática, o conhecimento empírico dos colaboradores para aprimorar a gestão de seus processos de trabalho.

Como ponto positivo as estratégias de qualificação profissional foram direcionadas a todas as categorias profissionais, destacando-se a relevância do processo educativo e prático interprofissional. Tais estratégias proporcionaram a integração entre equipes, aumentaram a resolutividade dos serviços e a qualidade de atenção à saúde, além de terem melhorado a comunicação entre profissionais, o que foi fundamental para as equipes de cuidados intensivos <sup>(18)</sup>.

Todavia, apesar dessas medidas, a contaminação e o adoecimento dos profissionais de saúde envolvidos no atendimento aos pacientes foram inevitáveis. No hospital investigado, foram registrados 1.043 casos envolvendo trabalhadores da saúde, sendo 434 confirmados para COVID-19, 21 suspeitos e 588 descartados.

Proteger a saúde dos profissionais de saúde é fundamental para evitar a transmissão da COVID-19 nos estabelecimentos de saúde e nos domicílios destes profissionais. Para tanto, é preciso adotar protocolos de controle de infecções (padrão, contato, via aérea) e disponibilizar EPI, incluindo máscaras N95, avental, óculos, protetores faciais e luvas, em quantidade suficiente para todos. Necessário também proteger a saúde mental destes profissionais e trabalhadores de saúde, reconhecendo o estresse diário e intenso a que estão submetidos nesse contexto <sup>(18)</sup>.

Essas ações são indispensáveis ao enfrentamento da pandemia. Nesse sentido, nota-se avanço, pois, apesar de déficits na capacidade instalada, da nem sempre adequada disponibilidade de recursos financeiros e da precariedade estrutural do cotidiano dos serviços de saúde, a implementação dessas medidas denota interesse dos trabalhadores e dos gestores operacionais neste enfrentamento. Isso demonstra, principalmente, um ato humanitário em um cenário tão caótico.

Essa preocupação, além de evidente nas medidas implementadas, pôde ser observada, na prática, por relato de alguns dos autores deste estudo, conforme destacado nos fragmentos a seguir:

Nesse momento pensei na importância do meu papel como gestora de um grupo essencial em linha de frente que estava tão vulnerável com sentimentos de medo, insegurança pelo desconhecido, ansiosos, muitos em pânico, pois, além de trabalhadores de saúde, são homens, mulheres, mãe, pai, irmão e filhos. (O.M.B.S.)

A responsabilidade e a necessidade de desempenhar uma assistência de qualidade e o cenário de contínua exposição e insegurança, se foi contaminado ou não, levam a um estado permanente de alerta e medo. Isso leva a um sofrimento com aumento nos transtornos de saúde mental, o que muito me preocupou devido a dano para o trabalhador em sua vida, tempo de afastamento prolongado, podendo levar à realocação para outras atividades não assistenciais. (O.M.B.S.)

Ao tempo que eu tinha a responsabilidade de proporcionar segurança para esses trabalhadores com uma gestão proativa, compartilhada e horizontal, percebi o quanto foi importante compartilhar meus sentimentos e vulnerabilidade com eles e dizer: Estou aqui vocês não estão sozinhos. (O.M.B.S.)

São relatos de quem vivenciou intensamente essa experiência desafiadora e que apontam para o uso de tecnologias leves, leves-duras e o quanto elas são essenciais para o enfrentamento de uma crise sanitária desta

dimensão. A escuta e a corresponsabilização para a produção de uma dimensão comunicativa no processo de gestão dos serviços de saúde são imprescindíveis, pois, certamente, em um cenário de precariedade e déficit de pessoal, um modelo autocrático de gestão teria impactos sociais, econômicos e na saúde do trabalhador.

Em contrapartida, os trabalhadores também demonstraram medo, necessidade de adequação aos novos protocolos e sentimento de corresponsabilização pela equipe de enfermagem como elementos importantes para esse enfrentamento, conforme evidenciam outros relatos dos autores deste estudo.

Em meio a uma das maiores pandemias mundiais, conviver com emoções foi e continua sendo um grande desafio. É difícil liderar a equipe, na medida em que o grupo tem expectativa de que a liderança tenha serenidade, calma, sensatez, discernimento e comando.

Na realidade o que nos acomete com esta doença é o medo do desconhecido. Como profissionais de saúde podemos ser acometidos a qualquer momento, além disso, o risco de contaminar nossos familiares mais vulneráveis. Este é um medo real!!!

Quando atendemos o primeiro usuário com COVID-19, a equipe experimentou ansiedade intensa e impotência. Gerou também um clima de expectativa de que deveríamos sair ilesos. E, evidentemente, sempre havia dúvidas: Será que sairíamos ilesos!?!; que assistência devemos desenvolver e como atingir a qualidade dos cuidados?!?!;

Presenciei muitos colegas contaminados, os noticiários retratavam um cenário assustador e manter o equilíbrio emocional foi difícil e árduo, além de que precisávamos ficar serenos para atender nossos familiares.

Vivenciei a escassez de equipamentos de proteção individual (EPI), um elevado absenteísmo dos profissionais, excesso de trabalho e, por vezes, turnos que excediam 24 horas, ou ainda, problemas que envolviam nosso cotidiano em mais de um serviço hospitalar.

