

**UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO
GESTÃO EM SISTEMAS DE SAÚDE**

SIRLEY LIMA DE MENDONÇA

**ANÁLISE DA REORGANIZAÇÃO DE PROCESSOS NO ATENDIMENTO DE
PACIENTES SUSPEITOS DE COVID-19 EM UM PRONTO ATENDIMENTO
ESPECIALIZADO EM OTORRINOLARINGOLOGIA E OFTALMOLOGIA**

**SÃO PAULO
2020**

SIRLEY LIMA DE MENDONÇA

**ANÁLISE DA REORGANIZAÇÃO DE PROCESSOS NO ATENDIMENTO DE
PACIENTES SUSPEITOS DE COVID-19 EM UM PRONTO ATENDIMENTO
ESPECIALIZADO EM OTORRINOLARINGOLOGIA E OFTALMOLOGIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Administração - Gestão em Sistemas de Saúde da Universidade Nove de Julho – UNINOVE, como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Administração – Gestão em Sistemas de Saúde**.

Orientador: Prof.º Dr.º Antônio Pires Barbosa

**SÃO PAULO
2020**

Mendonça, Sirley Lima de.

Análise da reorganização de processos no atendimento de pacientes suspeitos de COVID-19 em um pronto atendimento especializado em otorrinolaringologia e oftalmologia. / Sirley Lima de Mendonça. 2020.

80 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Nove de Julho - UNINOVE, São Paulo, 2020.

Orientador (a): Prof. Dr. Antônio Pires Barbosa.


1. SARS-CoV-2. 2. COVID-19. 3. Otorrinolaringologia. 4. Oftalmologia. 5. Planos de Contingência.
- I. Barbosa, Antônio Pires. II. Título.

CDU 658:616

SIRLEY LIMA DE MENDONÇA

**ANÁLISE DA REORGANIZAÇÃO DE PROCESSOS NO ATENDIMENTO DE
PACIENTES SUSPEITOS DE COVID-19 EM UM PRONTO ATENDIMENTO
ESPECIALIZADO EM OTORRINOLARINGOLOGIA E OFTALMOLOGIA**


Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Administração - Gestão em Sistemas de Saúde da Universidade Nove de Julho – UNINOVE, como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Administração – Gestão em Sistemas de Saúde**.



Prof. Dr. Antonio Pires Barbosa – Universidade Nove de Julho – UNINOVE



Profa. Dra. Maria Cristina Sanches Amorim – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUC/SP (Suplente)



Profa. Dra. Marcia Cristina Zago Novaretti – Universidade Nove de Julho – UNINOVE

Profa. Dra. Maria Amélia de Sousa Macena Veras – Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – FCMSCSP (Suplente)

Profa. Dra. Ana Freitas Ribeiro – Universidade Nove de Julho – UNINOVE
(Suplente)

São Paulo, 14 de dezembro de 2020

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela vida, e por conceder-me condições para terminar esta trajetória, senão fosse Vossa presença eu não teria conseguido.

Agradeço aos meus pais, Jairo Vicente de Mendonça e principalmente Lourdes Lima de Mendonça, pelas palavras de motivação e esforços pessoais para que este sonho se tornasse realidade, pelo amparo e carinho, com quem aprendo muito.

Agradeço ao meu marido Reinaldo Luiz Feitosa, por sempre me incentivar, dando apoio e compreensão no período de ausência. Você é muito especial para mim!

Agradeço aos meus irmãos Wesley Vicente de Mendonça e Washington Vicente de Mendonça, pela solidariedade e companheirismo.

Agradeço a todos meus amigos, que de alguma forma colaboraram direto ou indiretamente nesta jornada.

Ao Professor Dr. Antônio Pires Barbosa, meu orientador, pelo ensinamento concedido ao longo desses dois anos.

Agradeço ao Hospital de estudo, a diretoria que me deu a oportunidade de realizar o trabalho na Instituição, a todos os gestores, colaboradores, médicos e a todos os participantes da pesquisa que destinaram um tempo de seu trabalho para expor suas vivências.

Agradeço à Universidade Nove de Julho pela oportunidade e aos professores aos quais tive oportunidade de conhecer.

RESUMO

Em dezembro de 2019 surgia uma nova infecção, de etiologia desconhecida e assustadoramente contagiosa, causada por um vírus nomeado SARS-CoV-2. Diante deste cenário, é fato que otorrinolaringologistas e oftalmologistas apresentam alto risco de contágio e disseminação da infecção, pois realizam procedimentos a pequenas distâncias dos pacientes, e em contato direto com mucosas que podem gerar aerossóis e gotículas. Possíveis manifestações da doença COVID-19 pertinentes às especialidades citadas, como alterações das vias aéreas superiores, perda do olfato e paladar, além de alterações oculares, induzem os indivíduos suspeitos a procurarem os serviços de especialidades. Ainda, pacientes assintomáticos podem procurar os serviços devido a queixas relacionada às especialidades, e não pela doença COVID-9, levando os profissionais da saúde à exposição ocupacional. Diante desse problema, a Organização Mundial de Saúde (OMS) ressalta a necessidade de um planejamento nas organizações de saúde, como a criação de um serviço de triagem, separando pacientes sugestivos de COVID-19 dos demais usuários, possibilitando a utilização de equipamentos de proteção individual, e melhorando a formação dos profissionais de saúde. Nesse ínterim, o presente trabalho se propôs a identificar as mudanças do pronto atendimento especializado nas áreas de otorrinolaringologia e oftalmologia, visando a necessidade de reavaliação e criação de novos processos no intuito de demonstrar a competência na prática do trabalho. Para tal, conduziu-se um estudo de caso único, com abordagem qualitativa e descritivo, guiado por entrevistas semiestruturadas com 21 profissionais da saúde, além de análise de documentos internos e de um vídeo institucional. Como resultados, foram selecionados 255 trechos de narrativas, vinculadas a 21 códigos, agrupados em 7 categorias. O estudo permitiu identificar combinações de evidências relacionadas aos fluxos de pacientes suspeitos, mudanças estruturais, treinamento, dimensionamento e utilização dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), considerados essenciais para redução da transmissão nosocomial.

Palavras-chave: SARS-CoV-2; COVID-19; Otorrinolaringologia; Oftalmologia; Planos de Contingência.

ABSTRACT

In December 2019 a new infection appeared, of unknown etiology and frighteningly contagious, caused by a virus named SARS-CoV-2. Given this scenario, it is a fact that otorhinolaryngologists and ophthalmologists are at high risk of infection and spread of infection, as they perform procedures at short distances from patients, and in direct contact with mucous membranes that can generate aerosols and droplets. Possible manifestations of COVID-19 disease relevant to the aforementioned specialties, such as changes in the upper airways, loss of smell and taste, in addition to ocular changes, induce suspected individuals to seek out specialist services. Still, asymptomatic patients may seek services due to complaints related to specialties, and not due to COVID-9 disease, leading health professionals to occupational exposure. Faced with this problem, the World Health Organization (WHO) highlights the need for planning in health organizations, such as the creation of a screening service, separating patients suggestive of COVID-19 from other users, enabling the use of protective equipment and improving the training of health professionals. In the meantime, the present work proposed to identify the organizational changes of a specialized emergency service in the areas of otolaryngology and ophthalmology, aiming to create new processes in order to demonstrate the competence in the work practice. To this end, a single case study was conducted, with a qualitative and descriptive approach, guided by semi-structured interviews with 21 health professionals, in addition to analysis of internal documents and an institutional video. As a result, 255 stretches of narratives were selected, linked to 21 codes, grouped into 7 categories. The study allowed to identify combinations of evidence related to the flows of suspected patients, structural changes, training, dimensioning and use Personal Protective Equipment (PPE), considered essential to reduce nosocomial transmission.

Keywords: SARS-CoV-2; COVID-19; Otorhinolaryngology; Ophthalmology; Contingency Plans.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Indicadores de resultado recomendados pela OMS.....	27
Figura 2.	Indicadores de processo recomendados pela OMS.....	28
Figura 3.	Indicadores para as Organizações recomendados pela OMS.....	28
Figura 4.	Indicadores para estrutura recomendados pela OMS.....	29
Figura 5.	Pressuposto para criação da entrevista.....	36
Figura 6.	Trechos do vídeo inseridos no software Atlas Ti.....	40
Figura 7.	Grupos e códigos que representam a análise da reorganização do pronto atendimento.....	43
Figura 8.	Possíveis encaminhamento pós atendimento médico.....	48
Figura 9.	Alguns trechos das entrevistas, que expressam a mudanças e adaptações estruturais.....	49
Figura 10.	Trechos de algumas citações sobre Incremento de Equipamentos e materiais.....	51
Figura 11.	Trechos de algumas citações sobre a Higienização.....	52
Figura 12.	Trechos de algumas citações sobre a ventilação do ambiente.....	54
Figura 13.	Trechos de algumas citações do grupo dimensionamento dos profissionais de saúde: Atendimento, Enfermagem, Médicos e Higienização.....	56
Figura 14.	Trechos de algumas citações sobre Treinamento dos Profissionais de Saúde: Atendimento, Enfermagem, Higienização e Médicos.....	58
Figura 15.	Trechos de algumas citações sobre o EPIs utilizados pelas equipes.....	59
Figura 16.	Trechos das citações específicos das especialidades de Otorrinolaringologia e Oftalmologia.....	62
Figura 17.	Trechos de algumas citações sobre a Percepção dos Profissionais de Saúde...	63
Figura 18.	Nuvem de palavras.....	65

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Protocolos emitidos durante o plano de contingência.....	41
Tabela 2.	Distribuição da quantidade de citações (n = 255) de acordo com os grupos de códigos para analisar a reorganização do pronto atendimento do hospital	42

LISTA DE ABREVIACÕES

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CDC	Centro de Controle e Prevenção de Doenças
EPIs	Equipamentos de Proteção Individual
EUA	Estados Unidos da América
IgA	Imunoglobulina A
IgG	Imunoglobulina G
IgM	Imunoglobulina M
OFT	Oftalmologista
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
ORL	Otorrinolaringologista
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RSI	Regulamento Sanitário Internacional
RT – PCR	Reação em Cadeia de polimerase com transcrição reversa em tempo real
SG	Síndrome Gripal
SARS	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SARs-CoV-2	Síndrome Respiratória Aguda Grave Coronavírus-2
SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Tomografia Computadorizada
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
1.1	PROBLEMA DE PESQUISA.....	14
1.2	QUESTÃO DE PESQUISA.....	14
1.3	OBJETIVOS.....	14
1.3.1	Geral.....	14
1.3.2	Específicos.....	15
1.4	JUSTIFICATIVA PARA ESTUDO DO TEMA.....	15
1.5	ESTRUTURA DO TRABALHO.....	16
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
2.1	PANDEMIA DE SARS-CoV-2 E SUA ALTA TRANSMISSIBILIDADE.....	17
2.1.1	Tipos de transmissão de SARS-CoV-2.....	19
2.2	ATENDIMENTO EM SAÚDE ESPECIALIZADO EM OTORRINOLARINGOLOGIA E OFTALMOLOGIA.....	20
2.2.1	Atendimento especializado em otorrinolaringologia durante a pandemia.....	21
2.2.2	Atendimento especializado em oftalmologia durante a pandemia.....	23
2.2.3	Profissionais da Saúde.....	24
2.3	PROCESSOS DURANTE O PLANO DE CONTINGÊNCIA PARA SARS-CoV-2.....	25
3	MÉTODO E TÉCNICAS DE PESQUISA.....	30
3.1	CLASSIFICAÇÃO DA PESQUISA.....	30
3.2	DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	31
3.3	PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	31
3.3.1	Seleção da Amostra.....	34
3.3.2	Roteiro da entrevista.....	35
3.4	PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS.....	38
4	RESULTADOS.....	40
4.1	Reorganização do fluxo assistencial de pacientes suspeitos de COVID-19.....	44
4.2	Infraestrutura Física.....	49
4.3	Profissionais de Saúde.....	55
4.4	Específicos da otorrinolaringologia e oftalmologia.....	61
5	CONCLUSÕES.....	66
5.1	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	67
5.2	SUGESTÕES PARA FUTUROS ESTUDOS.....	68
	REFERÊNCIAS.....	69
	APÊNDICE A - ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	75
	APÊNDICE B-TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	76
	APÊNDICE C-TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	79
	ANEXO 1 - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA.....	80

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 11 de fevereiro de 2020, declarou o início de uma pandemia relacionada a uma doença surgida em 2019 na China, denominada COVID-19, e causada pelo vírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave - coronavírus 2 (SARS-CoV-2). A referida pandemia, no final do ano de 2020, ainda continua em andamento, considerando sua alta transmissibilidade de indivíduo para indivíduo em todo o território global, afetando pessoas de todas as idades, e podendo variar de casos leves, assintomáticos, até os mais graves resultando em óbito (Lai et al., 2020).

O Brasil foi o primeiro país da América Latina a ter confirmação da COVID-19, em 26 de fevereiro de 2020. Tratou-se de um brasileiro de 61 anos que havia viajado para Lombardia, na Itália, local onde ocorria um surto naquele momento (Rodriguez-Morales et al., 2020).

No Brasil, a transmissão comunitária da COVID-19 foi anunciada pelo Ministério da Saúde em 20 de março de 2020, espalhando-se rapidamente, por meio de portadores sintomáticos e assintomáticos. Nesse sentido, a identificação precoce destes indivíduos possui um papel crucial para a diminuição da cadeia de transmissão do SARS-CoV-2 (Sales et al., 2020).

Otorrinolaringologistas, oftalmologistas, anestesistas e dentistas são profissionais da área da saúde que apresentam grande risco de contrair e disseminar a infecção gerada pelo SARS-CoV-2. Durante o atendimento, os profissionais removem as máscaras faciais de proteção dos pacientes e realizam procedimentos terapêuticos geradores de aerossóis e gotículas (Ralli et al., 2020).

As especialidades de otorrinolaringologia e oftalmologia têm contato direto com mucosas, principalmente na realização de procedimentos específicos, por necessitar de uma proximidade física e espacial, ou seja, entre médico e paciente, menor do que 1,5 metros, conforme orientação recomendada pela OMS (Parke, 2020).

Alguns sintomas da COVID-19 incluem manifestações clínicas pertinentes às especialidades de otorrinolaringologia e oftalmologia, tais como alterações do sistema respiratório superior, perda do olfato e paladar e alterações oculares, induzindo os indivíduos suspeitos a procurarem esses serviços (Cheng et al., 2020).

Pacientes assintomáticos podem procurar os serviços citados, como ocorreu no Hospital Central de Wuhan, na China, onde um oftalmologista foi infectado ao ter contato com o paciente, evoluindo a óbito. Interessante ressaltar que o paciente em questão, estava em

atendimento ambulatorial para tratamento de glaucoma, não apresentava sintomas (Shabto et al., 2020).

Em suma, disfunções no olfato, paladar e oculares estão associadas à COVID-19, são tidas como características clínicas comuns em populações ambulatoriais, e consideradas manifestações precoces no início da infecção por SARS-CoV-2. Pacientes apenas com estes sintomas, apresentam dez vezes menos chances de serem internados pela doença, visto que podem ser consideradas marcadores para casos leves de COVID-19 (Yan et al., 2020).

Diante deste contexto, gestores dos sistemas de saúde tiveram de agir rapidamente, principalmente em ações de cuidados planejados, com o propósito de diminuir a propagação do vírus no ambiente hospitalar tanto para colaboradores quanto para pacientes (Herrera Victor et al., 2020).

Para que os serviços de saúde pudessem enfrentar esse desafio, tornou-se fundamental um planejamento nas organizações, estruturação de fluxos de trabalho, capacitação e proteção individual para as equipes de trabalho e realização de testes de diagnósticos (Sales et al., 2020).

Assim, o presente estudo julgou importante analisar a reestruturação organizacional de uma grande rede hospitalar, de atuação relevante em sua área de abrangência, avaliando seu pronto atendimento especializado em otorrinolaringologia e oftalmologia. Buscou-se identificar as novas medidas para o enfrentamento da SARS-CoV-2, inclusive, exemplificando experiências e situações vivenciadas, como a forma de combater, bem como de minimizar o risco de exposição ao vírus.

O objeto de estudo da presente Dissertação foi um hospital localizado na Capital do Estado de São Paulo, pertencente à rede privada, e referenciado por suas especialidades de otorrinolaringologia e oftalmologia. Por sua vez, este fato aumenta consideravelmente a possibilidade de receber em seu pronto atendimento pacientes com sintomas da COVID-19.

Dessa forma, foi implantada uma estrutura seguindo as recomendações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) no oferecimento de serviços de acolhimento e protocolos de atendimento adequado em casos suspeitos, garantindo a capacidade de recursos materiais e humanos aptos durante a pandemia.

A crise na saúde ampliou o formato dos serviços que são prestados na rede hospitalar, não se configurando como uma melhoria, mas sim como uma nova alternativa para a população. Deste modo, é possível considerar que este é o momento oportuno para inovar e transformar processos que outrora eram vistos como práticas antigas.

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

Toda pesquisa se inicia com algum tipo de problema, seja um questionamento sobre um determinado assunto, ou apenas referindo-se à sistematização de procedimentos de estudo e de investigação (Vilaça, 2010).

Nesse ínterim, com a pandemia anunciada pela OMS e a rápida disseminação do vírus, governos e sistemas de saúde, tiveram de desenvolver estratégias de prevenção e controle para redução da propagação do vírus (Fraher et al., 2020).

As instituições de saúde precisaram atualizar suas políticas internas, fluxos de trabalho, protocolos e habilitar os trabalhadores que estão na linha de frente, como forma de executar suas atividades de forma segura (Fraher et al., 2020).

1.2 QUESTÃO DE PESQUISA

Apresenta-se a seguir a questão de pesquisa que norteou o desenvolvimento da presente Dissertação: quais mudanças ocorreram em um pronto atendimento de otorrinolaringologia e oftalmologia, durante a pandemia de SARS-CoV-2, no tocante à prestação assistencial de serviços?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo geral

Detectar as ações específicas realizadas em um pronto atendimento especializado de otorrinolaringologia e oftalmologia durante a pandemia, assim como nos processos técnicos e administrativos envolvidos nos cuidados assistenciais ao paciente.

1.3.2 Objetivos específicos

Descrever os processos administrativos ligados à infraestrutura física durante a pandemia, no pronto atendimento de otorrinolaringologia e oftalmologia do hospital escolhido para estudo;

Identificar novas padronizações relacionadas à prestação de cuidados assistenciais aos pacientes suspeitos de COVID-19 na Instituição;

Reconhecer medidas administrativas de prevenção e controle de infecção, diante da exposição ao SARS-CoV-2, entre pacientes e profissionais de saúde;

Distinguir mudanças nas especialidades de otorrinolaringologia e oftalmologia no pronto atendimento avaliado.

1.4 JUSTIFICATIVA PARA ESTUDO DO TEMA

A pandemia de SARS-CoV-2 causou mudanças em todo cenário mundial. O Ministério da Saúde adotou medidas para diminuição da transmissão do vírus, como promoção de informação e comunicação à população, medidas não farmacológicas de isolamento social, distanciamento social e quarentena (Sales et al., 2020).

Nos serviços de saúde, a inclusão de novos protocolos e estratégias de atendimento aos pacientes, tiveram de ser revisados. Necessitou-se de reforço na utilização dos equipamentos de proteção individual (EPI), e treinamento para todos os profissionais de saúde, assim como foram necessárias adequações, por exemplo, nos serviços de limpeza constante dos ambientes (Flumignan et al., 2020).

Não conformidades podem gerar desconfortos e insegurança a todos os envolvidos, por falta de alinhamento dos protocolos institucionais, falta de EPIs, trabalho com materiais de qualidade inferior, e ausência de comunicação clara sobre novos processos (Flumignan et al., 2020).

Sendo assim, este trabalho propôs identificar a mudança organizacional de um pronto atendimento especializado em otorrinolaringologia e oftalmologia, voltado para uma nova realidade na área da saúde, buscando demonstrar a competência na prática do trabalho, especialmente relacionada ao oferecimento de um atendimento seguro tanto para pacientes quanto para profissionais.

1.5 ESTRUTURA DO TRABALHO

Este estudo, além da presente Introdução, apresenta os capítulos de Referencial Teórico, Método e Técnica de Pesquisa, Resultados e Discussão, Conclusão e Contribuições para a Prática.

Nesta Introdução, buscou-se realizar a contextualização do tema, formulação do problema e da questão da pesquisa, além da justificativa para realização do estudo.

No Referencial Teórico, apresentou-se uma revisão da literatura sobre os principais pilares de sustentação desta Dissertação, destacando-se a pandemia pelo SARS-CoV-2 e sua alta transmissibilidade, o atendimento em saúde nas especialidades de otorrinolaringologia, oftalmologia, além dos processos de trabalho em saúde durante o plano de contingência da pandemia.

No Método, discutiram-se as etapas seguidas durante a realização do trabalho, como o delineamento da pesquisa, a seleção da amostra, o procedimento de coleta de dados, o roteiro da entrevista e os procedimentos de análise de dados.

Já na seção de Resultados e Discussões, os dados coletados foram apresentados e discutidos à luz da literatura especializada.

Quando apresentadas as Conclusões e Contribuições para a Prática, dá-se foco aos principais resultados da pesquisa e suas aplicações práticas, além das limitações e sugestões para pesquisas futuras.

Em seguida, estão elencadas as Referências Bibliográficas mais atuais e relevantes utilizadas nesta pesquisa, como fonte de embasamento para o arcabouço teórico.

Finalizando, seguem-se os Apêndices e o Anexo, os quais validam a ética e lisura desta peça acadêmica.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Para o processo de construção das ciências, uma das principais características é a linguagem argumentativa, pressupostos teóricos que fundamentam estudos, tidos como ferramenta de análise para discussões e compreensão do processo de construção da informação (Sasseron et al., 2011).

