

<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 enfermagem 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 **provimento 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. Carenzo 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>