Nesse turbilhão pandêmico, em meio a tantas inseguranças, percebi que como profissional encontrei forças para transmitir tranquilidade e segurança à equipe de trabalho. Contudo, o que tive maior dificuldade foi ter que afastar-me daqueles que amo, foi sem dúvida o mais entristecedor. Ainda temos momentos de tristeza e choro junto à equipe (...) entretanto cultivamos a esperança e a crença em um futuro promissor. (Relato de ELSMDJ)

Tais sentimentos e percepções evidenciam a vulnerabilidade psicológica da equipe de enfermagem e, também, um sentimento humanitário de responsabilização com o outro que é muito comum diante de grandes catástrofes humanas. Temos uma pandemia que está em curso e que já matou mais de 300 mil brasileiros e brasileiras. Neste contexto, fica evidente que um dos grandes impactos dessa pandemia será no campo da saúde mental, com reflexos a médio e longo prazo.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando os objetivos deste relato, buscamos analisar as ações estratégicas em Saúde do HUPES para o enfrentamento da COVID-19. A pandemia trouxe à luz as potencialidades do SUS, conseqüentemente de sua RAS instalada, ao mesmo tempo em que evidenciou carências historicamente instituídas. Neste contexto, medidas precisaram ser rapidamente implementadas diante das demandas ocasionadas pelo cenário de crise e das especificidades da doença. No caso do HUPES, considera-se que a governança deliberou oportunamente a constituição do Comitê de Crise de enfrentamento ao COVID-19 do HUPES para condução das ações estratégicas para o enfrentamento da crise.

Durante a análise da proposta e estruturação do grupo de trabalho ficou evidente que a liderança demonstrou habilidade administrativa na condução das ações, ao aliar expertises e saberes de profissionais técnicos da saúde e administrativos, dentro da organização, e promover o envolvimento de setores estratégicos.

Neste processo, foi possível observar envolvimento, comprometimento e disponibilidade do grupo em participar das reuniões e, como elemento democrático destacamos a participação da comunidade na tomada de decisões. A formação dos subcomitês facilitou e ordenou o trabalho, o que permitiu melhorar o resultado e priorizar a resolução de problemas mais específicos.

Entende-se que este relato é uma tentativa de aproximação com a realidade vivenciada e, portanto, não esgotou as possibilidades de conhecimento sobre o tema. Dessa forma, é recomendável que outras pesquisas deem continuidade a este estudo, de modo a ampliar o conhecimento sobre as medidas implementadas por diversas organizações de saúde do SUS para combate da COVID-19.

## REFERÊNCIAS

1. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med.* 2020;382:727-33. <http://doi.org/10.1056/NEJMoa2001017>
2. World Health Organization (WHO). Statement on the second meeting of the international health regulations (2005) emergency committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV) [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2020 Apr 7]. Available from: [https://www.who.int/news/item/23-01-2020-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news/item/23-01-2020-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS n. 188 (03 de fevereiro de 2020) - Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV) [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília-DF. Publicado em 04/02/2020 [cited 2020 Apr 7]. Available from: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>
4. Organização Mundial de Saúde (OMS). Doença do Coronavírus (COVID-19) [Internet]. 2021 [cited 2021 Mar 17]. Available from: <https://covid19.who.int/>
5. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Comunicado de Alerta SESAB/SUVISA/CIEVS n. 04 de 04 de março de 2021 [Internet]. Available from: <http://www.saude.ba.gov.br/temasdesaude/coronavirus/planos-estaduais-e-comunicados-covid-19/>
6. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020 – 25/02/2021 Orientações para Serviços de Saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) [Internet]. 2021 [cited 2021 Mar 10]. Available from: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-recem-nascido/covid-19-orientacoes-da-anvisa-para-servicos-de-saude/>
7. Marinho A. Hospitais Universitários: indicadores de utilização e análise de eficiência [Internet]. Rio de Janeiro: IPEA; 2001 [cited 2021 Apr 03]. Available from: [https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4396](https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=4396)
8. Hospital Universitário Professor Edgard Santos. Portaria 077. Boletim de Serviço. Nº268, março. 2020. [cited 2021 Mar 10]. Available from: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hupes-ufba/ acesso-a-informacao/boletim-de-servico/2020/boletim-de-servico-no-268-16-03-2020.pdf/view>
9. Hospital Universitário Professor Edgard Santos. Portaria 242. Boletim de Serviço. Nº293, junho. 2020. [cited 2021 Mar 10]. Available from: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hupes-ufba/ acesso-a-informacao/boletim-de-servico/2020/boletim-de-servico-no-293-01-06-2020.pdf/view>
10. Daltro MR, Faria AA. Relato de experiência: Uma narrativa científica na pós-modernidade. *Estud Pesqui Psicol* [Internet]. 2019 [cited 2021 Nov 03];19(1):223-37. Available from: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812019000100013](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812019000100013)
11. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Resolução no 466 de 12 de dezembro de 2012/CNS/MS/CONEP [Internet]. 2012 [cited 2021 Mar 30]. Available from: [https://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2013/06\\_jun\\_14\\_publicada\\_resolucao.html](https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html)
12. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Resolução no 510 de 07 de abril de 2016/CNS/MS/CONEP [Internet]. 2016 [cited 2021 Mar 30]. Available from: <http://conselho.saude.gov.br/normativas-conep?view=default>
13. Langley G, Moen RD, Nolan KM, Nolan TW, Norman CL, Provost LP. Modelo de Melhoria: uma abordagem prática para melhorar o desempenho organizacional. Campinas: EDTI; 2011.