Neste capítulo, serão relatados os três principais polos teóricos desta pesquisa: a 1 – a pandemia de SARS-CoV-2 e sua alta transmissibilidade; 2 – o atendimento em saúde especializado em otorrinolaringologia e oftalmologia; 3 - os processos de planos de contingência durante a pandemia.

Tal fundamentação teórica tem como objetivo fornecer integração ao estudo e embasar as hipóteses estabelecidas (G. de A. Martins & Theóphilo, 2009).

2.1 PANDEMIA DE SARS-CoV-2 E SUA ALTA TRANSMISSIBILIDADE

O governo brasileiro introduziu medidas de atenção à saúde, orientadas pela OMS, com intuito de aplanar a propagação da doença, adotando o distanciamento social, fechamento de escolas e universidades, comércios não essenciais, proibição de eventos em massa e que causem aglomerações, incentivo à higienização das mãos, adoção da etiqueta respiratória, utilização de máscaras faciais caseiras, trabalho em *home office* e restrição de viagens (Bastos & Cajueiro, 2020).

Devido ao rápido crescimento do número de casos em todo o mundo de COVID-19, plataformas digitais lançaram atualizações diárias com informações de características epidemiológicas sobre o progresso da doença, que fornecem suporte de informação diante de sua dinâmica complexa, essencial para líderes governamentais e público (Xiong et al., 2020).

Dados de incidência de novos casos confirmados trazem informações sobre a eficácia das ações implementadas, por meio de medidas coletivas e individuais. Estes dados são analisados e ditam a dinâmica do combate ao vírus, na capacidade de atendimento da saúde e acompanhamento da pandemia (Bergman et al., 2020).

Compreender a transmissão do vírus SARS-CoV-2 em tais situações: como, quando, e em quais tipos de ambientes se propaga, é fundamental para o desenvolvimento de ações eficazes de saúde pública, assim como na diminuição do número de casos, prevenção e controle do vírus (Ladner et al., 2020).

É importante enfatizar que as políticas de distanciamento social colaboram na diminuição do número de óbitos e evitam o colapso dos sistemas de saúde, embora não resultem na redução do número de indivíduos contaminados (Pescarini et al., 2020).

No Regulamento Sanitário Internacional de 2005 da OMS, assim como no Decreto N° 10.212 do mesmo texto, algumas informações são definidas, conforme segue. 1 - Fontes de infecção ou contaminação: pessoas infectadas, cargas, contêineres, meios de transporte, mercadorias e restos humanos infectados por um agente; 2 - Contaminação: presença de agente tóxico ou infeccioso na superfície de humanos, animais e objetos inanimados; 3 - Desinfecção: procedimentos para eliminar agentes infecciosos mediante exposição direta de agentes químicos ou físicos; 4 - Doença: é um agravo ocasionando um dano significativo nos seres humanos; 5 - Emergência em saúde pública de importância internacional: evento extraordinário de propagação internacional de doença; 6 - Infecção: agente infeccioso no interior do organismo de seres humanos ou animais; 7 - Isolamento: separação de indivíduos doentes ou contaminados, para evitar a transmissão da infecção; 8 - Quarentena: restrição das atividades, como forma de evitar a propagação de infecção; 9 - Reservatório: animal ou planta, onde o agente infeccioso habita; 10 - Vetor: inseto ou animal portador do agente infeccioso (Brasil, 2020).

A realização de testes é fundamental para detecção e diagnóstico de novos casos, um instrumento essencial no conhecimento da trajetória da doença e combate na propagação viral, visando a mitigação e combate à epidemia (Al-Sadeq & Nasrallah, 2020).

O teste de reação em cadeia da polimerase com transcrição reversa em tempo real (RT-PCR) é a principal técnica para a confirmação de pacientes com COVID-19 na fase aguda da doença, pois detecta o RNA do vírus em amostras respiratórias, utilizando secreção nasofaríngea. Resultados falso-negativos podem ocorrer até em 30% dos pacientes devido à coleta de amostra inadequada, condições de armazenamento incorreto e coleta de amostra tardia (Al-Sadeq & Nasrallah, 2020).

A sorologia tem um papel fundamental na detecção de anticorpos, referente aos supostos casos assintomáticos, no qual o IgM indica a fase aguda da doença, e o IgG a recuperação ou imunidade da infecção (Böger et al., 2020).

Um estudo epidemiológico conduzido na Coreia do Sul identificou mais de 3.000 casos de COVID-19 relacionados a um único grupo religioso, sendo que alguns indivíduos (menor quantidade) apresentaram sintomas graves, mas o restante não apresentou sintomas. Foi relatado que esses indivíduos assintomáticos dificilmente seriam identificados sem a realização de testes (Ra et al., 2020).

Antes do surgimento dos primeiros sintomas, o risco de transmissão parece ser pouco provável, mas não excluído, pois indivíduos assintomáticos podem transmitir o vírus (Wu & McGoogan, 2020).

2.1.1 Tipos de transmissão de SARS-CoV-2

A transmissão direta do vírus SARS-CoV-2 ocorre de pessoa para pessoa, pelo contato direto a distâncias menores de 1,5 metros, por meio de secreções contaminadas que são expelidas junto com a saliva, como por exemplo, durante a fala e canto. Ainda, secreções respiratórias oriundas da tosse e do espirro, assim como secreções oculares, podem atingir boca, nariz e olhos de uma pessoa susceptível, resultando em infecção (Ralli et al., 2020).

Aerossóis e gotículas são considerados o principal meio de transmissão do novo vírus. A OMS define que as gotículas respiratórias possuem um diâmetro $\geq 5-10 \mu\text{m}$, e os aerossóis são inferiores a $5 \mu\text{m}$. No entanto, os dois tipos de partículas se encontram na região nasofaríngea, considerada o principal reservatório do vírus SARS-CoV-2, e podem ser gerados durante várias atividades respiratórias (Ralli et al., 2020).

As partículas de aerossóis, apesar do seu diâmetro ser avaliado em micron, conseguem transportar uma variedade de patógenos respiratórios que são potencialmente mais infecciosas do que as gotículas, visto serem menores e permanecerem suspensas no ar por um elevado período de tempo, e podendo alcançar longas distâncias (Asadi et al., 2019).

Procedimentos médicos que geram aerossóis, causam a transmissão aérea do vírus SARS-CoV-2, como os métodos de intubação traqueal, aspiração aberta de vias aéreas, broncoscopia, fisioterapia pulmonar e coleta de espécime para diagnóstico clínico (Flumignan et al., 2020). As partículas menores que carregam o vírus podem ser capturadas pelo fluxo de ar inspiratório, sendo então depositadas ao longo de todo sistema respiratório, podendo, inclusive, penetrar em porções mais profundas, que são os alvéolos (Qu et al., 2020).

Testes realizados em hospitais da China e dos EUA demonstraram que o vírus foi detectado em amostras de ar, com PCR positivo em 35% nas Unidades de Terapia Intensiva e em 12,5% nas enfermarias, enfatizando um risco potencial de transmissão aérea (Fennelly, 2020).

Ainda, verificou-se que nebulizadores formadores de aerossóis, com lançamento de jatos de alta potência que propagam o SARS-CoV-2, permitindo que suas partículas fiquem suspensas por um período de até 16 horas (Fears et al., 2020).

Sabe-se que, em ambientes com a presença de pacientes positivos para COVID-19, mesmo aqueles que não realizaram procedimentos formadores de aerossóis, existe a presença do RNA do vírus em amostras de ar, embora este dado ainda seja controverso (Fennelly, 2020).

Fennelly (2020), relata surtos de COVID-19 relacionados a ambientes com ventilação inadequada e espaços com aglomeração de pessoas, contribuindo para a transmissão combinada de aerossóis, gotículas e fômites, por exemplo, durante a prática de coral, em lares de idosos e em restaurantes.

A transmissão do vírus pode ainda ocorrer indiretamente pelo toque em superfícies contaminadas com o SARS-CoV-2 (pele a pele ou objetos inanimados), seguido de toque na boca, nariz ou olhos (Qu et al., 2020). Fluidos corporais de indivíduos infectados podem contaminar superfícies de objetos inanimados.

Neste caso, o vírus SARS-CoV-2 pode permanecer no local por horas ou dias, dependendo da temperatura e da umidade do ambiente, assim como do tipo de material utilizado em cada superfície (Qu et al., 2020).

De acordo com os centros de controle de doenças (CDC), as superfícies mais manuseadas pelos profissionais de saúde são os balcões, as maçanetas, as louças sanitárias, os teclados, os *tablets*, os celulares e as mesas de cabeceira. Nestas e em outras situações, é fato que a lavagem das mãos reduz o risco de transmissão comunitária do SARS-CoV-2 (Panigrahi et al., 2020).

Cabe ressaltar que o vírus SARS-CoV-2 já foi detectado na urina e fezes de alguns pacientes, e a sua sobrevivência em amostras fecais podem chegar a 4 dias. Sabe-se, por fim que o vírus pode permanecer viável, mesmo no esgoto, por várias semanas (Qu et al., 2020).

2.2 ATENDIMENTO EM SAÚDE ESPECIALIZADO EM OTORRINOLARINGOLOGIA E OFTALMOLOGIA

Os atendimentos em saúde são a porta de entrada para os pacientes durante a pandemia de SARS-CoV-2, e são fundamentais na resposta à doença. Uma triagem com reconhecimento precoce dos sintomas é essencial, pois os pacientes chegam sem aviso prévio, sendo considerados de alto risco para COVID-19, por exemplo, no contexto de conjuntivite e infecção do trato respiratório superior (Cheng et al., 2020).

O rastreamento de pacientes com sintomas leves e assintomáticos no início da doença é de difícil identificação, pois a grande maioria não apresenta febre, passando despercebidos pelos profissionais de saúde (Ra et al., 2020).

Dessarte, na assistência ambulatorial, pacientes devem ser triados por profissionais experientes e que possuem uma *expertise* na avaliação dos sinais e sintomas da COVID-19. Uma triagem eficaz facilita que esses indivíduos com suspeita da doença sejam reconhecidos e atendidos (Ma et al., 2020).

A partir dessas informações, pessoas assintomáticas se tornaram uma ameaça para a saúde pública, especialmente pelo fato de desconhecerem a presença da doença, o que por sua vez gera dificuldade na adoção de medidas de isolamento e tratamento deste grupo. Sabe-se que as crianças apresentam a infecção de modo leve ou assintomático (Al-Sadeq & Nasrallah, 2020).

Sinais e sintomas heterogêneos levam os pacientes à procura de outras especialidades, como a otorrinolaringologia e a oftalmologia, pois estes sintomas se sobrepõem àqueles observados em outras doenças comuns, como a síndrome gripal, as infecções respiratórias e a conjuntivite, dificultando o diagnóstico clínico da COVID-19 (Cheng et al., 2020).

A síndrome gripal (SG), é definida pelo Ministério da Saúde como a presença de um quadro respiratório agudo, caracterizado por sensação febril ou febre, podendo estar acompanhada por tosse, dor de garganta, coriza e dificuldade respiratória (Sales et al., 2020).

Os principais sintomas, além da SG, para COVID-19 são a ausência de paladar e olfato, mialgia e fadiga. Especialmente em pacientes idosos a febre pode estar ausente, e estes podem apresentar sintomas mais graves, como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência (Sakalli et al., 2020).

As complicações graves da COVID-19 são a síndrome respiratória aguda, lesão cardíaca, arritmias, miocardite, insuficiência renal com necessidade de diálise, tromboembolismo, encefalites, neuropatias e sepse (Cascella et al., 2020).

2.2.1 Atendimento especializado em otorrinolaringologia durante a pandemia

A prática da especialidade médica de otorrinolaringologia mudou consideravelmente diante da pandemia da SARS-CoV-2, pois há um foco especial para os atendimentos nesta área, seja em consultas, procedimentos ou cirurgias, por envolver as vias respiratórias superiores (Anagiotos & Petrikos, 2020).

Pacientes suspeitos de COVID-19 acabam procurando os serviços de otorrinolaringologia, visto que podem apresentar sintomas pertinentes à especialidade, tais como obstrução nasal, dor de ouvido e garganta, perda de olfato e paladar. Para diminuir a propagação da doença é necessária, portanto, a detecção rápida destes pacientes, inserindo tratamento e acompanhamento, apesar de alguns casos evoluírem para uma forma mais grave da doença (Sakalli et al., 2020).

Procedimentos gerais de otorrinolaringologia, realizados nas vias áreas superiores, demonstram que os profissionais desta especialidade possuem maior risco de se infectar durante a pandemia, principalmente por estarem expostos a uma carga viral muito alta, tornando-se uma importante causa de transmissão da doença (Ralli et al., 2020).

Exames clínicos endoscópicos, em particular a nasolaringoscopia flexível e rígida, realizados nas regiões do nariz, faringe e laringe, podem causar tosses e espirros no momento da introdução do equipamento nas vias aéreas, gerando gotículas e aerossóis, trazendo um considerável risco para transmissão de SARS-CoV-2 (Anagiotos & Petrikkos, 2020).

Distúrbios na perda de olfato são considerados sintomas da COVID-19, recorrente em pacientes mundialmente. Menciona-se que há uma variação entre 30 a 70% dos referidos distúrbios em pacientes com a doença confirmada, associados ou não com a falta de paladar. Em alguns pacientes estes são os únicos sintomas da doença que se manifestam (Anagiotos & Petrikkos, 2020).

Embora a anosmia (perda completa de olfato), a hiposmia (perda parcial do olfato) e a disgeusia (perda de paladar), ainda não possam ser manifestadas por todos os pacientes no momento da avaliação do profissional de saúde, esses sintomas podem ser um indicador precoce da infecção, auxiliando no diagnóstico da maioria dos pacientes (Yan et al., 2020).

Um caso ocorrido em Wuhan, na China, relatou que em um único procedimento realizado na região nasal, 14 profissionais de saúde foram infectados. Sendo assim, a carga viral alta nas secreções nasais gera alto risco para infecção hospitalar, o que também é observado em procedimentos odontológicos, por utilizarem debridadores e brocas (Gengler et al., 2020).

A especialidade, por estar no grupo de maior risco de contaminação, deve ter uma priorização na autoproteção, diminuindo a probabilidade do contágio com o uso de equipamentos de proteção individual adequados, considerados requisitos essenciais em todas as consultas e exames, independentemente se o paciente tem ou não confirmação de COVID-19, sendo ou não sintomático (Wierzbicka et al., 2020).

2.2.2 Atendimento especializado em oftalmologia durante a pandemia

Pacientes com SARS-CoV-2 podem desenvolver alterações oculares, como irritação, vermelhidão, sensação de corpo estranho, lacrimejamento ou conjuntivite, sendo esses sintomas considerados queixas iniciais ou exclusivas (Torres et al., 2020).

Embora nos seres humanos as queixas oftalmológicas não sejam as mais comuns, apresentam reações leves e raras. Dessa forma, os médicos especialistas devem estar atentos aos sintomas, pois podem ser os primeiros profissionais a prestar atendimento à pacientes com COVID-19, já que algo em torno de 70% dos pacientes com conjuntivite procuram atendimento da especialidade (J & Hg, 2020).

Casos assintomáticos podem apresentar conjuntivite como a única manifestação da infecção por SARS-CoV-2, mas não se sabe com que frequência ocorre. De qualquer forma, sua presença pode ser o alerta para um caso suspeito, sugerindo que o paciente realize o teste e adote o isolamento (J & Hg, 2020).

Os mecanismos para transmissão da SARS-CoV-2 via ocular ocorrem pela possibilidade de as góticulas respiratórias serem drenadas para o ducto nasolacrimal, e em seguida, migrarem para trato respiratório (Ralli et al., 2020).

A carga viral na lágrima foi detectada como sendo de baixa taxa para a transmissão do vírus, mas a curta distância entre o médico e o paciente na utilização da lâmpada de fenda (equipamento utilizado em consultas oftalmológicas), de cerca de 30 cm, assim como durante a realização de outros exames, como a aferição da pressão ocular e a observação do fundo do olho, onde a distância se torna ainda mais próxima, resulta em um risco de contágio aumentado entre médico e paciente (Parke, 2020).

A média de idade dos pacientes que procuram serviços de atendimento oftalmológico é elevada, sendo esta população a que apresenta maior morbidade e mortalidade na infecção por SARS-CoV-2 (Parke, 2020).

Um estudo publicado no *Journal of Medical Virology*, informou que em um grupo de 30 pacientes com a COVID-19, apenas um apresentou carga viral detectável na secreção ocular. Em outro estudo de Cingapura, realizado com 17 pacientes confirmados durante a fase aguda da doença, seus fluidos oculares foram coletados durante duas semanas, e os resultados presumiram que a transmissão ocular é improvável (Chen et al., 2020).

Dessa forma, a possibilidade de transmissão através das lágrimas pode ser considerada baixa, mas é indispensável a utilização de EPIs para proteção da boca, nariz e olhos dos especialistas em oftalmologia durante a realização de consultas e exames, como também a

manutenção da distância entre médico e paciente. No caso da utilização da lâmpada de fenda, o especialista deve aconselhar o paciente a falar o mínimo possível, reduzindo assim o risco de transmissão (Hu et al., 2020).

Durante o exame de tonometria de aplanção, que permite medir a pressão ocular, uma parte do equipamento entra em contato direto com a córnea do paciente, e já se conhece o fato de que existe a possibilidade da transmissão de várias doenças durante o procedimento, como as hepatites B e C, herpes e doença de Creutzfeldt-Jakob (Shabto et al., 2020).

Em contrapartida, a tonometria de sopro pode gerar aerossóis, sendo comprovado que na utilização do colírio fluoresceína gera respingos do filme lacrimal ao ser assoprado, ao contrário daqueles que não receberam colírio. Neste caso, a tonometria de sopro é a mais indicada no período pandêmico (Shabto et al., 2020).

Na oftalmologia, as lentes de diagnóstico e terapêuticas entram em contato direto com a mucosa dos olhos (lentes de contato tipo Goldman, lentes para aplicação de *laser* e outras de gonioscopia), como o tonômetro de aplanção. É recomendada a utilização de lentes e tonômetros descartáveis, ou práticas de desinfecção com produtos recomendados, que garantem a descontaminação e não são prejudiciais para mucosas, mantendo a qualidade da imagem (Shabto et al., 2020).

Há equipamentos que não entram em contato direto com os olhos, mas sim com cílios, nariz, queixo e testa, como botão de resposta, cadeira e oclusor. Todavia, por ter uma proximidade curta, estes facilitam o acúmulo de gotículas contaminadas, e isto reforça a necessidade de se realizar a desinfecção das superfícies após o atendimento de cada paciente, já que estes equipamentos são compartilhados (Shabto et al., 2020).

2.2.3 Profissionais da Saúde

Profissionais de saúde que atuam na linha de frente possuem um maior risco de infecção por SARS-CoV-2 em comparação aos demais grupos de indivíduos, seja por reutilizar EPIs, ou mesmo utilizá-los de forma inadequada (Nguyen et al., 2020).

Diante deste contexto, é preciso disponibilizar e garantir a utilização de todos os EPIs com qualidade, assim como garantir a realização de testes aos colaboradores que apresentarem sintomas, definida como prática de trabalho seguro (Hick & Biddinger, 2020).

Destaca-se a importância, não só da qualidade e da disponibilidade dos EPIs, mas também a utilização de protocolos adequados para sua colocação, remoção e descarte, com foco especial nas equipes de saúde que têm enfrentado um elevado número de contaminações pelo SARS-CoV-2 (Nguyen et al., 2020).

Nos atendimentos, é importante limitar o número de profissionais presentes em procedimentos considerados de alto risco, mantendo sempre a mesma equipe de profissionais, com alto nível de proteção, garantindo assim o mínimo de exposição da equipe multidisciplinar (Ralli et al., 2020).

As organizações de saúde e suas equipes expostas ao vírus devem estabelecer diretrizes de vigilância, gerenciando a exposição ocupacional ao vírus, garantindo que estas diretrizes compreendam a importância dos sintomas, como perda de paladar e olfato, ou qualquer outro sintoma de síndrome gripal, possíveis indicativos da COVID-19 (World Health Organization, 2020).

As repartições de saúde devem preparar seus colaboradores e proporcionar descanso adequado, promovendo a resiliência, suavizando o estresse, oferecendo educação continuada sobre suas competências, utilizando corretamente os EPIs, e criando adaptações de rotinas no trabalho, compartilhando todo o conhecimento prévio que for necessário (Hick & Biddinger, 2020).

Durante a pandemia, alguns setores nas organizações hospitalares apresentaram redução no volume de procedimentos eletivos, ocasionada pela decisão do próprio paciente em cancelar consultas e exames, motivado pelo cenário de pandemia, o que levou algumas áreas a ficarem mais ociosas. A partir daí, os gestores remanejaram os colaboradores para setores com alta demanda (Hick & Biddinger, 2020).

2.3 PROCESSOS DURANTE O PLANO DE CONTINGÊNCIA PARA SARS-CoV-2

Após a declaração da pandemia de SARS-CoV-2 pela OMS, as Organizações de saúde foram obrigadas a implantar medidas de prevenção para o cenário da COVID-19. Devido à alta transmissibilidade do SARS-CoV-2, pela falta de tratamento eficaz e a ausência da vacina, foi necessário criar processos e medidas administrativas para garantir a segurança de toda a equipe profissional e pacientes, diminuindo o risco de transmissão do agente (World Health Organization, 2020).

De acordo com a Organização Pan-Americana em Saúde (OPAS), as medidas mais indicadas para tal são o gerenciamento da exposição dos indivíduos ao patógeno; o uso racional dos EPIs com a avaliação dos procedimentos e os riscos dos fluidos gerados; a gestão de recursos humanos, com treinamento formal sobre os processos institucionais e a epidemiologia hospitalar, aspectos clínicos e prevenção da transmissão hospitalar da COVID-19; o fornecimento de insumos; a organização de fluxos nas áreas de trabalho; e a monitorização da implantação desses processos com *feedback* efetivo (Pan American Health Organization, 2020).

Para executar tais medidas nos estabelecimentos de saúde, podemos considerar a instalação de barreiras na entrada dos estabelecimentos, assim como a criação de uma recepção para triagem inicial de pacientes.

Toda equipe deve estar alinhada e ciente com relação aos sintomas para detecção e suspeita da COVID-19, no fornecimento de máscaras cirúrgicas aos pacientes sintomáticos, desde o momento que forem identificados, priorização de atendimento destes pacientes em sala privada, sala de espera que proporcione o distanciamento de pelo menos um metro e meio entre os pacientes, ventilação apropriada no ambiente, sinalização das áreas desde a entrada, orientações no fluxo de atendimento, informações sobre a COVID-19, higienização das mãos e orientação sobre etiqueta respiratória (Secretaria da Saúde, 2020).

As normas e rotinas na prestação de serviços aos pacientes, suspeitos ou confirmados pela doença COVID-19, devem estar de acordo com protocolos formais e disponíveis a todos os profissionais (Secretaria da Saúde, 2020).

De um modo geral, todos os profissionais de saúde, presentes em ambiente hospitalar, devem utilizar EPIs, como a utilização de proteção dos olhos e da face com máscara cirúrgica, N95 ou PFF2, de acordo com o procedimento a ser realizado. Importante ressaltar o uso de roupas limpas, avental ou macacão (não estéril) de mangas compridas, que proporcionem barreira antimicrobiana efetiva, principalmente no manuseio, na paramentação e desparamentação.

São necessários novos conjuntos de EPIs para cada novo paciente, bem como também é imprescindível realizar o descarte adequado de todos os equipamentos de proteção (Resolução - RDC nº 356, de 23 de março de 2020, 2020).

As instituições devem monitorar a manutenção e reposição de insumos para higienização das mãos com água e sabão, ou preparação alcoólica. Devem ainda cobrar e enfatizar a frequência da higienização das mãos dos colaboradores, principalmente antes e depois da assistência ao paciente e após a colocação e retirada dos EPIs (ANVISA, 2020).

As máscaras cirúrgicas devem ser utilizadas para evitar a contaminação do profissional de saúde. Em todas repartições, existe a proibição da utilização de máscaras que não sejam autorizadas pela ANVISA (ANVISA, 2020a).

Em casos de internação, deve-se manter quarto privativo ou área segregada, com porta fechada e ambiente arejado, e com a entrada sinalizada advertindo precauções de contato e por gotículas. Quanto aos quartos de enfermaria, as camas devem ser colocadas a 1 metro de distância (World Health Organization, 2020).

Além das recomendações citadas, é necessário garantir a limpeza e a desinfecção do ambiente em sua forma correta e consistente, com o uso de água, detergentes e desinfetantes de nível hospitalar, ventilação adequada em todas as áreas do estabelecimento, lavanderia e resíduos hospitalares descartados de forma segura (World Health Organization, 2020).

As Figuras de 1 a 4 apresentam os indicadores a serem seguidos pelas Organizações de saúde, de acordo com a Organização Pan Americana de Saúde.

INDICADOR	PERÍODO	DOCUMENTOS	OBJETIVO	FÓRMULA DE CÁLCULO
Número de profissionais de saúde com infecção por COVID-19 adquiridos na unidade de saúde	Semanal	Pesquisa epidemiológica, relatórios epidemiológicos	100% de casos identificados e investigados	Numerador: Número de profissionais de saúde com infecção por COVID-19 adquiridos no estabelecimento de saúde X no dia Y; Denominador: número de profissionais de saúde no estabelecimento de saúde X no dia Y Unidade: profissionais / dia
Número de casos de pacientes infectados com COVID-19 durante a permanência no serviço de saúde	Semanal	Pesquisa epidemiológica, relatórios epidemiológicos	100% de casos identificados e investigados	Numerador: Número de casos de COVID-19 em pacientes adquiridos durante a estadia no estabelecimento de saúde; Denominador: número de pacientes internados no estabelecimento de saúde no dia E por qualquer motivo que não seja a Unidade COVID-19: pacientes / dia

Figura 1 - Indicadores de Resultado Recomendados pela OMS.

Fonte: Organização Pan-americana de Saúde.

INDICADOR	PERÍODO	DOCUMENTO	OBJETIVO	FÓRMULA DE CÁLCULO
Plano Operacional dos processos para a resposta ao COVID-19, com objetivos e metas definidos e mensuráveis	Anual	Plano operacional dos processos com foco no COVID19	Presente	Não se aplica. O plano deve ser anual; revisão e metas semestrais
% de procedimentos de isolamento de acordo com a recomendação nacional ou local para COVID-19	Diário	Verificação e monitoramento da aplicação de medidas de isolamento	100% de Conformidade	Numerador: número de pacientes isolados para COVID-19 nos quais são cumpridas as medidas de precaução para contato e gotículas no dia X. Denominador: número de pacientes isolados para COVID-19 no dia
% de adesão à recomendação de admissão e alta na coorte de pacientes com COVID-19	Diário	Monitoramento das indicações de admissão e alta na coorte COVID-19	100% de Conformidade	Numerador: número de casos suspeitos de COVID-19 que requerem admissão hospitalar e isolados de acordo com a recomendação nacional ou local para COVID-19 Denominador: número de casos suspeitos de COVID-19 que requerem admissão hospitalar

Figura 2 - Indicadores de Processo Recomendados pela OMS.

Fonte: Organização Pan-americana de Saúde

INDICADOR	PERÍODO	DOCUMENTO	OBJETIVO	FÓRMULA DE CÁLCULO
Existência da equipe de prevenção e controle de infecções ou ponto focal do tópic	Anual	Documento oficial que regula a equipe de processos administrativos ou ponto focal para processos administrativos.	Presente	Não se aplica
Existência de áreas de isolamento para pacientes com COVID-19 que atendem às recomendações locais / nacionais ou internacionais	Semanal	Visual; inspeção de unidades de saúde; visita de monitoramento e avaliação	Presente	Não se aplica
Existência de área de triagem para pacientes com sintomas respiratórios	Semanal	Visual; inspeção de unidades de saúde; visita de monitoramento e avaliação	Presente	Não se aplica

Figura 3 - Indicadores para as Organizações recomendados pela OMS.

Fonte: Organização Pan-americana de Saúde

INDICADOR	PERÍODO	DOCUMENTO	OBJETIVO	FÓRMULA DE CÁLCULO
Controle de ventilação ambiental na área de isolamento	Diário	Ventilação natural ou sistema de ar condicionado com filtro e filtro de ar com o meio ambiente	ventilação natural - existência de uma janela que pode ser aberta ou de um sistema de ar condicionado com um filtro que permita a troca de ar com o exterior.	Não se aplica
Separação de 1 (um) metro entre os leitos dos pacientes admitidos pelo COVID-19	Diário	Medição da distância entre camas	Cama 100% de distância de 1 metro de separação entre camas	Numerador: número de áreas da unidade de saúde em que os leitos possuem uma separação de 1 metro entre si. Denominador: número de áreas da unidade de saúde observadas no dia X

Figura 4 - Indicadores para Estrutura recomendados pela OMS.

Fonte: Organização Pan-americana de Saúde.

3 MÉTODO E TÉCNICAS DE PESQUISA

Neste capítulo, são apresentados os procedimentos metodológicos e as técnicas adotadas para atingir os objetivos propostos para o presente estudo.

3.1 CLASSIFICAÇÃO DA PESQUISA

A fim de compreender a rotina do pronto atendimento durante o período da pandemia de SARS-CoV-2, o método empregado foi o de estudo de caso único, descritivo, com abordagem qualitativa.

O estudo de caso é um esboço mais adequado para investigação de um fenômeno contemporâneo, dentro de seu contexto real, pois o pesquisador tem pouco controle sobre os acontecimentos, ou tem interesse na compreensão dos processos sociais ocorridos em determinado contexto, especificamente para entendimento profundo de determinada circunstância, enfatizando o significado desta situação, para os indivíduos envolvidos (Meirinhos & Osório, 2010).

O estudo de caso é utilizado em pesquisas na área de ciências sociais, e neste método devem ser considerados alguns dados como ações, percepções, comportamentos e interações pessoais (Sasseron et al., 2011).

A pesquisa realizada é caracterizada como um estudo de caso instrumental único, e analisado em um aspecto particular profundo, sobre uma unidade, como forma de promover o entendimento de algo que interesse ao pesquisador, bem como em compreender os processos da reestruturação do pronto atendimento (G. A. Martins, 2008).

A abordagem da pesquisa é qualitativa, por se caracterizar como um conjunto de práticas interpretativas com utilização de materiais que tornam visível o mundo. Existe uma possível compreensão detalhada dos significados e características situacionais, apresentadas por meio de entrevistas, conversação, fotografias, gravações e anotações pessoais, estudo do contexto natural, interpretação dos fenômenos em termos de significados em que as pessoas atribuem a eles (André, 2013).

Martins (2008), ressalta um aspecto considerado central na pesquisa qualitativa, a busca do pesquisador em captar e envolver as interpretações e compreensão, por meio de entrevistas, com interações de colaboradores das organizações, coletando artefatos do processo de fazer estratégias.

Este estudo também é considerado descritivo, pois tem a finalidade de proporcionar características com exatidão de determinada população, fenômeno, ou estabelecimento de relações entre variáveis.

3.2 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Nesta pesquisa, a coleta de dados foi realizada com a utilização de documentos internos, um vídeo institucional e entrevistas semiestruturadas. A análise de dados foi norteada pela base de conteúdo temática de Bardin (2011), associado a recursos de um *software* para a análise de dados qualitativos.

O software Atlas Ti é uma ferramenta utilizada na organização da análise de dados e otimização do processo analítico. O *software* não analisa os dados sozinho, mas auxilia o pesquisador na técnica de análise de conteúdo de Bardin (2011), conforme citado por (Silva Junior et al. (2018).

O Atlas Ti suporta um número elevado de documentos, em sua área de trabalho, além de manter o controle sobre todas as anotações, citações, códigos e redes realizadas durante a análise dos dados (Walter & Bach, 2015).

No presente trabalho, após a transcrição das entrevistas, o teor das mesmas foi analisado com o referido software, disponível em sua versão 9, visando a análise qualitativa dos dados de áudio, sendo utilizado como uma ferramenta para gerir o material de forma sistemática.

3.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS

O hospital, fonte desta pesquisa, é da rede privada, atende usuários de convênio e particulares, compõe um corpo clínico especializado em olhos, ouvidos, nariz e garganta, possui 12 unidades externas para atendimento ambulatorial e de pronto atendimento, que funcionam de segunda a sábado em horário comercial.

Na unidade matriz existem 100 leitos clínicos/cirúrgico, (após o anúncio da pandemia foram adaptados 2 leitos para receber pacientes com necessidades de cuidados intensivos), salas de atendimento ambulatorial e Pronto Socorro 24 horas, com atendimento nas especialidades citadas.

O centro cirúrgico possui 14 salas operatórias, e realiza cirurgias de pequeno, médio e grande porte nas especialidades de otorrinolaringologia e oftalmologia. O hospital possui certificação de acreditação pela ONA.

No pronto atendimento, a Instituição conta com 10 consultórios para atendimento na especialidade de otorrinolaringologia, 10 consultórios para a especialidade de oftalmologia, 2 consultórios híbridos, e 3 consultórios em uma área segregada para atendimento de pacientes suspeitos e confirmados de COVID-19, para as duas especialidades.

Em abril de 2020, o hospital se deparou com o desafio de se adequar na presença da pandemia, exigindo dos profissionais, principalmente os que estavam ocupando cargos formais de gestão, ações rápidas e eficazes para o organizar o Serviço.

Na realização de um estudo de caso, as fontes de evidências mais comuns são as entrevistas, observações, registros de arquivos e artefatos físicos, que são fundamentais na utilização de múltiplas evidências, no intuito de se realizar uma triangulação de dados (Freitas & Jabbour, 2011).

Entende-se que entrevistas semiestruturadas são questionamentos das experiências no foco principal do estudo, apoiados em teorias na elaboração do conteúdo da pesquisa. No roteiro, o entrevistador pode realizar outros questionamentos complementares ao entrevistado, para melhor compreensão dos fatos (Belei et al., 2008).

As entrevistas são fontes efetivas de informações, em um estudo de caso, e a forma semiestruturada tem como objetivo principal compreender os significados que os entrevistados atribuem as situações do tema de interesse e para compreensão do pesquisador sobre aspectos de como o indivíduo interpreta as situações e fenômenos pesquisados (Freitas & Jabbour, 2011).

A entrevista realizada no presente estudo foi baseada, no máximo possível, nas visões que os colaboradores e gestores tinham da situação estudada. As escolhas metodológicas visaram a compreensão das percepções, interpretações e definições atribuídas pelos participantes, e as experiências vividas no Hospital Especializado, durante a pandemia de SARS-CoV-2.

A elaboração das entrevistas foi baseada na literatura revisada, com foco nas considerações do tema de estudo sobre a pandemia de SARS-CoV-2, apresentada como forma de construtos disponíveis no Polo Teórico deste documento.

O estudo documental serve como estratégia para subsidiar a entrevista, e estes documentos são constituídos por reportagens, cartas e contratos.

A análise documental das informações obtidas foi realizada em um módulo de *software*, que considerou os títulos dos protocolos, emitidos após o anúncio da pandemia. Ainda, um vídeo institucional dos protocolos de segurança e cuidado com pacientes do hospital foi considerado.

Na análise documental foram demonstrados dados gerenciais do nosocômio por meio do DOC Nix, um módulo de *software*, de sistema de gestão da qualidade, composto por um conjunto de documentos, que estabelece padrões a serem adotados na instituição. Dentre estes documentos, destacam-se as instruções de trabalho, que descrevem de maneira detalhada a execução de cada tarefa, fornecendo diretrizes operacionais para execução.

Esse programa atende as necessidades do controle de documentos aderentes de um sistema de gestão, tais como a padronização dos documentos, segurança das informações contidas, dinâmica na distribuição e localização da pesquisa, e rapidez na divulgação de novas versões de documentos. Todos os computadores da instituição têm acesso ao programa, com um ícone na área de trabalho, e todos os colaboradores podem utilizá-lo, bastando para isso possuir uma conta com uma senha eletrônica, digitando o seu *login* e senha.

No hospital fonte de estudo são comumente realizadas reuniões entre os gestores e CEO, onde são abordados assuntos de cada área, assim como são discutidas as sugestões e *insights* durante as conversas. Além disso, sempre são realizados estudos sobre as concorrências e o mercado, acompanhando as pesquisas sobre os novos hábitos de consumo devido a pandemia.

Com a retomada das atividades, foi percebida uma certa resistência dos clientes em saírem de suas casas, motivados pelo medo de serem infectados pela COVID-19.

Sendo assim, constatou-se a necessidade de informar que tanto o hospital quanto as unidades estavam seguindo rígidos protocolos de segurança, para que os pacientes se sentissem mais confortáveis em comparecer às consultas com mais tranquilidade, principalmente aqueles sob tratamento contínuo.

A campanha se iniciou com *posts* nas redes sociais e envio de *e-mails marketing*, mas mesmo assim o retorno não estava sendo satisfatório. Estabeleceu-se então a ideia do vídeo institucional, que versava sobre os protocolos de segurança e cuidados com os pacientes do hospital, que buscou-se divulgar amplamente entre os usuários da Instituição.

Uma agencia de *marketing* prestou o serviço de desenvolvimento do material, com base nas seguintes etapas: 1 - planejamento das ideias e de como seria realizada a mensagem; 2 – roteirização, com a criação do roteiro para transmitir a mensagem certa e de maneira certa; 3 - narração, com a escolha de um narrador que possuísse *FIT (*Market Fit* consiste em identificar até que ponto determinado produto ou serviço oferecido por uma empresa é capaz de satisfazer

a demanda de mercado), com a marca e posicionamento da Instituição; 4 - *Storyboard (desenhos em sequência cronológica, demonstrando cenas importante em anúncios, filmes ou programas), para que se pudesse ter uma visão de como deveria ser feita a animação; 4 - design e animação, com a criação do design e identificação da Instituição, animação e inserção da narração. Devido à pandemia, optou-se por um vídeo animado, sem pessoas reais, principalmente pelo risco de contágio.

O vídeo, com duração de dois minutos e trinta e seis segundos, foi divulgado aos pacientes via *e-mail*, *SMS* e *Whatsapp*, alcançando todos os usuários cadastrados no sistema da instituição em estudo. Ainda, foi postado no *Instagram* e *Facebook* oficiais, TVs de senhas, além das unidades de trabalho do hospital localizadas em *Shopping Centers*.

3.3.1 Seleção da Amostra

Um dos critérios utilizados em pesquisas qualitativas é a seleção de participantes, que neste caso foi intencional, ou seja, os respondentes foram escolhidos de forma a contribuir diretamente com a proposta do estudo.

Para garantia da credibilidade das amostras, pesquisadores qualitativos defendem que é necessário um rigoroso cuidado na escolha de critérios para sustentação e garantia do cumprimento dos objetivos da pesquisa.

Diante do exposto, a coleta de dados foi realizada junto a 21 profissionais de saúde, com cargos de liderança e atuação no pronto atendimento do hospital, que foram escolhidos pela complexidade dos novos processos durante a pandemia.

A amostra foi definida por especialidades multiprofissionais, compreendendo enfermeiros, médicos, diretores, gestores e supervisores de atendimento. Para inclusão, os funcionários deveriam trabalhar no mínimo há um ano na Organização, e não foram estabelecidos critérios com relação a sexo ou faixa etária.

Os indivíduos foram convidados para participar voluntariamente da pesquisa. As entrevistas individuais foram realizadas com base no roteiro disponível no apêndice A, no período de novembro de 2020, com uma duração máxima 30 minutos. O convite foi realizado por contato telefônico diretamente com os profissionais, realizado do próprio Serviço, de acordo com a disponibilidade e data oportuna do participante.

Os entrevistados foram os seguintes: (1) Enfermeiro da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), (1) enfermeiro da Educação Continuada, (1) Diretor Técnico, (1)

Diretor Clínico, (1) Coordenador de enfermagem do Pronto Atendimento, (1) Gerente administrativo, (3) Supervisor de Atendimento do Pronto Atendimento, (1) Supervisor da Qualidade, (1) Supervisor da Higienização, (1) Médico responsável pelo pronto atendimento de otorrinolaringologia, (3) Médicos Otorrinolaringologistas com atuação no Pronto Atendimento, (1) Médico responsável pelo pronto atendimento de oftalmologia, (2) Médicos Oftalmologistas atuantes no Pronto Atendimento, (3) Enfermeiros assistenciais do pronto atendimento.

Este trabalho foi submetido à avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Nove de Julho (CAAE 36273720.5.0000.5511), e aprovado segundo parecer consubstanciado número 4.365.053 de 27 de outubro de 2020 (Anexo 1), por atender as diretrizes previstas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde quanto aos aspectos éticos e legais envolvendo as pesquisas com seres humanos. Os participantes assinaram voluntariamente um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE, Apêndice B), autorizando sua participação na pesquisa.

3.3.2 Roteiro da entrevista

Um planejamento é primordial na realização de entrevistas, para que as respostas das perguntas possam ser comparadas entre os participantes. Com o tema de reestruturação do Pronto Atendimento em otorrinolaringologia e oftalmologia, objetivou-se a compreensão das mudanças específicas nas especialidades citadas, assim como em relação aos profissionais de saúde e fluxos de pacientes. A Figura 5, traz os pressupostos utilizados para criação do roteiro de entrevista utilizado nesta Dissertação.

TEMA	ARTIGOS ENCONTRADOS	PERGUNTA	OBJETIVO
<p>Reorganização do Pronto Atendimento (Fluxos Assistencial de pacientes suspeitos de COVID-19)</p> <p>(Estratégias para diminuição do risco da propagação do vírus SARS-CoV-2)</p>	<p>A pandemia de COVID-19 mudou toda rotina da prestação de serviços de saúde global, foi preciso reinventar e recriar o trabalho em saúde (Fraher et al., 2020). A pandemia de COVID-19, fizeram os sistemas de saúde agirem rapidamente, com ações para a prestação de cuidados, com planejamento de ações para colaboradores e pacientes (Herrera Victor et al., 2020). Garantia dos procedimentos de limpeza e desinfecção, ventilação adequada em todas as áreas do estabelecimento, lavanderia e resíduos hospitalares devem ser gerenciados com estratégias seguras (WHO, 2020). Priorizar o atendimento de pacientes suspeitos, em sala privada, ter uma área de espera separada, garantindo pelo menos um metro de distância entre um paciente e outro (Secretaria da Saúde, 2020).</p>	<p>Como é realizado a organização e acolhimento de pacientes suspeitos?</p> <p>Quais possíveis direcionamentos do paciente pós atendimento?</p> <p>Como é a organização e limpeza do pronto atendimento?</p> <p>Qual tipo de ventilação do pronto atendimento?</p> <p>Quantos consultórios são destinados nas especialidades de ORL e OFT?</p> <p>Quais equipamentos e materiais tiveram incremento ou mudança, no pronto atendimento?</p> <p>Houve alguma melhoria além das exigidas pelos órgãos competentes?</p>	<p>Identificar medidas administrativas de prevenção e controle de infecção do vírus SARS-CoV-2 nos profissionais de saúde, paciente e acompanhante.</p> <p>Identificar novas padronizações, relacionadas a prestação de serviços.</p> <p>Identificar processos administrativos ligados à infraestrutura.</p>
<p>Profissionais de Saúde</p>	<p>Otorrino e oftalmo, que durante a Pandemia de SARS-CoV-2 estão juntamente com médicos anestesistas, tem maior probabilidade de serem infectados, devido à proximidade dos examinadores às superfícies mucosas (Hu et al., 2020). Uma força de trabalho engajada e treinada, pode estar preparada para derrotar a pandemia, com ações de curto e longo prazo devem ser avaliadas, seus resultados podem ser melhores respostas às futuras pandemias (Fraher et al., 2020). As equipes exposta ao vírus, devem estabelecer diretrizes de vigilância desses profissionais, gerenciando a exposição ocupacional ao vírus (WHO, 2020).</p>	<p>Houve necessidade de dimensionamento dos profissionais de saúde do setor do pronto atendimento?</p> <p>Se sim quais foram os motivos?</p> <p>Quais EPIs utilizam no pronto atendimento?</p> <p>As equipes receberam treinamento específicos para atendimento de pacientes suspeitos e confirmados?</p>	<p>Identificar medidas administrativas de prevenção e controle de infecção nos profissionais de saúde.</p> <p>Identificar treinamentos realizados nos colaboradores, para enfrentamento da pandemia.</p>

<p>Específicos da Otorrinolaringologia</p>	<p>A pratica da especialidade médica de otorrinolaringologia mudou diante da Pandemia da SARS-CoV-2, pois o atendimento, envolve o sistema trato respiratório superior (Anagiotos & Petrikkos, 2020). Pacientes com suspeita podem procurar a especialidade, devido sintomas como: obstrução nasal, dor de ouvido, perda de paladar, perda de olfato, dor de garganta (Sakalli et al., 2020)</p>	<p>Quais ações realizadas no pronto atendimento específicos a especialidade otorrinolaringologia?</p>	<p>Identificar medidas associada a especialidade de otorrinolaringologia.</p>
<p>Específicos da Oftalmologia</p>	<p>Paciente confirmados com COVID-19 podem apresentar alterações oculares (Hu et al., 2020). Os médicos especialistas em oftalmologia podem ser os primeiros profissionais, a prestar o serviço em pacientes com COVID-19, mas até o momento a presença do vírus SARS-CoV-2 na secreção ocular não está claro (Hu et al., 2020)</p>	<p>Quais ações realizadas no pronto atendimento específicos a especialidade da oftalmologia?</p>	<p>Identificar medidas relacionadas a especialidade de oftalmologia.</p>

Figura 5 - Pressupostos para criação da entrevista.