14. Machado MH, Oliveira ES, Moyses NMN. Tendências do Mercado de Trabalho em Saúde no Brasil. In: Pierantoni C, Dal Poz M, França T. O Trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas. Rio de Janeiro, RJ: CEPESC/UERJ; 2011. p. 103-116.
15. Flexa R. Processo decisório em sistemas de saúde: uma revisão de literatura. Saúde Soc 2018;27(3):729-39. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170509>
16. Câmara dos Deputados (BR). Medida Provisória n. 520 de 31 de Dezembro de 2010 [Internet]. 2010 [cited 2021 Mar 30]. Available from: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/medpro/2010/medidaprovisoria-520-31-dezembro-2010-609913-publicacaooriginal-131245-pe.html>
17. Silva LAT, Goulart Júnior E, Camargo ML. Terceirização é Prejudicial à saúde: um estudo bibliográfico nacional sobre a precarização do trabalho. Labor. 2019;1(21):76-7. <https://doi.org/10.29148/labor.v1i21.40801>
18. Zingra KN, Silva ACR, Fernandes AJM, Branco Junior AG, Batista MG. Educação permanente para profissionais da área da saúde como estratégia de combate ao enfrentamento da pandemia de COVID-19 na região norte: relato de experiência. REAS. 2020;12(12):e5745. <https://doi.org/10.25248/reas.e5745.2020>

<https://doi.org/10.51234/aben.22.e15.c10>

# GESTÃO E INOVAÇÃO EM TEMPOS DE PANDEMIA: TELEATENDIMENTO E TELECONSULTA COMO PRÁTICAS NA ATENÇÃO À SAÚDE

**Adnairdes Cabral de Sena<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-8926-4904

**Daniele Farina Zanotto<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-7024-6482

**Ingrid Elisabeth Bohn<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-7024-6482

**Isabel Berns Kuiava<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-3640-8935

**Isabel Cristina Alves Maliska<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-6407-6624

**Mabel Vieira de Souto<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-6407-6624

**Nayara Mariano<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-4307-9831

**Silvana Alves Benedet<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-7239-4585

## INTRODUÇÃO

No ano de 2020, alternativas de cuidado precisaram ser remodeladas frente a necessidade latente de isolamento social ocasionado pela grande capacidade de disseminação do novo Coronavírus (SARS-CoV2). Trata-se de uma doença infecciosa, identificada pela primeira vez na China, em dezembro de 2019 que rapidamente alcançou proporções globais frente à rápida disseminação. Transmitida principalmente por gotículas respiratórias de pessoas doentes, exige que medidas de prevenção, como higiene das mãos, uso de máscaras, distanciamento social, entre outras, sejam adotadas permanentemente pela população<sup>(1)</sup>.

As instituições de saúde também precisaram se adequar, criando fluxos de atendimento, redimensionando área física, insumos e pessoal, levando em consideração os trabalhadores em grupo de risco e as medidas solicitadas pelos órgãos de vigilância para a realização dos atendimentos<sup>(2)</sup>.

Ao mesmo tempo em que o coronavírus espalhava-se pelo mundo, problemas de saúde já presentes continuaram a existir, assim como a necessidade de atenção, sobrecarregando os serviços de saúde. Desta forma, outras possibilidades começaram a ser utilizadas pelos profissionais na substituição do cuidado prestado de modo presencial buscando diminuir a circulação de pessoas nas instituições, a proteção dos profissionais de saúde e dos usuários que necessitam de atendimento. Dentre estas alternativas destacamos a Telessaúde.

Telessaúde diz respeito ao uso de tecnologias de informação e telecomunicação como suporte para atividades de treinamento e de informação em saúde entre profissionais da equipe multiprofissional e pacientes. As modalidades de aplicação da Telessaúde são: Teleconferência; Telediagnóstico; Telemonitoramento; Telerregulação; Teleducação e Teleconsulta<sup>(3)</sup>. Várias categorias profissionais da saúde já vêm adotando iniciativas no uso desta alternativa como modalidade de prestação de serviços à distância, nos diversos Estados e Municípios Brasileiros<sup>(4,5)</sup>.

<sup>1</sup>Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago.  
Florianópolis, SC, Brasil.

**Autor Correspondente:**

Silvana Alves Benedet  
silvanabenedet@gmail.com



### Como citar:

Sena AC, Zanotto DF, Bohn IE, et al. Gestão e inovação em tempos de pandemia: teleatendimento e teleconsulta como práticas na atenção à saúde. In: Santos JLG, Erdmann AL. (Orgs.). Gestão do cuidado de enfermagem no enfrentamento da pandemia de COVID-19 em hospitais universitários brasileiros. Brasília, DF: Editora ABEn; 2022. 88-95 pg. <https://doi.org/10.51234/aben.22.e15.c10>

Revisora: Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni  
Universidade Federal de Santa Catarina.  
Florianópolis, SC, Brasil.