Fonte: Elaborado pela autora.

3.4 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS

As entrevistas foram gravadas em áudio, transcritas na íntegra pelo pesquisador, e após essa etapa, os áudios foram descartados e as transcrições arquivadas em local seguro, garantindo o anonimato do participante.

Após as transcrições das entrevistas e *download* do vídeo institucional, os dados foram inseridos no *software* Atlas Ti para análise dos dados qualitativos.

Os dados documentais internos dos protocolos emitidos, após o anúncio da pandemia, foram demonstrados em uma tabela inserida no *software* Excel 2016, incluindo os títulos dos documentos de instruções de trabalho, que descreve de maneira detalhada a execução da tarefa e mês da criação do documento, objetivando a triangulação de dados, buscando assim fortalecer a análise e a discussão das informações.

A triangulação de dados inclui a utilização de múltiplas fontes de evidências, como entrevistas, documentos e vídeos, obtendo uma descrição rica e detalhada dos fenômenos.

Neste estudo, o processo de organização das informações coletadas, das entrevistas e vídeo institucional, foi realizado com o Atlas Ti versão 9.

A análise de conteúdo de Bardin (2011), ocorreu em três fases, sendo elas a pré-análise, exploração do material e interpretação.

Na pré-análise ocorreu a escolha dos documentos para realização da análise, que fundamentavam os objetivos propostos.

A exploração do material se deu com a compreensão do texto, que consiste em operações de codificações e criação de códigos, além de seleção das citações e agrupamento de códigos.

Por fim, foi realizada a interpretação dos resultados, tratados de maneira a serem significativos e válidos, permitindo detalhá-los em quadros, diagramas e figuras, criando articulação entre códigos, citações e grupos (Walter & Bach, 2015).

A utilização do *software* Atlas Ti compreende diversas etapas, citadas a seguir: Unidade Hermenêutica: agrupa todos os dados e elementos do programa; Documentos: fornece uma visão geral de todos os documentos, transcrições das entrevistas e vídeos; Citações: trechos das entrevistas e do vídeo, que indicam a ocorrência do código; Códigos: representam os conceitos determinados pelas interpretações do pesquisador; Esquema Gráficos: auxiliam no desenvolvimento da teoria, representações de associações de códigos; Comentários: registros das informações dos códigos e citações (Walter & Bach, 2015).

Buscou-se interpretar os dados obtidos no estudo de maneira qualitativa, aproximando os resultados dos objetivos. Os documentos das 21 transcrições das entrevistas, assim como o vídeo institucional, foram inseridos na unidade Hermenêutica do *software*, sendo nomeadas de “Entrevistas” e numeradas de 1 a 21. Para o processo de organização no *software*, os trechos dos conteúdos foram selecionados, e códigos foram atribuídos às citações. Com a criação de vários códigos, foram formados agrupamentos por ordem temática, e os resultados foram expressos na rede de visualização.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra deste estudo foi constituída por 21 participantes. Com relação ao sexo, foram 57% homens e 43% eram mulheres. Os médicos constituíram 43% dos entrevistados, seguidos pelos funcionários do setor administrativo com 29%, e pelos enfermeiros 28%. A média de idade dos participantes foi de 37 ± 8 anos. Todos os participantes possuíam nível superior, o tempo médio na Instituição foi de 9 ± 7 anos, e a média de tempo no cargo de liderança foi de 7 ± 4 anos.

Os participantes que não exerciam cargos de liderança foram cinco médicos, sendo três otorrinolaringologistas e dois oftalmologistas, ambos atuando na linha de frente, especificamente no atendimento de casos suspeitos de COVID-19 na Instituição analisada.

Vale ressaltar que, o anonimato dos participantes foi garantido, sendo utilizado um código alfanumérico para representar cada um dos participantes, utilizando as iniciais “E” para enfermeiros, “M” para médicos e “A” para supervisores.

O estudo documental e o vídeo institucional, foram utilizados para extração de dados complementares porém, não menos importantes, colaborando para uma maior compreensão do fenômeno e possibilitando identificar as mudanças realizadas no pronto atendimento.

Na análise do vídeo realizada por meio do *software* Atlas Ti, foi possível selecionar determinadas partes do conteúdo audiovisual (Figura 6), e realizar a codificação dos trechos das imagens em movimento (Gondim et al., 2018).

As citações dos vídeos são demonstradas na análise, em forma de tempo. O *software* indica os segundos do trecho selecionado, sugerindo para o autor adicionar comentários aos segmentos do vídeo (Gondim et al., 2018).



Figura 6. Trechos do vídeo inseridos no software Atlas Ti.

Fonte: Elaborado pela autora.

Dando seguimento às análises, a Tabela 1, apresenta os protocolos emitidos pela Instituição, que serviram de base para a criação do plano de contingência em relação à pandemia de COVID-19.

Tabela 1 - Protocolos emitidos durante o plano de contingência

MÊS	DOCUMENTO
Março	Recebimento e Processamento dos instrumentais utilizado com paciente suspeito/ confirmado de COVID-19
	Orientações para casos de óbitos durante a pandemia de COVID-19; Auxílio na punção de cateterismo venoso central; Assistência de enfermagem na realização do balanço hídrico; Forma adequada para paramentação e desparamentação de EPIs; Cuidados de paciente com ventilação mecânica em isolamento; Manejo clínico, diagnóstico e tratamento de casos de doença respiratória aguda grave;
Abril	Controle e entrega de EPI; Fluxograma para atendimento e detecção de COVID-19; Medidas de Prevenção e controle para assistência aos casos suspeitos e confirmados pelo novo coronavírus; Fluxo de urgência e emergência - Insuficiência respiratória para enfermagem COVID-19; Atendimento de urgência e emergência em cardiologia - COVID-19; Fluxo para intubação orotraqueal - COVID-19; Aspiração Traqueal através do sistema fechado de aspiração.
	Nota técnica - 04/2020 - Medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de coronavírus;
Junho	Laudo técnico de condições de ambientais de trabalho; Identificar colaboradores com suspeita de contaminação por COVID-19; Portaria do MS Nº 1.565, de 18 de junho de 2020; Medidas de desinfecção – higienização.
	Transferência externa de pacientes, para outros serviços; Nota técnica - 07/2020 - orientação para a prevenção da transmissão de COVID-19 dentro dos serviços de saúde;
Agosto	Recomendação de utilização dos EPIs para prevenção e controle da disseminação do novo coronavírus.

Fonte: Elaborado pela autora com base nos protocolos da Instituição.

A análise das 21 entrevistas e do vídeo institucional, ambos relacionados à reorganização do pronto atendimento do hospital, possibilitou a seleção de 255 trechos de narrativas, vinculados a 21 códigos, e agrupados em 7 categorias, conforme representado na Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição da quantidade de citações, de acordo com os grupos de códigos, para analisar a reorganização do pronto atendimento do hospital especializado.

Grupo de Códigos	Códigos	n	%
Fluxo Assistencial	Reconhecer paciente suspeito	29	11%
	Área Segregada	30	12%
	Pós-Atendimento	9	4%
Infraestrutura Física	Incremento de equipamentos / materiais	15	6%
	Higienização	21	8%
	Ventilação	14	5%
Dimensionamento dos Profissionais	Dimensionamento Atendimento	3	1%
	Dimensionamento Enfermagem	9	4%
	Dimensionamento Higienização	4	2%
	Dimensionamento Médicos	7	3%
Utilização dos EPIs	Atendimento EPIs	11	4%
	Enfermagem EPIs	12	5%
	Higienização EPIs	8	3%
	Médicos EPIs	15	6%
Treinamentos dos Profissionais	Treinamento Atendimento	7	3%
	Treinamento Enfermagem	10	4%
	Treinamento Higienização	5	2%
	Treinamento Médicos	9	4%
Especialidades	Oftalmologia	11	4%
	Otorrinolaringologia	11	4%
Percepção do Profissional	Percepção Do Profissional	15	6%
TOTAL		255	100%

Fonte: Dados coletados pela autora.

Os códigos gerados pelo *software* foram agrupados em 7 categorias, representando a reorganização do pronto atendimento, conforme pode ser observado na Figura 7.

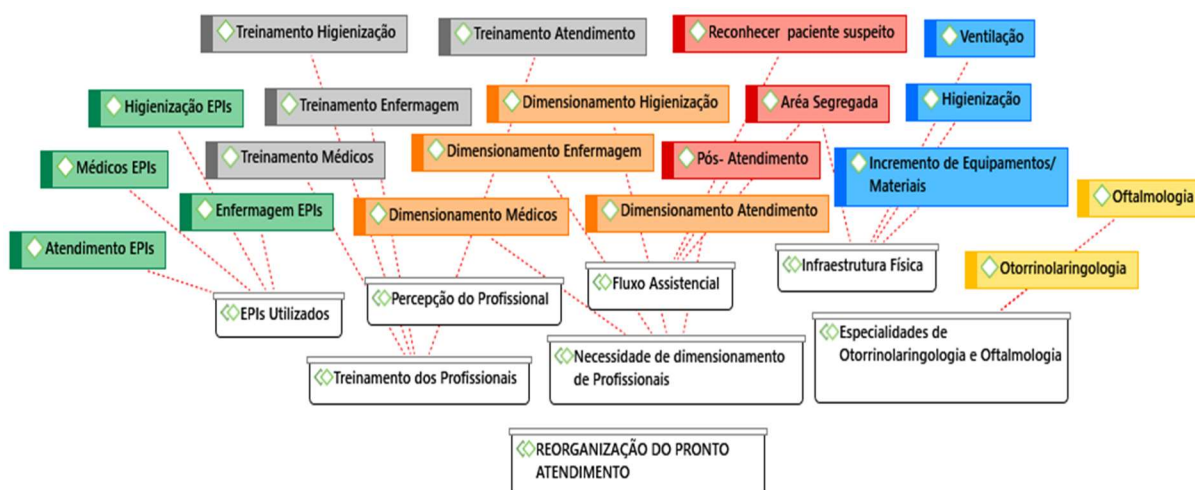


Figura 7. Grupos e códigos que representam a análise da reorganização do pronto atendimento. Fonte: Elaborado pela autora com auxílio do *software* Atlas Ti.

A análise da Figura 7, permite observar alguns pontos importantes no processo de reorganização. Primeiramente, com relação ao fluxo assistencial, podem ser citados: a) reconhecer paciente suspeito; b) área segregada; c) pós-atendimento. Com relação à infraestrutura, foram observados os seguintes pontos: a) área segregada; b) higienização; c) incremento de equipamentos, materiais e d) ventilação. Sobre os pontos relacionados aos profissionais da saúde, foram identificados: a) dimensionamento de profissionais do atendimento; b) da enfermagem; c) da higienização; d) dos médicos. Sobre os EPIs utilizados, foram citados: a) atendimento; b) enfermagem; c) higienização; d) médicos. Sobre o treinamento, foram citados: a) atendimento; b) enfermagem; c) higienização; d) médicos. Na análise das especialidades, foram incluídas: a) otorrinolaringologia; b) oftalmologia. Por fim, foi citada também a percepção dos profissionais.

As informações encontradas trazem um relato da percepção dos profissionais da Instituição, de acordo com as orientações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), por meio da Nota Técnica nº 04 de 2020 (ANVISA, 2020).

4.1 Reorganização do fluxo assistencial de pacientes suspeitos de COVID-19

Nesta seção, são apresentados os grupos de códigos relacionados ao atendimento, considerando aqueles relacionados ao fluxo assistencial, que são: 1 - reconhecimento do paciente suspeito; 2 - área segregada; 3 - possíveis encaminhamentos dos pacientes após o atendimento médico.

Este grupo de códigos representou 27% das citações realizadas. Sobre este tema, sabe-se que as instituições de saúde devem garantir fluxos de atendimento claros, permitindo a detecção precoce de pacientes suspeitos de COVID-19, e separando dos demais usuários aqueles que apresentem sinais e sintomas sugestivos da doença.

Tal atitude, visa garantir a segurança dos usuários e profissionais da saúde, proporcionando adequado dimensionamento de recursos humanos e insumos (Oliveira et al., 2020).

O código “reconhecer paciente suspeitos”, traz pontos importantes sobre os conteúdos investigados nesta dissertação, especialmente em relação à identificação de pacientes suspeitos da doença COVID-19, com base na vivência dos profissionais de saúde. Trechos das entrevistas encontram-se dispostos nos parágrafos a seguir.

As falas não foram alteradas, sendo transcritas exatamente como proferidas pelos entrevistados:

“Como é um hospital especializado o paciente, está procurando o serviço, por uma outra necessidade, não exclusivamente para ser atendido por suspeitar que está com COVID-19, até porque tem uma divulgação, pacientes com suspeitas de COVID-19, procurar um hospital geral, que tenha suporte de UTI, o paciente que procura o hospital, as vezes desconhece que ele está assintomático ou que está com a doença COVID-19, chegou aqui, se tiver algum sintoma relacionado ao COVID-19, ele já é direcionado para a área específica.”

“Um exemplo alguns pacientes chegam e não sabem que estão com sintomas da COVID-19, vêm para passar com o oftalmologista em consulta eletiva, mas de acordo com o protocolo a enfermagem realiza uma mini anamnese, pergunta os sinais e afere a temperatura na entrada do hospital, se a profissional suspeita, ela encaminha primeiro para o atendimento de protocolo de COVID-19.”

“Na nossa instituição temos uma triagem, que é realizada pelo profissional de enfermagem, com algumas perguntas básica sobre sinais e sintomas relacionados ao COVID-19, se apresenta estado gripal, tosse febre, contato com alguém próximo positivo, verifica a temperatura, se o colaborador suspeitar, realiza a troca da máscara caseira pela cirúrgica, em pacientes idosos realizamos a troca da máscara mesmo se ela não apresenta algum sinal ou sintoma, alcooliza as mãos, coloca uma etiqueta de triagem.”

“Na criação deste processo, em conseguir captar os pacientes que não vão passar no pronto atendimento, mas vão realizar exames, cirurgias, como chega pacientes com descolamentos da retina, ou outros procedimentos, com algum sintoma de COVID-19, são direcionados primeiro para o atendimento de COVID-19. O médico atende dá as orientações se precisar realiza o teste.”

“Com a identificação do paciente com etiqueta escrito triagem, se algum colaborador vê este paciente circulando pelo hospital, em local que não é adequado para ele estar, avisa seu superior imediatamente, ou dependendo do profissional pode abordar o próprio paciente, para ajuda-lo e direcionar ao local correto.”

Em algumas citações descritas percebemos que, por se tratar de um hospital especializado em oftalmologia e otorrinolaringologia, na chegada dos pacientes, é realizada uma triagem na entrada do hospital. Esta triagem, conduzida pela equipe de enfermagem, é realizada para detectar pacientes sugestivos de COVID-19 que procuram a instituição para atendimento, não necessariamente suspeitando que estão com a doença.

Na ação do processo, com a identificação de pacientes suspeitos, é fixada uma etiqueta com a inscrição “Triagem”, de fácil visualização. Essa atitude foi considerada essencial, permitindo que todos os colaboradores da Instituição consigam reconhecer que se trata de um possível caso de COVID-19, proporcionando maior segurança a todos, e prevenindo que o mesmo não esteja em ambiente correto para seu atendimento. Além disso, o hospital fornece máscaras cirúrgicas para pacientes idosos, considerados como um grupo de indivíduos que apresentam maior risco de desenvolver a forma grave da doença COVID-19.

O código “área segregada” trata do processo de fluxo de atendimento do hospital, exclusivamente para acolhimento de pacientes que apresentam sinais e sintomas da COVID-19. Trechos da entrevista relacionados ao tema são apresentados a seguir, exatamente como foram ditos pelos entrevistados.

“Os guichês 1 e 2 da recepção são específicos para pacientes suspeitos, elas dão prioridade e encaminham para os consultórios que atendem exclusivamente casos suspeitos e confirmados de COVID-19.”

“...no primeiro momento o paciente rodiziava, passava na sala de enfermagem, depois saia para o atendimento médico, nós conseguimos, que esse paciente permanece sempre na mesma sala, entra a equipe de enfermagem para a triagem, e depois o médico.”

“Dentro da triagem esse paciente é acolhido em um consultório específico para COVID-19, pela enfermagem, não necessita ser pelo enfermeiro, pode ser pelo técnico de enfermagem, onde realizamos a identificação deste paciente, verificamos todos os sinais vitais, pressão arterial, pulso, saturação de O2 se for um paciente diabético, verificamos a glicemia dele, no próprio sistema do hospital já sinaliza para o médico, quando é paciente da triagem, a recepção já direciona para o médico que está em atendimento específico somente para COVID-19 do plantão, mas as vezes a enfermagem tem que chamar, pois ele não está atento no sistema, ele fica em uma outra sala.”

“Esse paciente só vai poder ir para o atendimento ambulatorial, se o médico responsável pelo atendimento da suspeita de COVID-19 liberá-lo, esse primeiro atendimento sempre é realizado pelo Otorrinolaringologista, ou se ela suspeita, e necessita da presença de oftalmologista, solicita a presença do oftalmologista de acordo com a necessidade.”

“...se o paciente necessita realizar o exame, a enfermagem acompanha ele, para não ficar transitando pelo hospital.”

“...em casos que o paciente chega instável, não aconteceu comigo, mas chamamos a equipe de anestesista, essa equipe desce, avalia junto esse paciente, para ver qual o melhor manejo dele, e ele é encaminhado para o 7º andar, é o andar isolado para pacientes graves de COVID-19, pacientes que chegaram instáveis, vão para este andar, isso acho importante, porque o hospital teve essa preocupação.”

É possível identificar, nas citações pertencentes ao código “área segregada”, que pacientes suspeitos são encaminhados para um fluxo único interno. Esta estratégia garante que casos suspeitos sejam isolados, diminuindo o risco de contaminação no ambiente hospitalar, o que confere proteção tanto para outros pacientes quanto para profissionais de saúde.

Após o reconhecimento dos usuários suspeitos, o hospital desenvolve um fluxo distinto. Para isso, foi necessário reinventar o processo de atendimento, manejando estes casos para um setor de atendimento específico, localizado na recepção (guichês 1 e 2).

A equipe de enfermagem e o médico se deslocam para o atendimento no consultório, e se o paciente necessitar de algum procedimento fora do ambiente segregado, o mesmo é acompanhado pela equipe de enfermagem durante todo o percurso, buscando assim reduzir o índice de transmissibilidade da doença.

Na Instituição, o paciente que procura o atendimento ambulatorial, ou mesmo qualquer outro setor, e que por sua vez foi considerado suspeito na avaliação da triagem, é encaminhado diretamente para atendimento médico como um possível caso de COVID-19.

Depois disso, o paciente só poderá prosseguir com o atendimento que o levou ao hospital após a liberação do médico responsável pelos casos suspeitos.

Com base em algumas narrativas, o hospital preocupou-se sobremaneira com pacientes que necessitavam de tratamento intensivo, que não é a realidade da Instituição, visto ser um hospital especializado em otorrinolaringologia e oftalmologia.

Nestes casos, foi proposta uma avaliação conjunta feita pelo médico responsável pelo atendimento, em parceria com o médico anestesista, visando melhorar o manejo clínico deste paciente até a realização de sua transferência.

O código “pós-atendimento”, referiu-se a possíveis encaminhamentos que porventura fossem gerados após o atendimento médico (Figura 8).

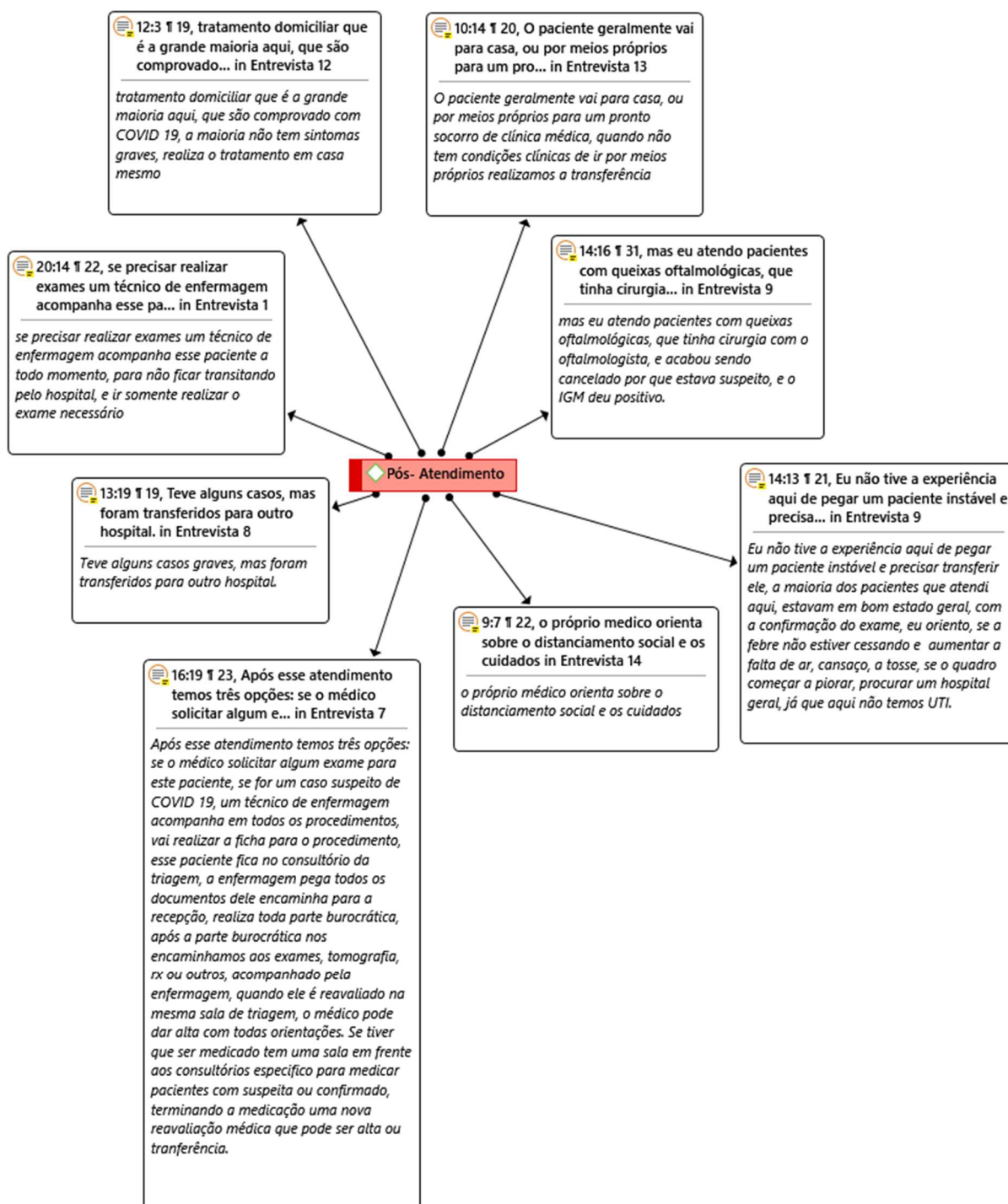


Figura 8. Possíveis encaminhamentos após o atendimento médico.

Fonte: Construído pela Autora com auxílio do software Atlas Ti.

Nas narrativas apresentadas na Figura 8, foi possível identificar os possíveis direcionamentos de pacientes com suspeita e confirmação da COVID-19. Tratou-se de um modelo de assistência associado à gravidade do paciente, seja ela relacionada à orientação e cuidados domiciliares, à assistência necessária de casos instáveis, até a realização da transferência para outras instituições.

4.2 Infraestrutura Física

Este grupo de códigos representam informações relacionadas às mudanças na estrutura física, perfazendo 19% das citações. O grupo foi composto pelos seguintes códigos: a) área segregada estrutural; b) higienização e ventilação do ambiente; c) aumento do quantitativo de materiais e equipamentos do pronto atendimento. Os trechos das citações a seguir (Figura 9) sustentam os aspectos relacionados à estrutura.

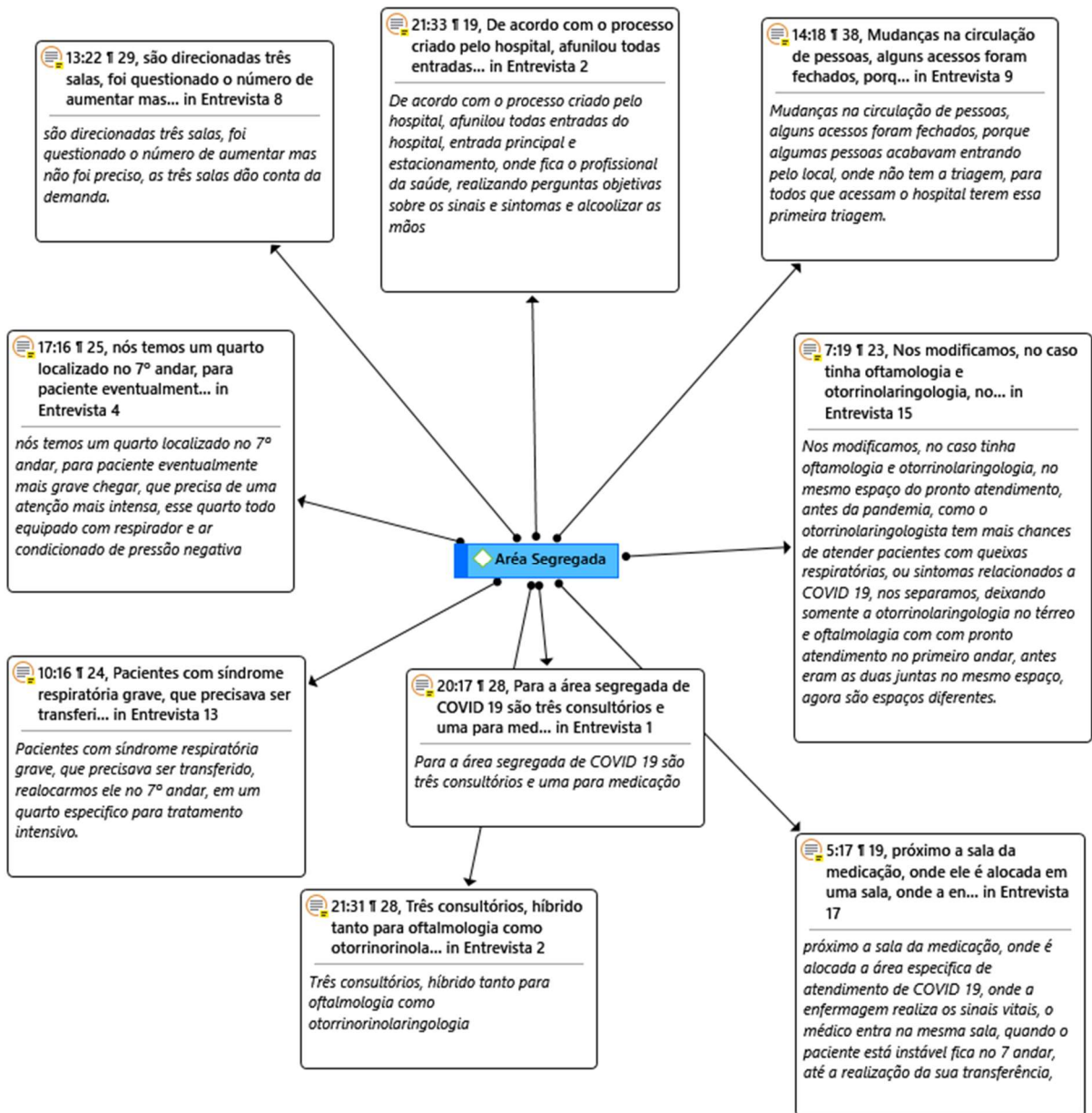


Figura 9. Alguns trechos das entrevistas, que expressam as mudanças e adaptações estruturais. Fonte: Construído pela Autora com auxílio do software Atlas Ti.

Os relatos demonstram as mudanças realizadas na circulação de pessoas, considerando que alguns acessos de entrada do hospital foram fechados, buscando facilitar a triagem de todos os usuários da Instituição.

Ocorreu a separação do pronto atendimento das especialidades de otorrinolaringologia e oftalmologia em andares distintos. Para tal, três consultórios e uma sala para medicação, específicos para acolhimento dos pacientes suspeitos e localizados no andar térreo, foram disponibilizados.

Merece destaque, um quarto localizado no sétimo andar, disponibilizado para receber pacientes instáveis, dispondo de todos os equipamentos necessários para instalação de terapia intensiva, oferecendo suporte ao paciente até que o mesmo pudesse ser transferido para um hospital geral.

Notou-se aumento no número de consultórios da área segregada, onde o indicador do número de atendimentos de casos suspeitos foi estudado, e demonstrou que os três consultórios se mostravam capazes de atender a demanda.

O código “incremento de equipamento e materiais” (Figura 10), demonstra o aumento no quantitativo e mudanças em equipamentos.

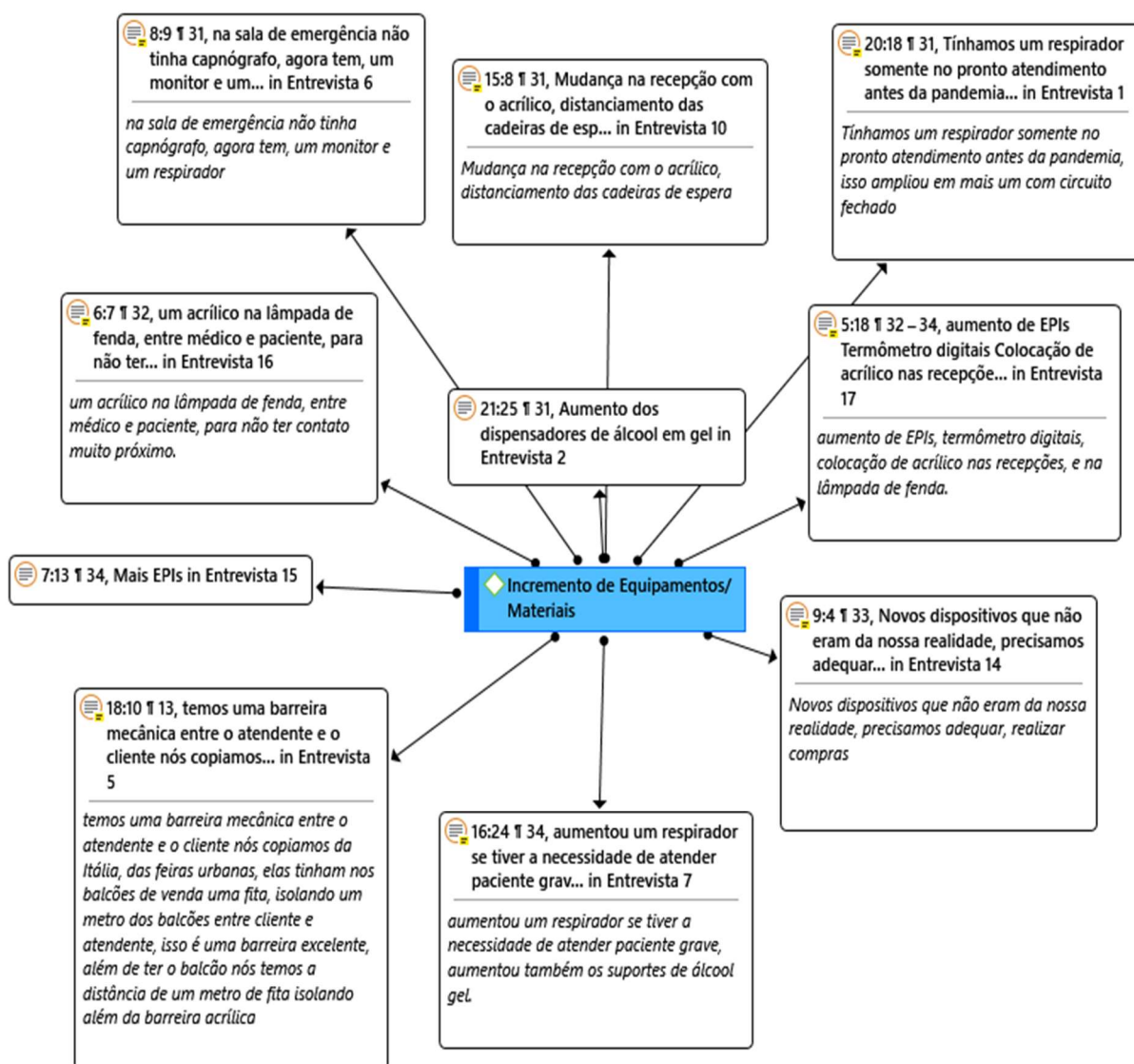


Figura 10. Trechos de algumas citações sobre Incremento de Equipamentos e materiais.
Fonte: Construído pela Autora com auxílio do *software* Atlas Ti.

Os relatos demonstraram aumento na disponibilização de materiais e equipamentos, destacando os EPIs e dispensadores de álcool em gel, imprescindíveis no momento de pandemia. A higienização das mãos é um dos pilares da prevenção da infecção pelo coronavírus, pois, as mãos são a principal fonte de transmissão da infecção, devendo ser frequentemente higienizadas por meio da lavagem de maneira correta com água e sabão, assim como pela utilização antissépticos à base de álcool (Sequinel et al., 2020).

O hospital desempenhou um papel fundamental para atender as necessidades dos pacientes graves, com equipamentos e materiais adequados, duplicando o número de respiradores e monitores multiparâmetro com capnógrafo. Destaca-se que, não era uma realidade da Instituição o atendimento a pacientes graves, e mesmo sendo um hospital especializado, conseguiu atender a demanda emergencial em momento de pandemia.

Uma barreira de acrílico foi adaptada nos balcões das recepções, e uma fita para manter o espaço de isolamento de um metro entre pacientes e recepcionistas foi instalada, minimizando o contato direto entre ambos. Além do uso de máscaras de proteção, foram adaptadas pela engenharia clínica da Instituição lâmpadas de fendas com uma barreira de proteção em acrílico, dada a proximidade do paciente com o médico oftalmologista, durante a realização do exame.

O código “higienização” (Figura 11), demonstra como foi realizada a higienização no hospital estudado.

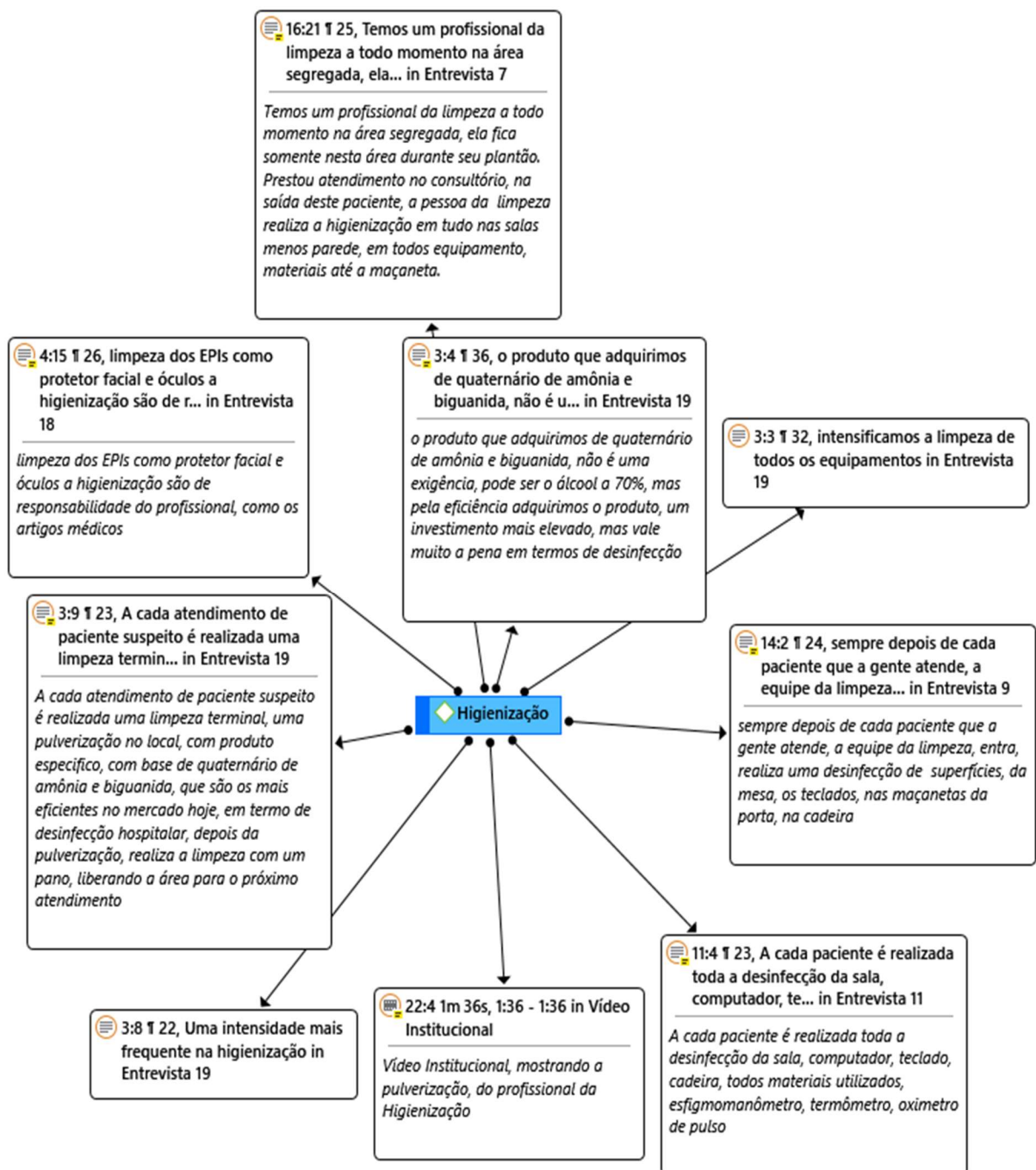


Figura 11. Trechos de algumas citações sobre a Higienização.

Fonte: Construído pela Autora com auxílio do software Atlas Ti.

As narrativas acima demonstram que a prática da limpeza foi fortalecida, notando-se um incremento na disponibilização de desinfetantes e pulverizadores.

Algumas recomendações citadas no referencial teórico discorrem sobre a desinfecção de lentes, utilizadas na oftalmologia para realização de exames, e que entram em contato direto com a mucosa ocular de pacientes.

Todavia, estas não foram citadas, visto que esta prática de higienização já era realizada rotineiramente antes da pandemia.

Cabe ressaltar que todos os produtos padronizados pelo hospital para realização de assepsia e antissepsia são regularizados junto à ANVISA.

Os procedimentos de higienização são divididos em duas etapas, sendo elas a limpeza e a desinfecção. A limpeza é o processo de remoção da sujidade e resíduos, presentes na superfície. Já a desinfecção se refere à ação de agentes químicos sobre microrganismos presentes nestas mesmas superfícies (Avancini, 2020).

Destaca-se que uma das fontes de transmissão do SARS-CoV-2 pode ocorrer a partir de contato com superfícies contaminada. Sendo assim, órgãos competentes recomendam a limpeza e desinfecção com agentes desinfetantes próprios de uso hospitalar de todos os ambientes que prestam serviços em saúde (Shabto et al., 2020).

É importante enfatizar que a desinfecção eficiente de superfícies requer um produto adequado, juntamente com a prática correta, com vistas à inativação do vírus (Avancini, 2020).

Essa prática corrobora com as citações dos entrevistados, assim como com os dados documentais (medidas de desinfecção – higienização), e com o vídeo institucional das “Medidas de desinfecção”.

O código “ventilação” (Figura 12), demonstra o tipo de ventilação do ambiente no hospital estudado.