A Teleenfermagem, integra a Telessaúde, sendo a prática “caracterizada pelo uso de recursos tecnológicos para a realização da prática de enfermagem à distância nas dimensões assistencial, educacional ou de pesquisa”<sup>(6)</sup>. Em 2020, o Conselho Federal de Enfermagem mediante a Resolução COFEN Nº 634/2020<sup>(7)</sup>, autorizou e normatizou a Teleconsulta de Enfermagem como forma de combate à pandemia provocada pelo novo coronavírus (SARS-CoV2).

Destacamos neste contexto, o Teleatendimento e a Teleconsulta de Enfermagem. O Teleatendimento é realizado à distância, na qual o profissional de saúde e o usuário estão em locais diferentes e utilizam como meio de interação a tecnologia. Desta forma é possível a realização de orientação, consulta, monitoramento, diagnóstico ou até mesmo a condução de atividades coletivas.<sup>4</sup> São práticas pouco utilizadas pela enfermagem até então, mas já descritas como ferramentas de suporte a pacientes crônicos e na promoção à saúde, destacando-se pelos benefícios que podem oferecer, dentre os quais a ruptura da distância e deslocamento, redução da utilização de serviços de emergências, a diminuição do tempo de internação e de reinternações<sup>(8)</sup>.

O presente relato se refere a experiências realizadas em um Hospital de Ensino do sul do País no âmbito do Teleatendimento e da Teleconsulta de Enfermagem, que surgiram a partir da necessidade de atender às demandas assistenciais existentes fora do âmbito da pandemia e ao mesmo tempo, seguindo as novas regras sanitárias.

A primeira experiência diz respeito ao Teleatendimento como estratégia de fornecimento de rede de apoio às puérperas lactantes, como forma de atenção em saúde às mulheres e seus recém-nascidos nas primeiras fases da amamentação, período em que normalmente encontra dificuldades que requerem acolhimento, segurança, resposta às dúvidas e encaminhamentos nos casos em que haja necessidade. Isso ocorreu por meio do acompanhamento remoto a puérperas atendidas na maternidade oferecido pela Central de Incentivo ao Aleitamento Materno (CIAM).

A CIAM é um órgão que realiza atividades de apoio e promoção da amamentação desde a abertura da maternidade do Hospital, em 1995. Conta atualmente com uma equipe composta por duas enfermeiras, uma técnica de enfermagem e duas auxiliares de enfermagem, realizando um amplo trabalho assistencial e de educação em saúde no que tange à promoção e proteção do aleitamento materno destinado às gestantes, puérperas internadas na maternidade, lactantes da comunidade, além de um trabalho de suporte e orientações a profissionais de saúde, acadêmicos de graduação e residentes.

O Hospital detém desde 1997 o título de Hospital Amigo da Criança e a atuação da CIAM integra as ações previstas dentro desta iniciativa, qual seja o incentivo ao aleitamento materno inclusive em situações especiais, bem como a formação dos profissionais atuantes na instituição, para que todos possam orientar, promover e proteger a amamentação.

A Teleconsulta de Enfermagem é a segunda experiência relatada neste estudo, realizada mediante a utilização do Sistema Integrado Catarinense de Telemedicina e Telessaúde<sup>(9)</sup>, como alternativa de assistência aos pacientes portadores de Diabetes Mellitus, os quais fazem parte do grupo de risco para COVID 19 e são atendidos no Ambulatório de Diabetes Mellitus.

Este ambulatório atende consultas agendadas previamente pelo Sistema Nacional de Regulação (SISREG), além de pacientes portadores de Diabetes Mellitus internados na Instituição e que, após a alta hospitalar, precisam de continuidade na atenção à saúde. A Diabetes Mellitus, torna-se preocupante tanto pela frequência de novos casos (incidência) como a de casos existentes (prevalência). Estas são informações importantes para o conhecimento da carga que o diabetes representa para o sistema de saúde<sup>(10)</sup>.

O objetivo deste relato é descrever as estratégias de Teleatendimento e Teleconsulta utilizadas pela Enfermagem na continuidade do cuidado às puérperas em amamentação e aos pacientes portadores de Diabetes Mellitus, durante a pandemia pelo SARS-CoV2, em um Hospital de Ensino do Sul do Brasil.

## METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência vivenciada na Central de Incentivo ao Aleitamento Materno (CIAM) e no Ambulatório de Diabetes Mellitus de um Hospital geral de Ensino localizado na cidade de Florianópolis,

no estado de Santa Catarina, Brasil, denominado Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU-UFSC). Foi inaugurado em dois de maio de 1980, fazendo parte da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Atende exclusivamente pelo SUS e atualmente conta com 226 leitos<sup>(11)</sup>.

O Ambulatório de Diabetes Mellitus foi criado em 1980 e atendeu no ano de 2019, 486 pacientes e em 2020, 126 em número de consultas de enfermagem efetivadas. No ano de 2020, em virtude da pandemia, houve uma redução de cerca de 75% no número de atendimentos presenciais<sup>(11)</sup>. Os pacientes são oriundos de todo o Estado, mediante regulação da Secretaria Estadual de Saúde, durante a internação e no momento da alta hospitalar.

A CIAM foi inaugurada junto com a Maternidade do Hospital em 1995 e presta assistência diária às puérperas que estão iniciando a amamentação. Realiza também, cerca de 500 atendimentos/ano voltados à comunidade, por livre demanda de atendimento, incluindo tanto as mulheres que tiveram parto nesta maternidade, quanto as oriundas de outras instituições da Grande Florianópolis<sup>(11)</sup>.

A experiência relacionada ao Ambulatório de Diabetes Mellitus corresponde ao período de outubro de 2020 a janeiro de 2021, já as atividades realizadas pela CIAM dizem respeito ao período de abril de 2010 a janeiro de 2021.

Os participantes foram enfermeiros do Ambulatório de Diabetes Mellitus e professores do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC. Quanto aos participantes da CIAM, foram duas auxiliares de enfermagem, duas enfermeiras, uma técnica de enfermagem e uma acadêmica de enfermagem da UFSC.

## RESULTADOS

### Teleatendimento às puérperas em amamentação

A partir de 18 de março de 2020, medidas ocasionadas pela pandemia forçaram a suspensão do atendimento presencial ao público externo com o objetivo de reduzir a circulação de pessoas na instituição, e evitar expor mães que amamentam e seus bebês recém-nascidos. Isso gerou ansiedade em toda a equipe de enfermagem da CIAM, pois as mulheres deixariam de ter esse apoio neste momento tão especial, que é o início da amamentação. Foi neste período também que uma das profissionais da equipe, uma auxiliar de enfermagem, passou a realizar trabalho remoto por ser pertencente ao grupo de risco para SARS-CoV2. Em meio a este contexto, a alternativa foi oferecer o suporte às mulheres após a alta de forma remota, contando com o conhecimento e a experiência da profissional afastada da prática assistencial presencial.

Para colocar em prática esta modalidade de assistência de enfermagem no acompanhamento pós-alta das mulheres em processo de amamentação, lançou-se mão dos recursos tecnológicos que a CIAM tinha disponível. Neste caso foram utilizados computador e telefone celular com acesso à internet e aplicativo de mensagens.

Durante a internação, a equipe de enfermagem da CIAM orientava as mulheres sobre a possibilidade de acompanhamento pós-alta mediante o Teleatendimento. As profissionais da CIAM que trabalhavam presencialmente, passavam diariamente à auxiliar de enfermagem em *home office* o relatório de altas hospitalares da maternidade, com dados de identificação da mulher e número de telefone de contato. Em um período de 24 a 48 horas após a alta hospitalar era enviada a primeira mensagem disponibilizando o serviço de suporte à amamentação.

No período de 15 de abril de 2020 a 15 de janeiro de 2021, foram registrados 1958 nascimentos na instituição em questão. Destes, 1778 mulheres foram contactadas, o que representa 90,8 % dos atendimentos. Das 1778 mulheres contactadas, houve uma perda de 134 mulheres (7,5 %) por número de telefone errado, inexistente ou sem aplicativo de mensagem. Das 1644 efetivamente contactadas, 216 mulheres leram a mensagem, mais não deram continuidade ao atendimento (12,1%).

Foi estabelecido o contato pós-alta com 1.428 mulheres, realizando o acompanhamento em um período médio de até 15 dias pós-parto. Destes contatos, 588 mulheres referiram que a amamentação estava transcorrendo sem intercorrências (41,1%). Por outro lado, 520 mulheres contactadas tiveram intercorrências

relacionadas à amamentação logo nos primeiros dias após a alta (36,4%). Algumas situações necessitaram de encaminhamento para atendimento presencial, tendo em vista que as possibilidades de atendimento remoto foram esgotadas. Também foram identificadas situações relacionadas à mulher ou ao bebê que precisaram de encaminhamento para avaliação médica na Atenção Primária de Saúde ou atendimento de urgência hospitalar. Os demais atendimentos foram voltados para orientações e dúvidas relacionadas direta ou indiretamente à amamentação.

A cada atendimento realizou-se o preenchimento dos dados da mulher, data de contato, demandas apresentadas e quais encaminhamentos realizados. Os contatos variavam de um a até 10 dias de contato, consecutivos ou não, em um espaço de tempo em torno de 15 dias. Sempre que necessário, foi solicitado suporte da equipe da CIAM, para auxiliar na condução das orientações e/ou realização de atendimento presencial. O quadro a seguir descreve as demandas encontradas, qual frequência (absoluta e relativa) e encaminhamentos realizados:

**Quadro 1** – Caracterização das demandas e encaminhamentos realizados junto às puérperas. Florianópolis, SC, Brasil. 2021.