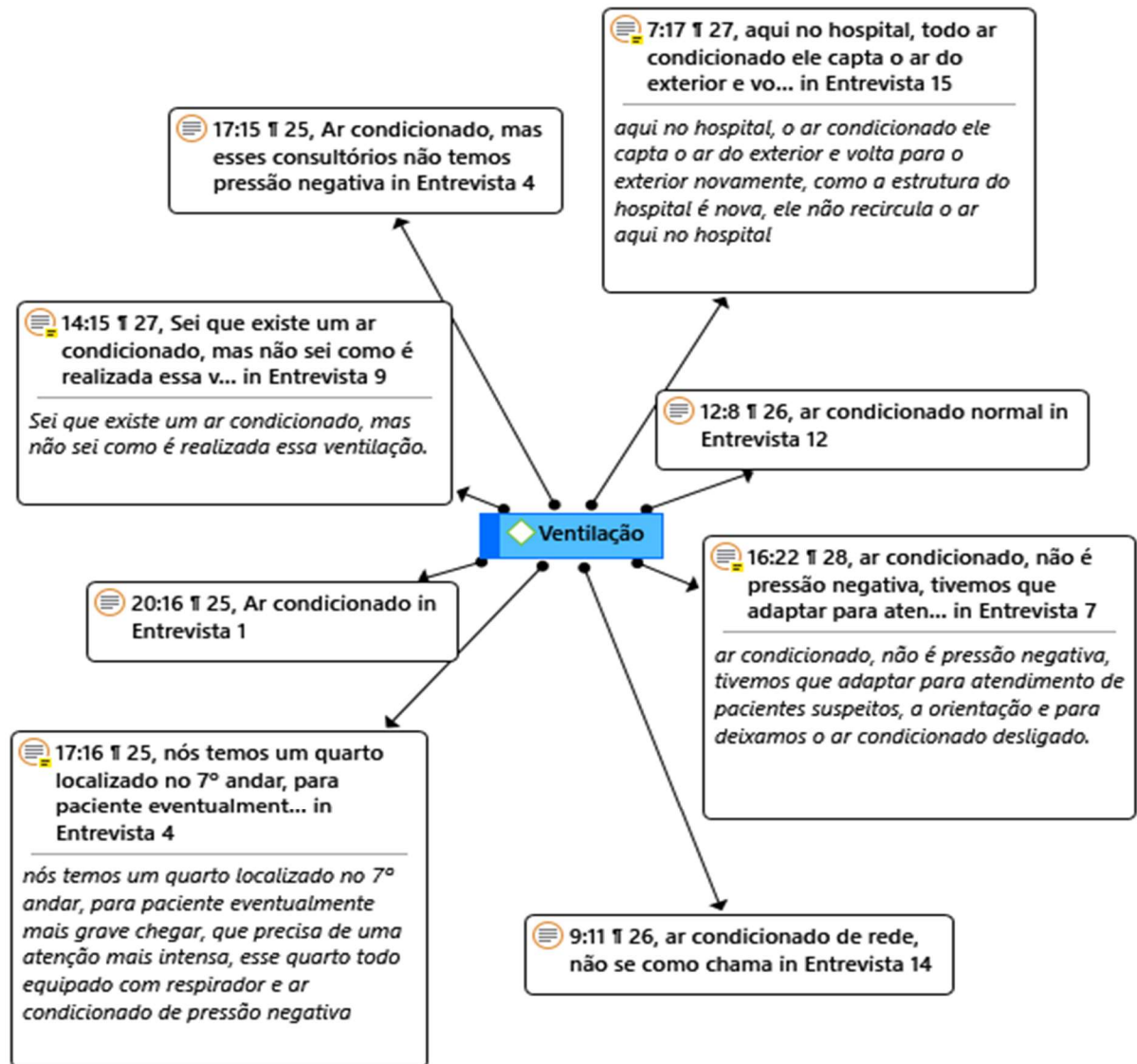


Figura 12. Trechos de algumas citações sobre a ventilação do ambiente.

Fonte: Construído pela Autora com auxílio do *software* Atlas Ti.

Nas narrativas, foi possível identificar que o hospital dispõe de ar condicionado central, renovando e filtrando o ar de forma adequada, mas não em todo o hospital, agregando o ar respirado por pacientes suspeitos ou confirmados ao ar disponibilizado para pacientes com necessidades de tratamento intensivo.

Nos consultórios de atendimento o ar condicionado não possui capacidade de pressão negativa. Todavia, os atendimentos são realizados de maneira individual, confirmando a adaptação da Instituição à nova realidade imposta pela pandemia. Sobre o assunto, diretrizes da OMS recomendam que as salas de pressão negativa sejam utilizadas para procedimentos geradores de aerossóis, com no mínimo 12 renovações de ar por hora (Ferioli et al., 2020).

4.3 Profissionais de Saúde

Os próximos grupos de códigos apresentados estão relacionados aos profissionais de saúde, representando 41% das citações das entrevistas. Nas afirmações, os seguintes grupos de códigos foram identificados: 1 - dimensionamento dos profissionais (10%); 2 - utilização dos EPIs (18%); e 3 - treinamento dos profissionais (13%), demonstrando todas as medidas preventivas tomadas com vistas a minimizar o risco de segurança ocupacional.

O empregador tem a obrigatoriedade de prover aos profissionais de saúde todos os EPIs necessários ao exercício da sua função e em quantidade suficiente, além de assegurar a capacitação de forma contínua, especialmente quando houver mudanças nas condições de exposição a agentes biológicos (Silva et al., 2020).

A exposição prolongada de profissionais está associada ao aumento da infecção ocupacional, e evidências relatam que ações adequadas reduzem o risco de transmissão do vírus SARS-CoV-2.

Dentre elas, destacam-se a proteção individual de toda equipe, categorização de pacientes, e realização de procedimentos considerados de alto risco em ambientes adequados (Tran et al., 2012).

O Grupo de Códigos relacionados à “necessidade de dimensionar profissionais da saúde”, sendo eles enfermeiros, médicos e funcionários do atendimento, encontram-se representados na Figura 13.

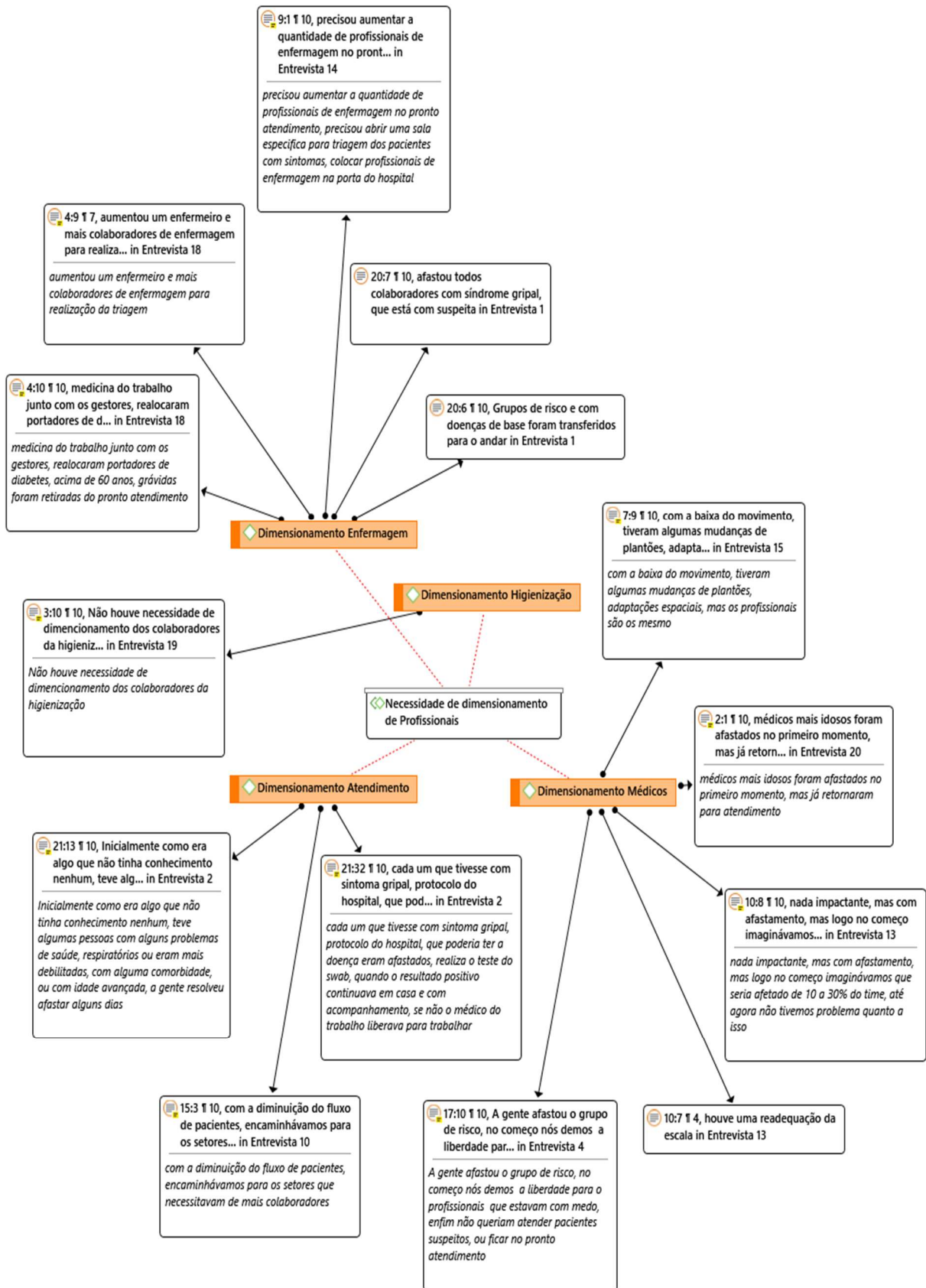


Figura 13. Trechos de algumas citações do Grupo Dimensionamento do Profissionais de Saúde: Atendimento, Enfermagem, Médicos e Higienização
Fonte: Construído pela Autora com auxílio do software Atlas Ti.

Os trechos das narrativas mencionadas na Figura 13, demonstram o dimensionamento realizado junto aos colaboradores, enfatizando a necessidade de remoção de pacientes considerados do grupo de risco do local de pronto atendimento, visto que estes são potenciais fontes de infecção e podem contaminar os funcionários do setor.

Outro fator importante é a realização dos testes diagnósticos nos colaboradores com sinais de síndrome gripal, já que esta caracteriza um conjunto de sintomas relacionados à COVID-19. Em caso de resultado positivo, os funcionários eram afastados e passavam a contar com acompanhamento junto ao médico do trabalho, até que sua retomada à função fosse permitida. Cabe enfatizar que esta foi uma importante estratégia que buscou não expor os demais colaboradores e pacientes às fontes de infecção.

No começo da pandemia o número de atendimentos diminuiu, como demonstram algumas narrativas, ocasionando a transferência de profissionais para outros setores, de acordo com a necessidade. Com os atendimentos aumentando progressivamente, foi necessário um acréscimo na equipe de enfermagem, devido à necessidade de realização de triagem nas entradas do hospital, assim como no atendimento na área segregada.

Os próximos dois códigos são relacionados aos “treinamentos realizados” e à “utilização dos EPIs” pelos profissionais de saúde no pronto atendimento (Figuras 14 e 15).

Os trabalhadores devem ser prioridade em qualquer estabelecimento de saúde, principalmente em um período pandêmico, que acaba por potencializar os riscos ocupacionais físicos, químicos ou biológicos. Dessa forma, torna-se importante enfatizar a segurança no ambiente de trabalho (Silva et al., 2020). Os EPIs são instrumentos de trabalho que garantem a segurança dos profissionais de saúde e usuários, sendo fundamentais para a biossegurança das equipes.

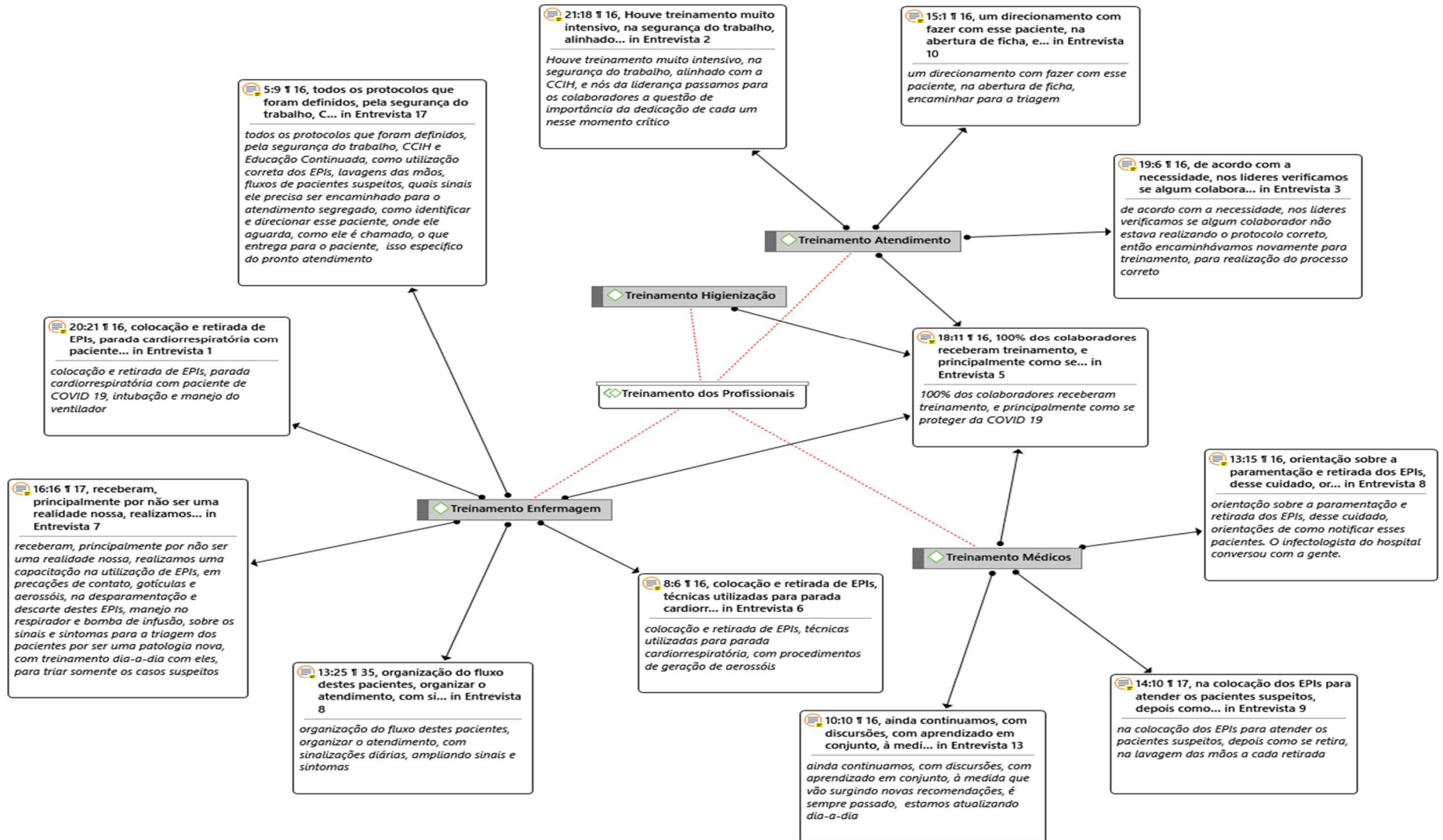


Figura 14. Trechos de algumas citações sobre Treinamento dos Profissionais de Saúde: Atendimento, Enfermagem, Higienização e Médicos.
Fonte: Construído pela Autora com auxílio do *software* Atlas Ti.

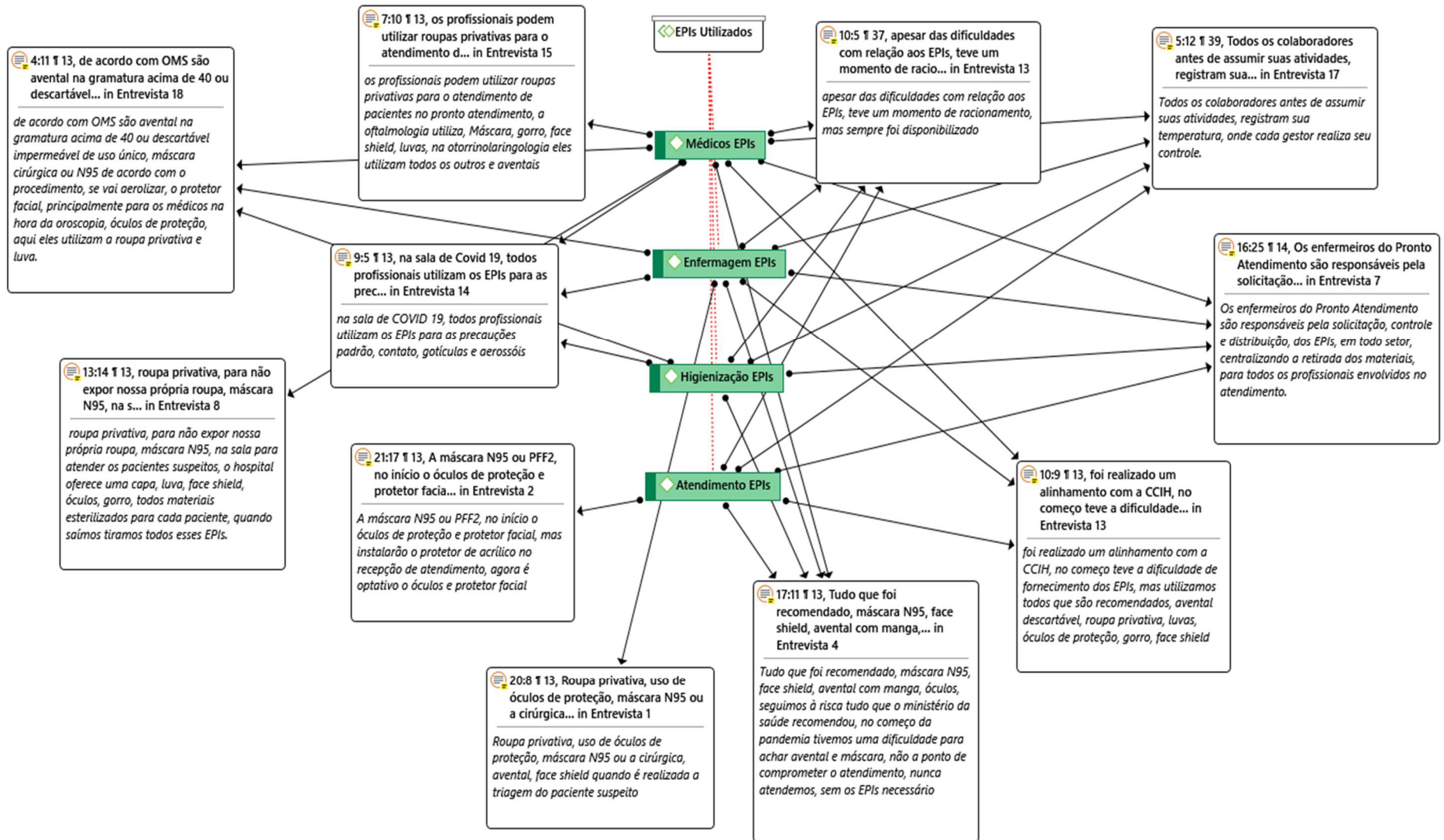


Figura 15. Trechos de algumas citações sobre o EPIs utilizados pelas equipes

Fonte: Construído pela Autora com auxílio do software Atlas Ti.

As narrações sobre a utilização dos EPIs demonstram que estes sempre foram ofertados, mesmo no começo da pandemia, embora sob regime de racionamento no início da pandemia. Dentre eles, citam-se os óculos de proteção, protetor facial, avental impermeável com de tecido com a gramatura recomendada pela OMS, luvas de procedimentos, máscaras cirúrgicas, N95 ou PFF2, além de produtos para higienização das mãos.

Os profissionais de saúde são o grupo de maior risco para contrair a COVID-19, por se manterem próximos aos pacientes com infecção confirmada. O resultado das narrações demonstrou que o hospital garantiu todos equipamentos de proteção individual e treinamentos essenciais para o trabalho das equipes multidisciplinares, corroborando com os documentos internos.

Estes, por sua vez, descreviam a forma adequada para paramentação e desparamentação, controle e entrega de EPIs, laudo técnico de condições de ambientais de trabalho, identificação de colaboradores com suspeita de contaminação por COVID-19, e recomendação de utilização dos EPIs para prevenção e controle da disseminação do novo coronavírus. Todas estas ações buscaram reduzir o risco ocupacional do vírus, visando a proteção dos profissionais.

Ocorreram diversos treinamentos relacionados a procedimentos que não eram a realidade do hospital, permitindo que os profissionais tivessem tempo suficiente para capacitação da prática, adquirindo conhecimentos e habilidades necessárias para o exercício de novas atribuições.

As falas relacionadas aos treinamentos corroboram com dados documentais sobre os cuidados aos pacientes com ventilação mecânica em isolamento, manejo clínico, diagnóstico e tratamento de casos de doença respiratória aguda grave, fluxo de urgência e emergência nos casos de insuficiência respiratória, atendimento de urgência e emergência em cardiologia, fluxo para intubação orotraqueal, e aspiração traqueal através do sistema fechado de aspiração.

Estes elementos envolveram a gestão dos colaboradores, com realização constante de treinamentos a cada mudança, garantia do rastreamento precoce dos sintomas, e orientação sobre como informar ao superior sobre qualquer sintoma relacionado à COVID-19, como por exemplo, a verificação da temperatura corporal no início do plantão.

Protocolos e procedimentos operacionais devem ser estabelecidos pelos profissionais de saúde, visto que falhas, por exemplo, na remoção dos EPIs, caracterizam não conformidades que podem aumentar o risco ocupacional (Saran et al., 2020).

O monitoramento frequente durante a colocação, retirada e descarte dos EPIs pode limitar a transmissão da infecção, reduzindo os desvios das técnicas ideais. Além disso, é necessária a formação de facilitadores do processo, garantindo a conformidade do procedimento (Saran et al., 2020).

4.4 Específicos da otorrinolaringologia e oftalmologia

Os grupos de códigos específicos das especialidades de otorrinolaringologia e oftalmologia representaram 8% das citações, e demonstraram as modificações realizadas no pronto atendimento (Figuras 16 e 17).