Demandas	FA	FR	Encaminhamentos realizados
Amamentação sem intercorrências	588	41,1%	Nestes atendimentos, nosso serviço foi colocado à disposição para qualquer necessidade.
Ingurgitamento mamário	253	17,7%	É justamente o momento da “descida do leite”, de 3 a 5 dias após o parto, em que as mamas ficam cheias e as mulheres podem ter desconforto, e o bebê pode não conseguir mamar efetivamente. Para estas situações, foram feitas trocas de imagens e fotos para melhor entender o que estava ocorrendo, comunicação por texto e áudio. Foram enviados vídeos orientando como realizar extração de leite das mamas para alívio e melhora da pega, as posições de pega correta, bem como orientações de como aliviar o desconforto nos mamilos, como o uso da fralda tipo “donut” ou em forma de “rosquinha” e aplicação de óleo de ácido graxo essencial, reforçando sempre a pega correta para evitar o agravamento das lesões. Destas demandas, algumas situações necessitaram de atendimento presencial para uma melhor assessoria, tendo sido realizados 29 agendamentos para melhor avaliação da mamada e orientações sobre o manejo correto. Vale ressaltar que estes agendamentos foram realizados em sua maioria no ambulatório de pediatria, respeitando-se todos os cuidados para minimizar o risco de contágio do novo coronavírus.
Sensibilidade/desconforto/dor Fissuras nos mamilos	183	12,8%	
Dificuldade na pega	84	5,9%	
Agendado atendimento presencial do CIAM mediante problemas com manejo	29	2%	
Encaminhamento para atendimento médico	81	5,7%	Nestes casos, a demanda relacionava-se ou a intercorrências com a própria mulher, ou ao recém-nascido e julgou-se que uma avaliação médica presencial seria mais indicada. Dependendo do contexto foi indicado o centro de saúde mais próximo da residência, ou emergência obstétrica, ou ainda emergência pediátrica.
Dúvida quanto ao tempo e número de mamadas (46), quantidade e aspecto do leite (43), livre demanda (43) e importância do aleitamento materno (7).	139	9,73%	Foram prestadas orientações relacionadas ao manejo e aspectos da livre demanda, especialmente, ressaltando-se os benefícios e importância do aleitamento materno, no sentido de empoderamento da mulher para esta prática.
Dificuldade de acordar o RN	15	1%	Orientações de manobras para manter o bebê mais alerta na hora da mamada.
Saiu da maternidade com prescrição de fórmula – reduzindo ou suspenso após a alta devido apojadura	405	3,1%	No caso de necessidade de complemento na maternidade é orientado a oferta por translactação (sonda peito, prioritariamente, ou <i>finger-feeding</i> ) para evitar o uso de mamadeira. À medida que a apojadura acontece e o bebê passa a ter maior aporte de leite, orienta-se a redução progressiva do complemento, em consonância com o acompanhamento de puericultura, reforçando-se a importância do aleitamento materno e sua superioridade quando comparado a fórmula.
Orientações para doação de leite	43	3%	Em mães que tiveram a apojadura e percebem que podem doar é fornecido o contato para os bancos de leite da cidade.

Continua

Continuação do Quadro 1

Demandas	FA	FR	Encaminhamentos realizados
Exaustão materna, ansiedade da mãe, falta de rede de apoio	22	1,5%	Muito comum nos primeiros dias de pós-parto e início de amamentação, este espaço também foi otimizado como rede de apoio para buscar alternativas para apoio da mulher.
Início do uso de fórmula	27	1,9%	Buscou-se apresentar formas de oferta que não levasse ao desmame, como translação e/ou <i>finger feeding</i> .
Orientações sobre dieta da mãe	11	0,7%	Mediante dúvidas sobre a dieta da mulher, a nutricionista da maternidade formulou orientações específicas que foram repassadas, mediante solicitação.
Solicitadas orientações sobre uso de mamadeira, chupeta, bico de silicone e concha	7	0,5%	Foi explicitado o uso destes artefatos, as implicações para o aleitamento materno e os possíveis prejuízos oriundos do uso deles.
Amamentação cruzada	2	0,1%	Reforçadas orientações sobre a proibição desta prática, ocasionando riscos para a criança, devido a possibilidade de transmissão de doenças através do leite materno.
Amamentação em mais de um filho	1	0,1%	Estimulado esta prática, no entanto reforçado algumas orientações para não haver prejuízos para o bebê que é amamentado exclusivamente.
Mulheres que não amamentam por HIV – acompanhamento.	14	0,9%	Acompanhado estas mulheres no pós-alta, pois apesar do uso de medicamento específico, estas mulheres são monitoradas quanto a ocorrência de algum desconforto, bem como para esclarecer dúvidas que estejam ao alcance do serviço.
Interrupção da amamentação ocasionada por problemas psicológicos, transtorno psiquiátrico grave, doença materna, redução de mamas, desejo materno de não amamentar, cirurgia do bebê	8	0,5%	Fornecido apoio nos casos em que a amamentação não se estabeleceu por diversos motivos, sejam eles relacionados a própria mulher ou ao recém-nascido.
Dúvidas sobre aspectos do bebê: icterícia, eructação, gases, regurgitação, cuidados com cólica, aspecto das fezes, teste do pezinho, coto umbilical.	29	2%	Foram também esclarecidas questões relacionadas direta ou indiretamente ao aleitamento materno, ou mesmo cuidados gerais que normalmente são orientados na maternidade e em consultas de puericultura, mas mediante dúvidas foram reforçados.

Fonte: Autoras, 2021.

A necessidade do afastamento social provocado pela pandemia da COVID-19 tem sido um grande desafio para que a mãe e o bebê não fiquem sem assistência até que o processo de amamentação seja estabelecido<sup>(12)</sup>. Orientações por profissionais de saúde podem ter um impacto considerável sobre o aleitamento materno, podendo influenciar na continuidade do tempo de amamentação e a superação dos desafios sentidos no processo do amamentar<sup>(13)</sup>.

Em relação aos “Dez passos para o sucesso do aleitamento materno” o teleatendimento corresponde ao passo 10, por ser um sistema de cuidado continuado às mães no pós-alta, sendo uma possibilidade o atendimento telefônico<sup>(14)</sup>. Esta modalidade de assistência permitiu identificar precocemente intercorrências mamárias, esclarecer dúvidas, visando promover e proteger o aleitamento materno, a fim de evitar o desmame precoce.

### Teleconsulta de Enfermagem no Ambulatório de Diabetes Mellitus

Já na área ambulatorial, foram utilizados materiais como computador com *webcam*, telefone celular com acesso à internet e aplicativo de mensagem. Em março de 2020, a área física ambulatorial foi reduzida a 50% de sua capacidade, para possibilitar a ampliação do atendimento das Emergências (Adulto e Pediátrica). Neste momento, além da redistribuição da área física, alguns profissionais também foram realocados em outras unidades. Além disso, as consultas ambulatoriais foram diminuídas a fim de reduzir a circulação de pessoas na instituição. Com estas medidas logo foi possível observar o impacto causado aos pacientes portadores de doenças crônicas, pois sem o acompanhamento que essas doenças exigem acabaram por agravar sua

situação de saúde, aumentando as necessidades de atendimentos nas unidades de pronto atendimento, levando em muitos casos, a internações hospitalares.

Após a redução dos atendimentos, os enfermeiros do Ambulatório de Diabetes Mellitus (DM) sentiram a necessidade de acompanhar os pacientes através de aplicativos de mensagem e também por meio de ligações telefônicas. Desta forma, várias necessidades foram sendo atendidas diariamente, como acompanhamento através de fotografias de curativos e agendamento para o fornecimento de materiais; orientações em relação aos tratamentos; aplicação correta de medicamentos; organização em conjunto com a equipe médica para renovações de receitas e demais documentos necessários à continuidade do cuidado; orientações em relação aos sinais e sintomas e condutas.

Com o objetivo de formalizar e ampliar estes atendimentos, no mês de agosto de 2020 foi dado início à criação de um espaço virtual para a Enfermagem dentro do ambiente do Telessaúde, permitindo o atendimento de pacientes por Teleconsulta. Com o uso deste sistema, as consultas poderiam ser realizadas via CHAT ou Vídeo Chamada, possibilitando seu registro e arquivamento na rede de dados do próprio programa.

Em outubro de 2020 foi realizado o cadastramento dos enfermeiros e, em novembro de 2020 foi realizada a capacitação destes enfermeiros para a utilização do sistema, bem como confeccionar um tutorial para consulta rápida.

No dia 18/12/2020 foi realizada a primeira Teleconsulta de Enfermagem, pelo Grupo de Enfermagem em Diabetes, que atendeu uma paciente que teve alta Pós-Covid e necessitava de orientações sobre o autocuidado e o tratamento com insulino terapia.

A Teleconsulta de Enfermagem no Ambulatório de Diabetes Mellitus aconteceu inicialmente a partir da percepção do paciente frente ao tratamento adotado e os cuidados pertinentes a sua individualidade. Com base nessas informações, enfermeira e paciente adotavam qual o melhor caminho utilizado como estratégia para atender as necessidades do paciente, visando a orientação e a adesão ao tratamento. A partir desse momento conseguiu-se de forma sistemática estabelecer os passos seguidos para a condução da consulta. As orientações fornecidas aos pacientes, versam em torno dos seguintes assuntos:

1. Autoaplicação da insulina subcutânea, com seringa ou caneta aplicadora;
2. Rodízios dos locais de aplicação da insulina;
3. Acondicionamento e descarte dos frascos de insulina, seringa acoplada a agulha e caneta aplicadora de insulina permanente e descartável;
4. Controle do hemoglicoteste (HGT);
5. A adoção de alimentação saudável e prática regular de atividade física.

Após a finalização dos atendimentos, realizou-se o registro no prontuário eletrônico através do Aplicativo de Gestão Hospitalar (AGHU) adotado no Hospital. Dentre estes registros, o do Processo de Enfermagem.

Além da Teleconsulta, utilizou-se o aplicativo de mensagens como suporte quando se percebia a necessidade de continuidade do atendimento presencial. Assim, mediante contato com a enfermeira da Unidade da Atenção Básica (contra referência), foram realizadas visitas domiciliares aos pacientes.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

No caso do Teleatendimento às puérperas em amamentação, a tecnologia tem permitido que este trabalho tenha se mostrado efetivo, pois são passadas orientações escritas, por áudio, fotos e vídeos educativos. Tudo isso vai auxiliando as mães a superar as dúvidas que vão ocorrendo em cada fase da amamentação. Este atendimento tem duração em torno de 15 dias, e ao final deste período é encaminhado um formulário de avaliação para que as mulheres avaliem o atendimento recebido na maternidade, desde sua entrada na emergência obstétrica, até o período pós-alta, com o suporte remoto do serviço de amamentação. Cerca de

35% das mulheres têm respondido a esta avaliação global, que tem como objetivos identificar se a assistência oferecida pela maternidade segue em consonância com os princípios de um Hospital Amigo da Criança, bem como o nível de satisfação do atendimento na maternidade.

Quanto à assistência relacionada ao aleitamento materno, bem como o teleatendimento pelo aplicativo de mensagens, o nível de satisfação entre muito satisfeito e satisfeito é de 95,1%. Especificamente em relação ao teleatendimento, destaca-se nos comentários das mulheres participantes os atributos “excelente”, “atenção”, “ótimo”, “bom atendimento”, “segurança”, “suporte”, “disponibilidade”.