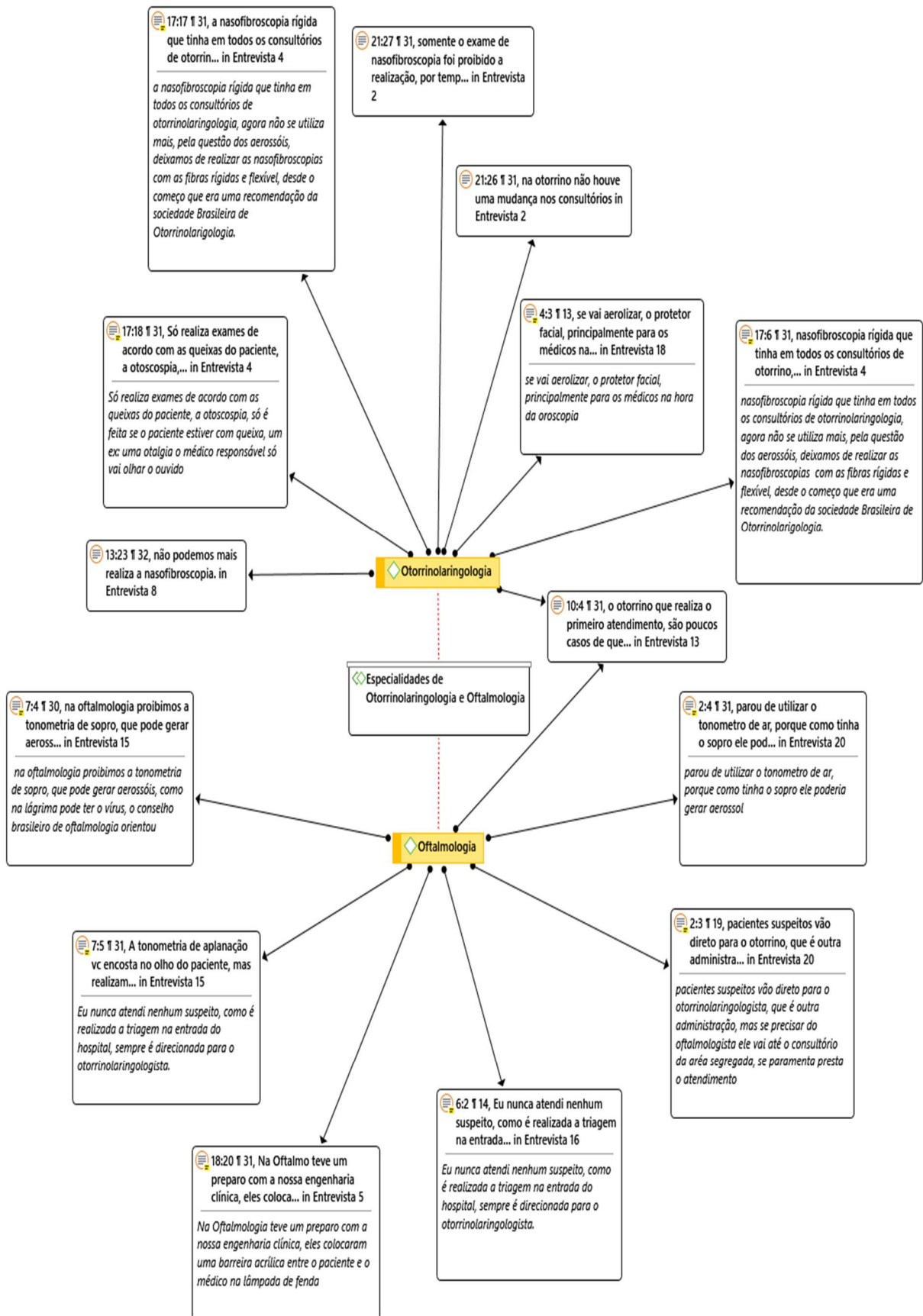


Figura 16. Trechos das citações específicas das especialidades de Otorrinolaringologia e Oftalmologia.

Fonte: Construído pela Autora com auxílio do software Atlas Ti.

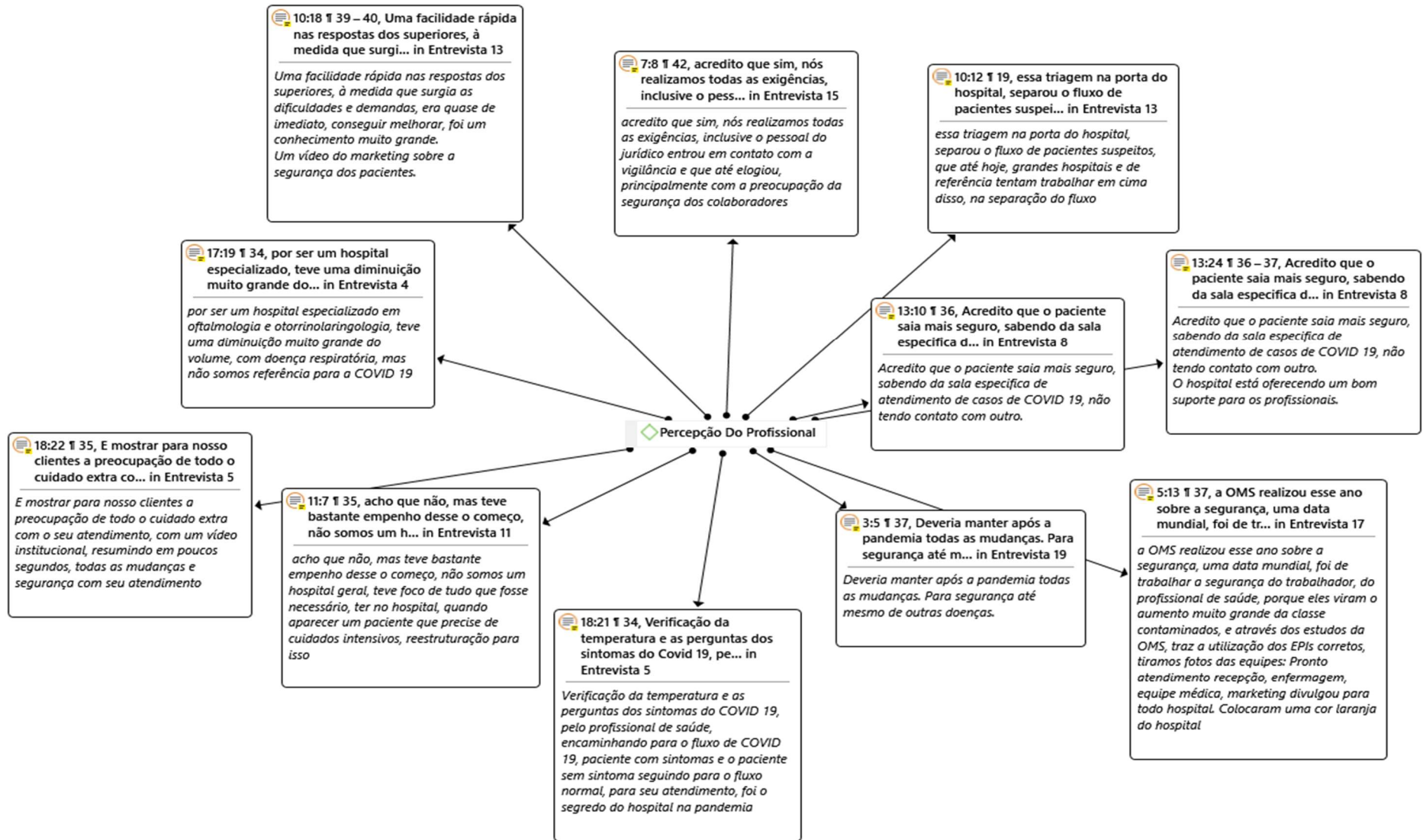


Figura 17. Trechos de algumas citações sobre a Percepção dos Profissionais de Saúde.

Fonte: Construído pela Autora com auxílio do software Atlas Ti.

As narrativas observadas na Figura 17, apontam as especificidades no processo de trabalho das duas especialidades estudadas nesta Dissertação. Foi possível verificar que alguns procedimentos deixaram de ser realizados durante a pandemia, visando não expor os médicos ao risco direto de contágio, especialmente aqueles que podem ser geradores de aerossóis e gotículas, como a nasofibrosopia rígida e flexível, e o tonômetro de sopro, seguindo as recomendações das Sociedades Brasileiras de Otorrinolaringologia e Oftalmologia.

No atendimento, as duas especialidades foram orientadas sobre a continuidade na realização de procedimentos, de acordo com a queixa dos pacientes, todavia limitando o contato próximo e por período longos, adaptando suas práticas em busca de uma menor exposição ao vírus SARS-CoV-2.

Basicamente, o protocolo da Instituição previa que o primeiro atendimento de pacientes suspeitos ou confirmados de COVID-19 fosse realizado pelo otorrinolaringologista, e se houvesse necessidade, o mesmo solicitaria a presença do oftalmologista.

As percepções dos profissionais não indicaram os conceitos de “certo” ou “errado”, mas sim uma reflexão sobre o processo de trabalho realizado na Instituição estudada. As narrações apontaram que os profissionais têm uma boa perspectiva sobre a reorganização do pronto atendimento, assim como sobre a importância de cada processo desenvolvido.

A nuvem de palavra, apresentada na Figura 18, é uma representação gráfica da frequência das palavras utilizadas em um texto. Nela, quanto mais a palavra for citada, mais chamativa será a sua apresentação na nuvem (Vilela et al., 2020). A ferramenta foi utilizada na análise dos dados qualitativos, tornando-se um apoio para a técnica para análise dos dados coletados no presente trabalho.

Na Figura 18, podem ser vistas as palavras mais citadas nas entrevistas, correspondendo ao grupo de códigos definidos para analisar a reorganização do pronto atendimento. As palavras de maior destaque remetem ao atendimento de pacientes suspeitos de COVID-19, bem como aquelas voltadas à atuação da equipe multidisciplinar envolvida no acolhimento desses pacientes, e aos EPIs necessários para a realização de um trabalho seguro.



Figura 18. Nuvem de Palavras.

Fonte: Construído pela Autora com auxílio do *software* Atlas Ti.

5 CONCLUSÕES

As teorias que embasaram o presente estudo mostraram ligação com as narrativas observadas nas entrevistas, assim como com o vídeo e protocolos institucionais, todos vinculados à reorganização do processo de trabalho durante a pandemia. Ao analisar a reorganização hospitalar, com base nos relatos dos entrevistados, observou-se certa uniformidade nas respostas, indicando que os processos instalados foram corretamente difundidos entre os profissionais.

A Tabela 1, que apresentou os protocolos emitidos durante o plano de contingência, corroborou com os dados obtidos na análise das entrevistas e do vídeo institucional, que versaram sobre a temática dos processos envolvidos. A finalidade primordial de tais protocolos foi reorganizar o atendimento no setor de pronto atendimento durante a pandemia, criando ações de trabalho em conjunto com a gestão do hospital, o que gerou um processo de atendimento seguro tanto para os usuários quanto para os componentes das equipes multidisciplinares.

A COVID-19 tornou-se um desafio para os sistemas globais de saúde, gerando um considerável progresso desde o anúncio da pandemia. Por meio deste estudo, foi possível identificar os efeitos de um planejamento adequado estabelecida por uma Instituição de saúde, que rapidamente reorganizou o setor de pronto atendimento.

Com a instituição do setor de triagem, uma investigação verbal dos sinais e sintomas de todos indivíduos que entram no hospital, a instituição redesenhou um gerenciamento ativo do fluxo de pacientes, por ser um serviço especializado em otorrinolaringologia e oftalmologia, onde pode receber pacientes ambulatoriais (hora marcada com seu médico), ou outros procedimentos (exames e cirurgias), com sintomas da COVID 19 característicos das duas especialidades (alterações do sistema respiratório superior, perda de olfato e paladar e alterações oculares), consideradas manifestações precoces no início da doença. Expandiu a área espacial, uma área segregada para pacientes com suspeita da infecção por SARS-CoV-2 recebe o atendimento médico, reduzindo assim o risco de infecções nosocomiais.

Com o desenvolvimento de protocolos e treinamentos específicos, notou-se uma maior aderência às normas de segurança voltadas aos profissionais da saúde, visto que estes estão sempre sujeitos a um maior risco de contaminação devido ao contato próximo com indivíduos infectados.

A capacitação dos profissionais da saúde da instituição em atender pacientes que necessitam de cuidados intensivos foi essencial, pois não é uma realidade do hospital especializado, como a realização e manuseio adequado de alguns equipamentos e procedimentos.

A observação do desempenho e falha dos novos processos, executados pelos profissionais da saúde são de responsabilidade de cada liderança, na identificação de uma não conformidade do colaborador, a liderança encaminhava para um novo treinamento, onde houve grande resistência no início da colocação, retirada e descarte apropriado dos EPIs.

A aderência dos colaboradores aos novos processos contribuiu para melhorar a reorganização do pronto atendimento. Com base na experiência da instituição, todas as medidas criadas forneceram suporte para a prevenção e controle da transmissão hospitalar da COVID-19.

Com o necessário cuidado e envolvimento dos profissionais, e com base no alinhamento dos novos protocolos institucionais, foi possível identificar fluxos de pacientes com suspeita de contaminação, realizar mudanças estruturais, treinamento de profissionais, dimensionamento e utilização dos EPIs, dentre outros, que acabaram por se tornar de grande valia para redução da transmissão nosocomial da COVID-19.

Consultas ambulatoriais, eletivas e procedimentos cirúrgicos vêm sendo gradualmente reestruturados, especialmente com a criação de áreas seguras para colaboradores e pacientes, garantindo a segurança durante o atendimento.

5.1 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho descreveu as medidas cautelares excepcionais, adotadas para enfrentar a pandemia no pronto atendimento de um hospital especializado em otorrinolaringologia e oftalmologia, limitando o risco de infecção pelo vírus SARS-CoV-2 tanto para usuários quanto para profissionais da saúde

A despeito de este trabalho ter sido realizado em apenas uma instituição, por um período curto de tempo, e com um número reduzido de entrevistas, chama-se a atenção para os resultados positivos observados no estabelecimento estudado.

Este trabalho descreveu as medidas cautelares excepcionais, adotadas para enfrentar a pandemia no pronto atendimento de um hospital especializado em otorrinolaringologia e oftalmologia, limitando o risco de infecção pelo vírus SARS-CoV-2 tanto para usuários quanto para profissionais da saúde

A descrição da experiência dos processos, assim como dos resultados positivos oriundos de toda a reorganização, propiciou uma frutífera troca de informações que pode contribuir para a reorganização de outras instituições de saúde, além de fomentar pesquisas futuras sobre a eficácia das referidas mudanças. Neste sentido, espera-se que este estudo possa contribuir, inclusive, como base para implantação de novos modelos de reorganização em futuras pandemias.

A pandemia de SARS-CoV-2, e os dois surtos que ocorreram por coronavírus, a síndrome respiratória aguda grave (SARS) em 2003, e síndrome respiratória do oriente médio (MERS) em 2012, gerou inovações e oportunidade para reformulação nas instituições de saúde, na qual podemos aproveitar as lições eficazes, implementando planos de contingência nos serviços de saúde, e medidas baseadas em ciência, para enfrentar de forma equilibrada em casos de futuras pandemias.

5.2 SUGESTÕES PARA FUTUROS ESTUDOS

A pandemia mostrou-se um grande desafio para o ramo de assistência em saúde. A cada dia, aumenta o conhecimento sobre o novo coronavírus, e sobre a doença por ele causada, a COVID-19.

Sugere-se aqui, portanto, a necessidade de contínua atualização em relação às recomendações dos órgãos competentes acerca dos protocolos vigentes e futuros.

Durante o enfrentamento da pandemia de COVID-19, os sistemas de saúde precisam se adaptar de forma a fornecer a segurança necessária para usuários e colaboradores.

Assim, pesquisas e estudos sobre rápida adaptação de estabelecimentos de saúde em tempos de pandemia.

REFERÊNCIAS

- Al-Sadeq, D. W., & Nasrallah, G. K. (2020). The incidence of the novel coronavirus SARS-CoV-2 among asymptomatic patients: A systematic review. *International Journal of Infectious Diseases*. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.06.098>
- Anagiotos, A., & Petrikkos, G. (2020). Otolaryngology in the COVID-19 pandemic era: The impact on our clinical practice. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 1–8. <https://doi.org/10.1007/s00405-020-06161-x>
- André, M. (2013). O que é um estudo de caso qualitativo em educação? *Revista da FAEBA - Educação e Contemporaneidade*, 22(40). <https://doi.org/10.21879/faeaba2358-0194.2013.v22.n40.p%p>
- ANVISA. (2020a). *Agência Nacional de Vigilância em Saúde. Resolução—RDC nº 356, de 23 de março de 2020.*
- ANVISA. (2020b). *Nota Técnica n 04-2020 GVIMS-GGTES, que trata sobre as medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (COVID-19).* <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/noticias/176-nota-tecnica-n-04-2020-gvims-ggtes-anvisa-atualizada>
- Asadi, S., Wexler, A. S., Cappa, C. D., Barreda, S., Bouvier, N. M., & Ristenpart, W. D. (2019). Aerosol emission and superemission during human speech increase with voice loudness. *Scientific Reports*, 9(1), 2348. <https://doi.org/10.1038/s41598-019-38808-z>
- Avancini, C. A. M. (2020). Disinfectants for use in the sanitary context of COVID-19. *Revista Prevenção de Infecção e Saúde*, 6(0), Ahead of print. <https://doi.org/10.26694/repis.v6i0.10333>
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo. Rev. E ampl* (Vol. 70). Edições.
- Bastos, S. B., & Cajueiro, D. O. (2020). Modeling and forecasting the early evolution of the Covid-19 pandemic in Brazil. *arXiv:2003.14288 [q-bio]*. <http://arxiv.org/abs/2003.14288>
- Belei, R. A., Gimenez-Paschoal, S. R., Nascimento, E. N., & Matsumono, P. H. V. R. (2008). O uso de entrevista, observação e videogravação em pesquisa qualitativa. *Cadernos de Educação*, 0(30). <https://doi.org/10.15210/caduc.v0i30.1770>
- Bergman, A., Sella, Y., Agre, P., & Casadevall, A. (2020). Oscillations in USA Covid-19 incidence and mortality data reflect societal factors. *MedRxiv*, 2020.06.08.20123786. <https://doi.org/10.1101/2020.06.08.20123786>
- Böger, B., Fachi, M. M., Vilhena, R. O., Cobre, A. de F., Tonin, F. S., & Pontarolo, R. (2020). Systematic review with meta-analysis of the accuracy of diagnostic tests for COVID-19. *American Journal of Infection Control*, 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2020.07.011>

- Brasil. (2020). *Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 10.212, de 30 de janeiro de 2020.* http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Decreto/D10212.htm
- Cascella, M., Rajnik, M., Cuomo, A., Dulebohn, S. C., & Di Napoli, R. (2020). Features, Evaluation and Treatment Coronavirus (COVID-19). In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554776/>
- Chen, M.-J., Chang, K.-J., Hsu, C.-C., Lin, P.-Y., & Jui-Ling Liu, C. (2020). Precaution and prevention of coronavirus disease 2019 infection in the eye. *Journal of the Chinese Medical Association*. <https://doi.org/10.1097/JCMA.0000000000000334>
- Cheng, X., Liu, J., Li, N., Nisenbaum, E., Sun, Q., Chen, B., Casiano, R., Weed, D., Telischi, F., Denneny, J. C., Liu, X., & Shu, Y. (2020). Otolaryngology Providers Must Be Alert for Patients with Mild and Asymptomatic COVID-19. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 162(6), 809–810.
- Fears, A. C., Klimstra, W. B., Duprex, P., Hartman, A., Weaver, S. C., Plante, K. S., Mirchandani, D., Plante, J. A., Aguilar, P. V., Fernández, D., Nalca, A., Totura, A., Dyer, D., Kearney, B., Lackemeyer, M., Bohannon, J. K., Johnson, R., Garry, R. F., Reed, D. S., & Roy, C. J. (2020). Persistence of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 in Aerosol Suspensions. *Emerging Infectious Diseases*, 26(9), 2168–2171. <https://doi.org/10.3201/eid2609.201806>
- Fennelly, K. P. (2020). Particle sizes of infectious aerosols: Implications for infection control. *The Lancet Respiratory Medicine*, 8(9), 914–924. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30323-4](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30323-4)
- Ferioli, M., Cisternino, C., Leo, V., Pisani, L., Palange, P., & Nava, S. (2020). Protecting healthcare workers from SARS-CoV-2 infection: Practical indications. *European Respiratory Review*, 29(155). <https://doi.org/10.1183/16000617.0068-2020>
- Flumignan, R., Nakano, L., Pascoal, P., Santos, B., Correia, R., Silveira, B., Takihi, F., Flumignan, C., Amorim, J., & Atallah, A. (2020). *Evidence from cochrane systematic reviews for the dissemination control of the Covid-19 infection.* <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.709>
- Fraher, E. P., Pittman, P., Frogner, B. K., Spetz, J., Moore, J., Beck, A. J., Armstrong, D., & Buerhaus, P. I. (2020). Ensuring and Sustaining a Pandemic Workforce. *New England Journal of Medicine*, 0(0), null. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2006376>
- Freitas, W. R. S., & Jabbour, C. J. C. (2011). Utilizando estudo de caso(s) como estratégia de pesquisa qualitativa: Boas práticas e sugestões. *Revista Estudo & Debate*, 18(2). <http://www.meep.univates.br/revistas/index.php/estudoedebate/article/view/560>
- Gengler, I., Wang, J. C., Speth, M. M., & Sedaghat, A. R. (2020). Sinonasal pathophysiology of SARS-CoV-2 and COVID-19: A systematic review of the current evidence. *Laryngoscope Investigative Otolaryngology*, 5(3), 354–359. <https://doi.org/10.1002/lio2.384>