Esta modalidade de atendimento mostrou-se efetiva por permitir acompanhar a alimentação do bebê após a alta, apoiar as mães frente a possíveis intercorrências ou dúvidas que possam surgir, e evitar que conselhos confusos ou conflitantes deixem a mulher insegura, como possíveis pressões quanto à oferta de outros alimentos.

A experiência relatada também possibilitou que profissionais pertencentes a grupos de risco, afastados do trabalho presencial pudessem desenvolver as atividades remotamente.

A utilização da Teleconsulta de Enfermagem na assistência aos pacientes portadores de Diabetes Mellitus permite o registro das orientações realizadas, a visualização da expressão corporal dos pacientes, a simulação da técnica de aplicação da insulina e outros cuidados relacionados ao tratamento do paciente com DM. Além da simulação sobre o manuseio de seringas, agulhas e canetas aplicadoras de insulina. Possibilita ainda a entrega de folhetos educativos que complementam as orientações realizadas pela equipe.

Apesar da prática ser recente, a experiência nos mostrou que estas estratégias devem ser fortalecidas na instituição, tornando-se um recurso importante para a prática assistencial. Este recurso mostrou-se valioso como forma de garantir o apoio e a continuidade do cuidado, evitando o deslocamento ao Hospital, considerando os riscos relacionados à quebra do distanciamento social neste momento de pandemia.

## REFERÊNCIAS

1. Organização Pan Americana da Saúde (OPAS). Folha Informativa COVID-19 [Internet]. 2021 [cited 2021 Feb 01]. Available from: <https://www.paho.org/pt/covid19>
2. Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago. Recomendações de Medidas a Serem Implementadas para Prevenção e Controle da Disseminação COVID-19 - Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente – Florianópolis versão 6 – Santa Catarina [Internet]. 2020[cited 2021 Feb 01]. <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sul/hu-ufsc/saude/covid-19/protocolos-e-planos-de-contingencia/unidade-de-laboratorio-de-analises-clinicas/medidas-de-prevencao-para-contencao-do-sars-cov-2-versao-2-31-08-2020-16h50>
3. Caetano R, Silva AB, Guedes AC, Carneiro M, Paiva CCN, Ribeiro GR, et al. Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. *Cad. Saúde Pública*. 2020;36(5):e00088920. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00088920>
4. Simões W. Manual para Teleatendimento: novos tempos, novos desafios. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde; 2020.
5. Siqueira EF, Arma JCBS, Paes LG, Brasil VP. Guia de Orientação para Teleconsulta em Enfermagem [Internet]. Florianópolis: Secretaria Municipal de Saúde; 2020[cited 2021 Feb 01]. [http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/PDF/Guia\\_para\\_orientacao\\_de\\_TELECONSULTA\\_Enfermagem.pdf](http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/PDF/Guia_para_orientacao_de_TELECONSULTA_Enfermagem.pdf)
6. Souza Junior VD, Mendes IAC, Mazzo ASC, Andrade EMLR, Godoy S. Manual de telenfermagem para atendimento ao usuário de cateterismo urinário intermitente limpo. *Esc Anna Nery*. 2017;21(4):e20170188. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0188>
7. Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Resolução COFEN N° 0634/2020. Estabelece em caráter emergencial a teleconsulta de Enfermagem [Internet]. 2020 [cited 2021 Dec 12]. Available from: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-0634-2020\\_78344.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-0634-2020_78344.html)
8. Schroeder AC, Vanz AP, Geremia C, Trindade CS, Canabarro ST. Telessaúde em um centro de referência em Diabetes Mellitus: uma análise transversal. *Esc Anna Nery* 2021;25(1):e20200046. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0046>
9. Telessaúde Santa Catarina. Sistema Integrado Catarinense de Telemedicina e Telessaúde [Internet]. 2016[cited 2021 Dec 12]. <https://telessaude.ufsc.br/>

10. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020 [Internet]. São Paulo: Clannad; 2019[cited 2021 Dec 12]. 489 p. Available from: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/Diretrizes-Sociedade-Brasileira-de-Diabetes-2019-2020.pdf>
11. Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago. Nossa história [Internet]. 2020 [cited 2021 Mar 04]. Available from: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sul/hu-ufsc/acesso-a-informacao/institucional>
12. Azevedo EHM, Pontes MB, Martins SW, Nunes JA. Estratégias de intervenção na Rotina de Cuidados no Banco de Leite Humano diante da pandemia de COVID-19. CoDAS. 2020;32(5):e20200210. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20192020210>
13. Santana SCG, Mendonça ACR, Chaves JNO. Orientação profissional quanto ao aleitamento materno: o olhar das puérperas em uma maternidade de alto risco no estado de Sergipe. Enferm Foco[Internet]. 2019 [cited 2021 Mar 20];10(1):134-9. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1361/509>
14. Fundo das Nações Unidas para Infância (Unicef). Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado: módulo - promovendo e incentivando a amamentação em um hospital amigo da criança: curso de 20 horas para Equipes de Maternidade [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [cited 2021 Dec 12]. 276 p. Available from: [https://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/iniciativa\\_hospital\\_amigo\\_crianca\\_modulo3.pdf](https://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/iniciativa_hospital_amigo_crianca_modulo3.pdf)