- Gondim, S. M. G., Techio, E. M., Carias, I. A., Becker, J., Magalhães, L., & Lima, D. C. R. de. (2018). Análise de vídeo e imagens com suporte do ATLAS.ti: Exemplo de aplicação. *Psicologia em Pesquisa, 12*(2), 47–56. <https://doi.org/10.24879/2018001200200463>
- Herrera Victor, Finkler Neil, & Vincent Julie. (2020). Innovation and Transformation in the Response to Covid-19: Seven Areas Where Clinicians Need to Lead. *Catalyst non-issue content, 1*(2). <https://doi.org/10.1056/CAT.20.0087>
- Hick, J. L., & Biddinger, P. D. (2020). Novel Coronavirus and Old Lessons—Preparing the Health System for the Pandemic. *New England Journal of Medicine, 0*(0), null. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2005118>
- Hu, K., Patel, J., & Patel, B. C. (2020). Ophthalmic manifestations of coronavirus (COVID-19). In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK556093/>
- J, K., & Hg, M. (2020, outubro). *Management of conjunctivitis and other causes of red eye during the COVID-19 pandemic*. Australian Journal of General Practice; Aust J Gen Pract. <https://doi.org/10.31128/AJGP-04-20-5356>
- Ladner, J. T., Larsen, B. B., Bowers, J. R., Hepp, C. M., Bolyen, E., Folkerts, M., Sheridan, K., Pfeiffer, A., Yaglom, H., Lemmer, D., Sahl, J. W., Kaelin, E. A., Maqsood, R., Bokulich, N. A., Quirk, G., Watts, T. D., Komatsu, K. K., Waddell, V., Lim, E. S., ... Keim, P. (2020). An Early Pandemic Analysis of SARS-CoV-2 Population Structure and Dynamics in Arizona. *MBio, 11*(5). <https://doi.org/10.1128/mBio.02107-20>
- Lai, C.-C., Shih, T.-P., Ko, W.-C., Tang, H.-J., & Hsueh, P.-R. (2020). Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and coronavirus disease-2019 (COVID-19): The epidemic and the challenges. *International Journal of Antimicrobial Agents, 55*(3), 105924. <https://doi.org/10.1016/j.ijantimicag.2020.105924>
- Ma, X., Lin, J., & Fang, S. (2020). Precautions in ophthalmic practice in a hospital with the risk of COVID-19: Experience from China. *Acta Ophthalmologica, 98*(4), e520–e521. <https://doi.org/10.1111/aos.14436>
- Martins, G. A. (2008). Estudo de caso: Uma reflexão sobre a aplicabilidade em pesquisas no Brasil. *Revista de Contabilidade e Organizações, 2*(2), 12.
- Martins, G. de A., & Theóphilo, C. R. (2009). *Metodologia da Investigação Científica para Ciências Sociais Aplicadas* (2ª). Atlas S.A.
- Meirinhos, M., & Osório, A. (2010). *O estudo de caso como estratégia de investigação em educação*. 2(2). <http://dx.doi.org/10.34620/eduser.v2i2.24>
- Resolução—RDC nº 356, de 23 de março de 2020, nº RDC nº 356, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 5 (2020). <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-rdc-n-356-de-23-de-marco-de-2020-249317437>
- Nguyen, L. H., Drew, D. A., Graham, M. S., Joshi, A. D., Guo, C.-G., Ma, W., Mehta, R. S., Warner, E. T., Sikavi, D. R., Lo, C.-H., Kwon, S., Song, M., Mucci, L. A., Stampfer, M. J., Willett, W. C., Eliassen, A. H., Hart, J. E., Chavarro, J. E., Rich-Edwards, J. W., ... Zhang, F. (2020). Risk of COVID-19 among front-line health-care workers and the

- general community: A prospective cohort study. *The Lancet Public Health*, 5(9), e475–e483. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30164-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30164-X)
- Oliveira, B. D. D., Khoury, S. H., Martins, V. G., Arnaud, F. C. de S., Gaspardi, A. C., & Rabêlo, D. R. V. (2020). Triagem e adequação do fluxo de pacientes no departamento de emergência de um hospital terciário durante a pandemia de COVID-19: Relato de experiência. *Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia (Health Surveillance under Debate: Society, Science & Technology) – Visa em Debate*, 8(3), 185–189. <https://doi.org/10.22239/2317-269x.01632>
- Pan American Health Organization. (2020). *Controles administrativos para garantizar la implementación de las medidas de prevención y control de infecciones en el contexto de COVID19*. file:///C:/Users/sirle/AppData/Local/Temp/Controles-administrativos-IPC-covid-19.pdf
- Panigrahi, S. K., Pathak, V. K., Kumar, M. M., Raj, U., & Priya P, K. (2020). Covid-19 and mobile phone hygiene in healthcare settings. *BMJ Glob Health*, e002505–e002505.
- Parke, D. W. (2020). COVID-19 Era Impacts on the American Academy of Ophthalmology. *Ophthalmology*. <https://doi.org/10.1016/j.ophtha.2020.07.056>
- Pescarini, J., Aquino, E., Silveira, I., Aquino, R., & Souza-Filho, J. (2020). *Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: Potenciais impactos e desafios no Brasil*. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.116>
- Qu, G., Li, X., Hu, L., & Jiang, G. (2020). An Imperative Need for Research on the Role of Environmental Factors in Transmission of Novel Coronavirus (COVID-19). *Environmental Science & Technology*. <https://doi.org/10.1021/acs.est.0c01102>
- Ra, S. H., Lim, J. S., Kim, G., Kim, M. J., Jung, J., & Kim, S.-H. (2020). Upper respiratory viral load in asymptomatic individuals and mildly symptomatic patients with SARS-CoV-2 infection. *Thorax*. <https://doi.org/10.1136/thoraxjnl-2020-215042>
- Ralli, M., Candelori, F., Cambria, F., Greco, A., Angeletti, D., Lambiase, A., Campo, F., Minni, A., Polimeni, A., & de Vincentiis, M. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on otolaryngology, ophthalmology and dental clinical activity and future perspectives. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*, 24(18), 9705–9711.
- Rodriguez-Morales, A. J., Gallego, V., Escalera-Antezana, J. P., Méndez, C. A., Zambrano, L. I., Franco-Paredes, C., Suárez, J. A., Rodriguez-Enciso, H. D., Balbin-Ramon, G. J., Savio-Larriera, E., Riquez, A., & Cimerman, S. (2020). COVID-19 in Latin America: The implications of the first confirmed case in Brazil. *Travel Medicine and Infectious Disease*. <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2020.101613>
- Sakalli, E., Temirbekov, D., Bayri, E., Alis, E. E., Erdurak, S. C., & Bayraktaroglu, M. (2020). Ear nose throat-related symptoms with a focus on loss of smell and/or taste in COVID-19 patients. *American Journal of Otolaryngology*, 41(6), 102622. <https://doi.org/10.1016/j.amjoto.2020.102622>
- Sales, C. M. M., Silva, A. I. da, Maciel, E. L. N., Sales, C. M. M., Silva, A. I. da, & Maciel, E. L. N. (2020). Vigilância em saúde da COVID-19 no Brasil: Investigação de contatos pela atenção primária em saúde como estratégia de proteção comunitária.

Epidemiologia e Serviços de Saúde, 29(4). <https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000400011>

- Saran, S., Gurjar, M., & Garg, A. (2020). Identifying and implementing strategies to reduce the risk of self-contamination of healthcare workers caused by doffing of PPE during COVID-19 pandemic. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 1–12. <https://doi.org/10.1017/dmp.2020.396>
- Sasseron, L. H., Carvalho, A. M. P. de, Sasseron, L. H., & Carvalho, A. M. P. de. (2011). Uma análise de referenciais teóricos sobre a estrutura do argumento para estudos de argumentação no ensino de ciências. *Ensaio Pesquisa em Educação em Ciências (Belo Horizonte)*, 13(3), 243–262. <https://doi.org/10.1590/1983-21172011130315>
- Secretaria da Saúde, S. P. (2020). *Plano de contingência do estado de São Paulo para infecção humana pelo novo coronavírus-2019-nCoV*. http://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-de-transmissao-respiratoria/coronavirus/covid19_plano_contigencia_esp.pdf
- Sequinel, R., Lenz, G. F., Silva, F. J. L. B. da, Silva, F. R. da, Sequinel, R., Lenz, G. F., Silva, F. J. L. B. da, & Silva, F. R. da. (2020). Soluções a base de álcool para higienização das mãos e superfícies na prevenção da COVID-19: Compêndio informativo sob o ponto de vista da química envolvida. *Química Nova*, 43(5), 679–684. <https://doi.org/10.21577/0100-4042.20170553>
- Shabto, J. M., De Moraes, C. G., Cioffi, G. A., & Liebmann, J. M. (2020). Review of Hygiene and Disinfection Recommendations for Outpatient Glaucoma Care: A COVID Era Update. *Journal of Glaucoma*, 29. <https://doi.org/10.1097/IJG.0000000000001540>
- Silva Junior, L. A., Leão, M. B. C., Silva Junior, L. A., & Leão, M. B. C. (2018). Atlas.ti software as a resource for content analysis: Analyzing robotics in science teaching in Brazilian theses. *Ciência & Educação (Bauru)*, 24(3), 715–728. <https://doi.org/10.1590/1516-731320180030011>
- Silva, R. C. de M., Silva, M. C. de M., & Costa, C. R. B. (2020). Segurança do trabalho no ambiente hospitalar frente à pandemia da COVID-19. *Revista de Atenção à Saúde*, 18(65). https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/7071
- Torres, B. R. S., Cunha, C. E. X. da, Castro, L. R., Brito, L. M. P. de, Ferreira, C. V. O., Ribeiro, M. V. M. R., Torres, B. R. S., Cunha, C. E. X. da, Castro, L. R., Brito, L. M. P. de, Ferreira, C. V. O., & Ribeiro, M. V. M. R. (2020). Ocular manifestations of COVID-19: A literature review. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 66(9), 1296–1300. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.66.9.1296>
- Tran, K., Cimon, K., Severn, M., Pessoa-Silva, C. L., & Conly, J. (2012). Aerosol Generating Procedures and Risk of Transmission of Acute Respiratory Infections to Healthcare Workers: A Systematic Review. *PLOS ONE*, 7(4), e35797. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0035797>
- Vilaça, M. L. C. (2010). Pesquisa e Ensino: Considerações e Reflexões. *Revista e-escrita: Revista do Curso de Letras da UNIABEU*, 1(2), 59–74.

- Vilela, R. B., Ribeiro, A., & Batista, N. A. (2020). Nuvem de palavras como ferramenta de análise de conteúdo: *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 2(11), 29–36. <https://doi.org/10.29352/mill0211.03.00230>
- Walter, S. A., & Bach, T. M. (2015). Adeus papel, marca-textos, tesoura e cola: Inovando o processo de análise de conteúdo por meio do atlas.ti. *Administração: Ensino e Pesquisa*, 16(2), 275–308. <https://doi.org/10.13058/raep.2015.v16n2.236>
- Wierzbicka, M., Niemczyk, K., Jaworowska, E., Burduk, P., Składzień, J., Szyfter, W., & Markowski, J. (2020). Recommendations of the main board of the polish society of otorhinolaryngologists, head and neck surgeons for providing services during the COVID-19 pandemic for outpatient and hospital practices. *Otolaryngologia Polska = The Polish Otolaryngology*, 74(3), 1–5. <https://doi.org/10.5604/01.3001.0014.1320>
- World Health Organization, W. (2020). *Infection prevention and control during health care when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected*. [https://www.who.int/publications/i/item/infection-prevention-and-control-during-health-care-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected-20200125](https://www.who.int/publications/i/item/infection-prevention-and-control-during-health-care-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected-20200125)
- Wu, Z., & McGoogan, J. M. (2020). Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA*. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.2648>
- Xiong, Y., Wang, Y., Chen, F., & Zhu, M. (2020). Spatial Statistics and Influencing Factors of the COVID-19 Epidemic at Both Prefecture and County Levels in Hubei Province, China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(11). <https://doi.org/10.3390/ijerph17113903>
- Yan, C. H., Faraji, F., Prajapati, D. P., Ostrander, B. T., & DeConde, A. S. (2020). Self-reported olfactory loss associates with outpatient clinical course in COVID-19. *International Forum of Allergy & Rhinology*, 10(7), 821–831. <https://doi.org/10.1002/alr.22592>

APÊNDICE A - ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Nome do Entrevistado: _____

Sexo: () Fem. () Masc. Idade: _____

Profissão: _____

Cargo dentro da instituição: _____

Há quanto tempo trabalha neste cargo: _____

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Com o anúncio da Pandemia de SARS-CoV-2, quais ações da prestação de serviço na saúde, apresentaram necessidades de mudanças no Pronto Atendimento do hospital, em relação a:

1. Profissionais de Saúde

Houve necessidade de dimensionamento de profissionais saúde do pronto atendimento?

Se sim, quais foram as causas motivos?

Quais EPIs os profissionais da saúde, utilizam no pronto atendimento?

As equipes receberam treinamento específicos para atendimento de pacientes suspeitos e confirmados?

2. Reorganização do pronto atendimento

Como é realizado a organização e acolhimento de pacientes suspeitos?

Como é realizada a organização da área segregada, para atendimento de pacientes suspeitos?

Quantos consultórios são destinados nas especialidades de ORL e OFT?

Como é a organização e limpeza do pronto atendimento?

Qual tipo de ventilação do pronto atendimento?

Quais possíveis direcionamentos do paciente após atendimento?

Quais equipamentos e materiais tiveram incremento ou mudança, no pronto atendimento?

Houve alguma melhoria além das exigidas pelos órgãos competentes?

3. Específicos da Otorrinolaringologia e Oftalmologia

Quais ações realizadas no pronto atendimento específicos a especialidade da oftalmologia e otorrinolaringologia?

APÊNDICE B - TCLE - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

Nome do participante: _____

Endereço: _____

Telefone para contato: _____ Cidade: _____ CEP: _____

E-mail: _____

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa, que será realizada pela Universidade Nove de Julho (UNINOVE). A presente pesquisa, intitulada “REESTRUTURAÇÃO NO PRONTO ATENDIMENTO DE UM HOSPITAL ESPECIALIZADO DE SÃO PAULO: ESTUDO DE CASO DURANTE A PANDEMIA DE SARS-COV-2”. Esta pesquisa objetiva descrever a evolução temporal da pandemia de SARS-COV-2, no pronto atendimento das especialidades de Otorrinolaringologia e Oftalmologia. Espera-se que esse estudo contribua com as mudanças desenvolvidas no pronto atendimento, demonstrando a competência prática do trabalho, como também oferecer as clínicas e hospitais similares ao estudo atendimento seguro a todos os profissionais de saúde, clientes e acompanhantes. Gostaríamos de esclarecer que sua participação é inteiramente voluntária, ou seja, você poderá optar por não participar ou se retirar desta pesquisa a qualquer momento do estudo.

O tempo estimado para a entrevista será de no máximo 30 minutos, suas respostas serão confidenciais, serão utilizadas apenas em conjunto com as respostas dos outros participantes, e nenhuma informação pessoal jamais será divulgada. Sua participação envolverá a leitura e assinatura deste documento, e em seguida, responder as perguntas da entrevista semiestruturada, com a pesquisadora sobre as ações realizadas no pronto atendimento do hospital de estudo. Os riscos esperados nesta pesquisa incluem apenas constrangimento pelo pressuposto de desconhecimento de alguma pergunta apresentada. Neste sentido, para minimizar o risco de constrangimento, a entrevista será realizada em atendimento isolado e individual. As perguntas foram elaboradas de forma clara, e o participante poderá esclarecer junto ao pesquisador. Não se aplica métodos alternativos.

Não há benefícios imediatos ao participante em realizar a pesquisa. O participante da pesquisa poderá retirar a qualquer momento seu consentimento, caso decida não participar da pesquisa, sem nenhum prejuízo. Os pesquisadores, como dito, garantem sigilo sobre os dados. Não haverá ressarcimento de possíveis despesas decorrentes da participação da pesquisa.

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é um colegiado interdisciplinar e independente, que deve existir nas instituições que realizam pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil, criado para defender os interesses dos participantes de pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento das pesquisas dentro dos padrões éticos (Normas e Diretrizes Regulamentadoras da Pesquisa envolvendo Seres Humanos – Res. CNS nº 466/12 e Res. CNS 510/2016). O Comitê de Ética é responsável pela avaliação e acompanhamento dos protocolos de pesquisa no que corresponde aos aspectos éticos. **Endereço do Comitê de Ética da Uninove: Rua. Vergueiro nº 235/249 – 12º andar – Liberdade – São Paulo – SP CEP. 01504-001. Telefone: 3385-9010. E-mail: comitedeetica@uninove.br**

Horários de atendimento do Comitê de Ética: segunda-feira a sexta-feira – Das 11h30 às 13h00 e Das 15h30 às 19h00

A pesquisa será desenvolvida na instituição Hospital Cema, CNPJ 47.192.752/0001-65, com sede na Rua Padre Adelino, número 333, sendo um Hospital Especializado, com Pronto Atendimento 24 horas.

O participante, a qualquer momento, poderá entrar em contato com os pesquisadores para esclarecer dúvidas sobre a pesquisa. Os pesquisadores são Prof. Dr. Antônio Pires Barbosa, orientador da pesquisa e a aluna Sirley Lima de Mendonça, que pode ser contatada pelo telefone (11) 992705788.

São Paulo, ____ de _____ 2020.

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____, após leitura e compreensão deste termo de informação e consentimento, entendo que minha participação é voluntária, e que posso sair a qualquer momento do estudo, sem prejuízo algum. Confirmando que recebi uma via deste termo de consentimento, e autorizo a realização do trabalho de pesquisa e a divulgação dos dados obtidos somente neste estudo no meio científico.

Assinatura do Participante

(Todas as folhas devem ser rubricadas pelo participante da pesquisa)

a) Esta pesquisa só terá início após a aprovação do (s) referido (s) Comitê (s) de Ética em Pesquisa o qual o projeto foi submetido.

- b) Considerando que a ética em pesquisa implica o respeito pela dignidade humana e a proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos;
- c) Este estudo tem mérito científico e a equipe de profissionais devidamente citados neste termo é treinada, capacitada e competente para executar os procedimentos descritos neste termo.

Sirley Lima de Mendonça

Assinatura do Pesquisador Responsável

APÊNDICE C - CARTA DE ANUÊNCIA DO HOSPITAL DE ESTUDO

CEMA Medicina Especializada
Olhos · Ouvidos · Nariz · Garganta

A qualidade que você pode ver, ouvir e sentir.



São Paulo, 03 de Agosto de 2020

Ilmo Dr. Pedro José Monteiro Cardoso
Diretor do Hospital Cema
São Paulo – SP

Por meio deste, solicitamos anuência para a coleta de dados referentes ao projeto de pesquisa intitulado Reestruturação no Pronto Atendimento de um Hospital Especializado de São Paulo: Estudo de Caso Durante a Pandemia de SARS-CoV-2, que tem como pesquisadora principal, a aluna Sirley Lima de Mendonça da Universidade Nove Julho, instituição proponente. No hospital, o pesquisador citado, será responsável pelo projeto.

Este estudo tem por objetivo conhecer e analisar estratégias organizacionais durante a pandemia, no pronto atendimento de Otorrinolaringologia e Oftalmologia, entre os profissionais da saúde do Hospital Cema Especializado, CNPJ 47.192.752/0001-65, com sede na Rua Padre Adelino, número 333, que presenciaram as mudanças no pronto atendimento, durante a Pandemia de SARS-CoV-2. No delineamento metodológico estão previstas três técnicas de pesquisa: Observação direta do pesquisador, Entrevistas Semiestruturadas e Análise Documental. Quanto aos participantes, da entrevista adotamos como critério de inclusão aqueles trabalhadores da área da saúde (diretores, gestores, equipe médica e de enfermagem) totalizando 12 entrevistas, durante a atualização dos processos, provocada pela pandemia de SARS-CoV-2, no ano de 2020. Também, complementar a pesquisa a análise de documentos institucionais, produzidos internamente pelo Hospital Cema, para orientar procedimentos aos trabalhadores e documentos produzidos pelo Ministério da Saúde e Organização Mundial de Saúde para este mesmo fim.

Esclarecemos que o projeto será submetido à banca examinadora, relativa ao Exame de Qualificação na Universidade Nove de Julho e tramitará no Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Nove de Julho de estado de São Paulo. Após homologação nesse comitê, o projeto poderá ser atualizado pelo comitê de ética em pesquisa, na área da saúde da Universidade Nove de Julho, caso julgue necessário. Assumimos o compromisso de que a coleta de dados somente será iniciada após a homologação nessas instâncias, bem como mantê-lo informado sobre esta tramitação.

Atenciosamente,

Programa de Mestrado em Administração – Gestão em Sistemas de Saúde da Universidade Nove de Julho.

Prof. Dr. Antônio Pires Barbosa Orientador
Mestranda Enfermeira Sirley Lima de Mendonça

DR. PEDRO JOSÉ M. CARDOSO
DIRETOR TÉCNICO
CRM: 48000


Dr. Pedro José Monteiro Cardoso

ANEXO 1 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



UNIVERSIDADE NOVE DE
JULHO - UNINOVE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise da reorganização de processos ao atendimento de pacientes suspeitos de COVID 19 em pronto atendimento especializado de Otorrinolaringologia e Oftalmologia

Pesquisador: SIRLEY LIMA DE MENDONCA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 36273720.5.0000.5511

Instituição Proponente: ASSOCIACAO EDUCACIONAL NOVE DE JULHO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.365.053

Apresentação do Projeto:

Informações extraídas do projeto "Análise da reorganização de processos ao atendimento de pacientes suspeitos de COVID 19 em pronto atendimento especializado de Otorrinolaringologia e Oftalmologia," CAAE: 36273720.5.0000.5511, que tem como pesquisador responsável: SIRLEY LIMA DE MENDONCA.

"Resumo:

Introdução: Em dezembro de 2019, surgia uma nova infecção de etiologia desconhecida e assustadoramente contagiosa, por um vírus nomeado SARS-CoV-2. Em 11 de março de 2020 a pandemia foi decretada pela Organização Mundial de Saúde, como emergência de saúde pública, de interesse internacional, impulsionando uma intensa reflexão sobre possíveis caminhos para lidar com a complexidade do problema. Medidas globais precisaram ser implantadas como orientações básicas de lavagem das mãos, utilização de máscaras faciais caseiras, isolamento social e quarentena aos casos suspeitos. Para o enfrentamento e combate ao vírus, a OMS ressalta a necessidade de um melhor planejamento nas organizações de saúde e a formação dos seus profissionais.

Objetivo: Identificar as mudanças organizacionais de um pronto atendimento especializado, nas áreas de otorrinolaringologia e oftalmologia, visando novos processos dentro da saúde.

Endereço: VERGUEIRO nº 235/249

Bairro: LIBERDADE

CEP: 01.504-001

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3385-6010

E-mail: comitedeetica@uninove.br